



ugr | Universidad
de Granada

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL

TESIS DOCTORAL

**«PASAR EL MAL TRAGO»:
ETNOGRAFÍA DEL ABUSO DE ALCOHOL JUVENIL
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EN GRANADA**

Alicia Tarragona Camacho

Directora

Dra. Nuria Romo Avilés

PROGRAMA DE DOCTORADO

Salud, Antropología e Historia

Línea de investigación: Etnografía, cultura y salud

Departamento de Antropología Social

Facultad de Filosofía y Letras

Universidad de Granada

Granada, octubre de 2015

Editor: Universidad de Granada. Tesis doctorales

Autora: Alicia Tarragona Camacho

ISBN: 978-84-94125-626-7

URI: <http://hdl.handle.net/10481/43263>



Universidad de Granada
Facultad de Filosofía y Letras

La memoria titulada **«PASAR EL MAL TRAGO»: Etnografía del abuso de alcohol juvenil en un Servicio de Urgencias en Granada**, que presenta Alicia Tarragona Camacho para optar al grado de doctora, ha sido realizada en el Departamento de Antropología social de la Universidad de Granada bajo la dirección de la Doctora Nuria Romo Avilés.

La doctoranda Alicia Tarragona Camacho y la directora de la tesis Dra. Nuria Romo Avilés garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de la directora de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, octubre de 2015.

La doctoranda

La directora

Fdo.: Alicia Tarragona Camacho

Fdo.: Nuria Romo Avilés

*Para mi marido José y mis hijos
Laura y Nacho.*

*A mi «mami» Ángeles por su apoyo
incondicional.*

A mi querido padre.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis ha sido posible gracias a muchas personas que han contribuido de muy diversas maneras, especialmente desde un punto de vista académico y afectivo. Mi sincero agradecimiento:

En primer lugar, a mi directora de tesis, la doctora Nuria Romo, por su apoyo personal y académico. Gracias por su confianza durante tantos años y por darme la oportunidad de iniciar una carrera investigadora. Gracias por ser mi maestra y amiga.

A todas las personas que han participado en la investigación, a los jóvenes y a los profesionales sanitarios, ya que todos ellos me ofrecieron su tiempo y su comprensión. Especialmente a mi amiga Ana Rosa, quien me apoyó desde el principio de este estudio.

A mis compañeros y compañeras, amigos y amigas, del doctorado y proyectos de investigación, por el apoyo, ánimo y confianza que me han dado siempre. A mi estimado amigo Alfonso Marquina por su ayuda constante a lo largo de muchos años, pues sin su ánimo, apoyo y recomendaciones, esta tesis no se hubiera realizado. A mi recién amigo, Jorge Marcos. A ambos gracias por su compromiso constante a lo largo de todo el proceso de investigación y, especialmente, durante el proceso de escritura de la tesis. A Marisol por ofrecerme su tiempo, su espacio y su amistad.

A mi amiga Paloma, con quien compartí despacho, almuerzos y confidencias.

A mi amigo Carlos, «el secretario», por su inestimable ayuda durante todos estos años en lo académico y en lo personal.

No puedo dejar de agradecer a las compañeras de Fibao del HUVN: Manuela, Clara, Bea y Trini, por su ayuda desinteresada y su paciencia con mis carencias. A pesar del mucho trabajo que tenían, siempre han encontrado un hueco para mí.

A Llenalia por sus sugerencias acerca de los datos estadísticos.

A D. Juan Roca, jefe del Servicio de Urgencias del HUVN, por su ayuda al facilitarme algunos de los datos cuantitativos utilizados en esta tesis.

Al Instituto de Estudios de la Mujer por permitirme utilizar un despacho, donde poder centrarme y escribir la tesis.

A mi madre y mis hermanos, por su apoyo incondicional. A mi «mami» Ángeles, por su presencia y apoyo. Al sustituirme en las labores domésticas, hizo que esta tesis haya sido posible. A mi marido José Luis, por su paciencia y comprensión en estos años de dedicación a mi reto personal de escribir la tesis. A mi hija Laura, por su colaboración para realizar algunos de los cuestionarios y ayudarme a comprender la visión juvenil del consumo. A mi hijo, Nacho, por ayudarme con algunos textos en inglés y sobre todo por ser el artífice de la portada. Espero que el esfuerzo que ha realizado su madre les sirva como ejemplo en sus retos personales. A todos ellos y ellas, por su entrega y confianza incondicional, gracias.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. «PASAR EL MAL TRAGO»: ETNOGRAFÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL JUVENIL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EN GRANADA

.....	19
1.1 Un nuevo fenómeno de ocio juvenil: la cultura de la intoxicación por consumo de alcohol	27
1.2 Epidemiología del uso, abuso y urgencias relacionadas con el consumo de alcohol juvenil en España	34
1.3 La atención a los jóvenes por consumo de alcohol en los servicios de urgencias hospitalarios	48
1.4 La antropología y el estudio cultural del medio hospitalario en relación al consumo de alcohol	59
1.5 El contexto de la investigación: El Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves	68
1.5.1 Los Servicios de Urgencias en Andalucía	69
1.5.2 El Servicio de Urgencias del HUVN: Funcionamiento y estructura física	73
1.6 Perspectiva teórica: El interaccionismo simbólico y la fenomenología	82
1.7 Diseño de la investigación	88
1.8 Objetivos	94
1.8.1 Objetivo general	94
1.8.2 Objetivos específicos.....	94

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA: ETNOGRAFÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

.....	95
2.1 La investigación etnográfica en un contexto sanitario	95
2.1.1 Participantes y técnicas de recolección de datos	104
2.1.2 Análisis de datos	112
2.2 Abordaje cuantitativo de las intoxicaciones etílicas	116
2.2.1 Participantes y técnicas de recolección de datos	116
2.2.2 Análisis de datos	128
2.3 Aspectos éticos	129

CAPÍTULO 3. LOS JÓVENES QUE PRESENTAN UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES: UNA APROXIMACIÓN CUANTITATIVA	131
3.1 Análisis de los casos de las Historias clínicas	133
3.2 Análisis de las encuestas de alcohol realizadas a los jóvenes con IEA....	145
3.3 Análisis de los test AUDIT	168
CAPÍTULO 4. EL CONSUMO DE ALCOHOL: EXPERIMENTANDO EL TIEMPO Y EL ESPACIO DEL OCIO RECREATIVO	173
4.1. Experiencias y actitudes de las personas jóvenes con IEA	178
4.1.1 Formas de inicio del consumo de alcohol	178
4.1.2 Frecuencias y modelos de consumo de alcohol	185
4.1.3 Etapas de consumo	199
4.1.4 Cambios en el patrón de consumo	200
4.1.5 Motivos de consumo	203
4.1.6 Historias de borracheras	210
4.2 Sintomatología percibida del consumo de alcohol	215
4.2.1 Sensaciones placenteras	216
4.2.2 Sensaciones desagradables	218
4.3 Preámbulo de la asistencia sanitaria en el Servicio de Urgencias	222
4.4 Las estrategias preventivas del control de los efectos negativos	225
CAPÍTULO 5. EL SERVICIO DE URGENCIAS: EXPERIMENTANDO EL TIEMPO Y EL ESPACIO CLÍNICO	231
5.1 La entrada al Servicio de Urgencias	233
5.2 La solidaridad entre intoxicados	238
5.3 El desencadenante: la inconsciencia	248
5.4 La experiencia del despertar en el SUH	261
5.5 Sentimientos y percepciones de los jóvenes con IEA en Urgencias	268
5.6 La atención en la consulta de policlínica	273
5.7 La intervención sanitaria a los jóvenes con IEA	278
5.8 Las justificaciones de la IEA por parte de las personas jóvenes	284
5.9 Intoxicación social versus intoxicación patológica	291

5.10 Diferencias de género en el consumo abusivo de alcohol	297
5.11 La presencia de los padres en urgencias	302
5.12 Abandonar el contexto clínico	308

CAPÍTULO 6. PERCEPCIONES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LAS INTOXICACIONES ETÍLICAS AGUDAS EN JÓVENES	311
6.1 La IEA como problema sociocultural y político	312
6.1.1 Inicio precoz y la normalización del consumo de alcohol.....	312
6.1.2 La importancia del género en la intoxicación etílica aguda	314
6.1.3 El papel de las instituciones del estado en la responsabilidad de las intoxicaciones etílicas	315
6.2 La IEA como problema de salud	317
6.2.1 El consumo por atracón.....	317
6.2.2 La intoxicación etílica aguda como antesala a un problema de adicción.....	319
6.2.3 La intoxicación etílica aguda y el proceso de normalización asistencial	321
6.2.4 Evolución clínica de las intoxicaciones etílicas agudas.....	323
6.3 La idoneidad de la atención a las IEA en los SUH	326
6.4 El impacto de las IEA en la práctica asistencial	336
6.5 Valoración de la práctica asistencial	338
6.6 Los Servicios de Urgencias hospitalarios como espacios de intervención	342
6.6.1 Una intervención integrada y amplia con enfoque comunitario...	348
6.6.2 Desarrollo de un protocolo de actuación.....	349
6.6.3 Realización y difusión de folletos informativos.....	350
6.6.4 Coordinación interniveles.....	351
6.6.5 Creación de un Plan Estratégico.....	353
6.6.6 Creación de un informe de alta específico.....	353
6.6.7 Posibilidad de valoración por especialista.....	355
6.6.8 Habilitación de un circuito especial diferenciado.....	355

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	357
7.1 Perspectiva epidemiológica de las IEA en el SUH	357
7.2 Perspectiva recreacional del consumo de alcohol juvenil	365
7.3 Perspectiva del personal sanitario del Servicio de Urgencias sobre el consumo de alcohol.....	369
7.4. Propuestas de intervención–acción desde el Servicio de Urgencias	376
7.5. Conclusiones	379
 BIBLIOGRAFÍA	 383
 ANEXOS	 427

Tabla 6. Distribución de la muestra del lugar de residencia de los jóvenes atendidos por intoxicación etílica según el sexo	138
Tabla 7. La nacionalidad y el sexo de los jóvenes con intoxicaciones etílicas	138
Tabla 8. La nacionalidad y el sexo de los jóvenes con IEA	139
Tabla 9. El sexo y las UBE en los jóvenes con intoxicación etílica	139
Tabla 10. El sexo y el consumo de drogas en los jóvenes con intoxicación etílica ...	142
Tabla 11. Consumo de drogas asociadas según sexo	142
Tabla 12. El sexo de los jóvenes encuestados con intoxicación etílica	145
Tabla 13. La edad de los jóvenes encuestados con intoxicación etílica	146
Tabla 14. Distribución de jóvenes encuestados según sus características sociodemográficas.....	147
Tabla 15. La asistencia hospitalaria y el sexo de los jóvenes con intoxicación etílica	149
Tabla 16. La asistencia hospitalaria de los jóvenes por intoxicación etílica y grupo de edad	150
Tabla 17. La asistencia hospitalaria de los jóvenes con intoxicación etílica por grupo de edad y sexo	151
Tabla 18. La intoxicación etílica y las agresiones	152
Tabla 19. Intoxicación etílica con relaciones sexuales por sexo	154
Tabla 20. Relación de la intoxicación con la seguridad vial y el sexo	155
Tabla 21. El sexo y el consumo de sustancias de los jóvenes con intoxicación etílica	157
Tabla 22. Intoxicación etílica por tipo de sustancia y grupo de edad	159
Tabla 23. Motivos de intoxicación etílica	161
Tabla 24. Motivos de intoxicación etílica por sexo	162
Tabla 25. Las expectativas asistenciales de los jóvenes con intoxicación etílica	163
Tabla 26. Relación intoxicación etílica con expectativas asistenciales por sexo	164
Tabla 27. Los motivos de acceso por intoxicación etílica	165
Tabla 28. El sexo y los motivos de acceso por intoxicación etílica	166
Tabla 29. Diferencias de género en el consumo de alcohólico	167
Tabla 30. Los consumidores abusivos	168
Tabla 31. Remordimiento tras la ingesta abusiva por sexo	172
Tabla 32. Sensaciones referidas del consumo de alcohol	215
Tabla 33. Estrategias de autocontrol de los efectos negativos del consumo de alcohol	225
Tabla 34. Sentimientos expresados por las personas jóvenes atendidas	269

Tabla 35. Justificaciones de borracheras	286
Tabla 36. Diferencias de consumo entre alcohólicos y jóvenes	292
Tabla 37. Relación de propuestas de intervención	347

ACRÓNIMOS

AE	Atención Especializada
AP	Atención Primaria
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BOE	Boletín Oficial del Estado
CS	Centro de Salud
DGPNSD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
HC	Historia Clínica
HUVN	Hospital Universitario Virgen de las Nieves
IE	Intoxicación Etílica
IEA	Intoxicación Etílica Aguda
IREFREA	Instituto Europeo de Estudios en Prevención
MAP	Médico de Atención Primaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OED	Observatorio Español sobre Drogas
PAC	Punto de Atención Continuada
PNSD	Plan Nacional sobre Drogas
RCP	Sala de Recuperación Cardiopulmonar
SAMU	Servicio de Atención Médica de Urgencias
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SEIPAD	Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas
SEIT	Sistema Estatal de Información de Toxicomanías
SEU	Servicio Especial de Urgencias
SSPA	Servicio Sanitario Público de Andalucía
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalario
SUHUVN	Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

RESUMEN

Antecedentes: En las últimas décadas, hemos asistido en España a la extensión de un patrón recreativo de consumo intensivo de alcohol, que forma parte de la construcción de la identidad juvenil y que conlleva en ocasiones excesos que presentan consecuencias adversas, lo cual propicia la atención de estos jóvenes en los Servicios de Urgencias con Intoxicaciones Étílicas Agudas (IEA) casi todos los fines de semana.

Tanto el personal de enfermería, como el personal médico en general, conciben la realidad hospitalaria dentro de los parámetros de la biomedicina y de las fronteras que separan el hospital de la calle, sin tener en cuenta el *continuum* de una actividad cultural como es el ocio recreativo, que empieza en la calle y se traslada al contexto médico.

Son muchos los jóvenes que no son conscientes de haber alcanzado un estado de intoxicación, lo que demuestra una vinculación entre el consumo realizado y una falsa percepción de control. Esta falta de control los lleva a intoxicarse y a requerir consiguientemente los Servicios sanitarios en Urgencias.

Los trabajos etnográficos en Urgencias sobre consumo excesivo de alcohol por parte de las personas jóvenes son escasos. Y todavía són menos los que abarcan los dos contextos, el del espacio de ocio recreativo y el del espacio clínico. Ante la escasez de trabajos existentes en este campo de estudio y el dominio de enfoques cuantitativos para abordar esta problemática, hemos considerado pertinente realizar una investigación etnográfica, que explore el triángulo existente entre jóvenes, alcohol y Servicios sanitarios de Urgencias.

Objetivo general: Estudiar el consumo de alcohol en las personas jóvenes y su experiencia tras una Intoxicación Étílica Aguda en un Servicio de Urgencias, desde una doble perspectiva: por un lado, la de los pacientes, para conocer los motivos, sentimientos y actitudes que los llevan a buscar ayuda en estos servicios, y, por el otro, la de los profesionales sanitarios del propio Servicio de Urgencias.

Métodos: La investigación se llevó a cabo entre los años 2008-2014, durante los fines de semana y especialmente en turno nocturno en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Se trata de un estudio etnográfico. Para abordar ampliamente el tema de investigación planteado, realizamos un estudio eminentemente cualitativo, del que no obstante pudimos extraer algunos datos cuantitativos que han enriquecido el estudio y que nos ha permitido triangular los resultados. Los datos para esta tesis fueron recolectados de diferentes fuentes: observación participante, entrevistas semiestructuradas y conversaciones informales. Del mismo modo, se realizó una revisión de 315 Historias Clínicas de personas jóvenes atendidas por IEA, encuestas de alcohol y cuestionarios Audit.

Resultados principales: Las personas jóvenes tienen un patrón de ocio recreativo muy preciso donde se abusa del alcohol de una manera habitual, que consiste en salir cada fin de semana a divertirse y donde es inconcebible la diversión sin el consumo de alcohol. Por lo general, tienen dos patrones muy diferentes: el de ir de tapas, donde beben vino o alcohol sin intención de emborracharse y donde solo beben cerveza o vino –o incluso, no consumen alcohol en absoluto–, y la idea es comer con los amigos y charlar en bares o terrazas. La otra versión es la ir de «copas», de «finde» o de «marcha», de «fiesta», donde consumen grandes cantidades de alcohol, en el botellón, en pubs y/o discotecas. En este contexto, algunas personas jóvenes suelen practicar *binge drinking* y en ocasiones quedan inconscientes en los locales de ocio, víctimas de una IEA. Los amigos y amigas, tras intentar determinadas medidas terapéuticas para minimizar los efectos adversos de la intoxicación y al resultar estos ineficaces, deciden trasladarlos a Urgencias, donde son atendidos. Las personas jóvenes atendidas suelen justificar la IEA con excusas en la mayoría de las ocasiones no relacionadas con el abuso de alcohol, desvinculándose del consumo patológico e intentando parecer consumidores responsables. Por su parte, los profesionales sanitarios entienden el abuso de alcohol en los jóvenes como un problema de salud que tiene sus orígenes en la concepción cultural y social de esta sustancia entre nuestra población y la falta de compromiso institucional para solucionarlo. Aunque los profesionales de la salud aceptan su papel fundamental en la atención y el tratamiento de los jóvenes con IEA en el Servicio de Urgencias, se muestran reticentes en cuanto a su papel en la prevención e intervención en los SUH al considerar que no es el lugar adecuado en su mayoría.

Conclusión: Los datos sugieren que las personas jóvenes consumidoras de alcohol que han sufrido una IEA suelen ser muy conscientes de los riesgos de sufrir una intoxicación que ocasione la necesidad de ser atendidos en Urgencias. Salvo en ocasiones puntuales, los jóvenes estudiados habían necesitado atención hospitalaria en una sola ocasión. Sin embargo, en general las personas jóvenes atendidas en Urgencias referían haberse emborrachado en múltiples ocasiones. A pesar de ello, no consideran dejar de beber, y únicamente en algunos casos han referido considerar moderarse en el consumo de alcohol. La experiencia de la IEA en urgencias para los jóvenes del estudio no es más que un «mal trago» que hay que pasar y olvidar.

*No es necesario saberlo todo
para comprender algo.*

Clifford Geertz

Capítulo 1

«PASAR EL MAL TRAGO»: ETNOGRAFÍA DEL ABUSO DE ALCOHOL JUVENIL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EN GRANADA

En las últimas décadas, hemos asistido en España a la extensión de un patrón recreativo de consumo intensivo de alcohol, que forma parte de la construcción de la identidad juvenil y que conlleva en ocasiones excesos que presentan consecuencias adversas, lo cual propicia la atención de estos jóvenes¹ en los servicios de urgencias con Intoxicaciones Etílicas Agudas (IEA) casi todos los fines de semana.

Se entiende como IEA el estado de embriaguez derivado de los efectos del alcohol sobre el organismo que puede revestir distintos grados de gravedad (KELLER, 1977, citado en RODRÍGUEZ-MARTOS, 1989).

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), define la Intoxicación Etílica Aguda como el estado transitorio consecutivo a la ingestión de alcohol que produce alteraciones del nivel de consciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones o respuestas fisiológicas o psicológicas.

La intoxicación alcohólica se manifiesta con diversos signos como rubor facial, habla farfullante, marcha inestable, euforia, aumento de la actividad, locuacidad, alteración de la conducta, lentitud de las reacciones, alteración del juicio y descoordinación motriz, pérdida del conocimiento o estupefacción (OMS, Definición de términos, 1994).

La etnografía estudia la interacción social y los comportamientos que ocurren dentro de grupos, equipos, organizaciones y comunidades (REEVES, KUPER Y HODGES, 2008). Esta forma de investigar implica integrarse y relacionarse en el campo de estudio con

¹ Según Rodríguez Suárez y colaboradores se ha producido un cambio en el propio concepto de juventud que incluye a un sector cada vez más amplio y heterogéneo de la población. Con objeto de no utilizar distintas terminologías he decidido usar el término neutro joven/jóvenes en general, entendiendo que me refiero tanto a hombres y mujeres de edades comprendidas entre 13 y 30 años aproximadamente.

las personas estudiadas.

Tanto el personal de enfermería, como el personal médico en general, conciben la realidad hospitalaria dentro de los parámetros de la biomedicina y de las fronteras que separan el hospital de la calle, sin tener en cuenta el *continuum* de una actividad cultural como es el ocio recreativo, que empieza en la calle y se traslada al contexto médico.

Las instituciones hospitalarias son organizaciones complejas regidas por unas normas internas y una racionalidad organizacional que envuelven los saberes y las prácticas profesionales. Algunos autores consideran el hospital como una realidad clínica que engloba todo aquello que sucede en las interacciones entre los profesionales², los pacientes y los procesos terapéuticos que ocurren dentro de las instituciones de la salud (MONTICELLI Y ELSEN, 2004).

Por otro lado, el hospital está básicamente jerarquizado y es un espejo de otras jerarquías sociales. Según Carapinheiro (1998), simboliza el poder social de la profesión médica, representando así la institucionalización de los conocimientos médicos especializados.

Es propósito de esta investigación conocer las reglas tácitas que ocurren en el Servicio de Urgencias Hospitalario³ (SUH), atendiendo a los flujos de símbolos y significados implícitos en las relaciones e interrelaciones entre las prácticas asistenciales del personal facultativo y del personal de enfermería durante la atención a las personas jóvenes con IEA, observar cómo responden los jóvenes cuando interactúan con las normas hospitalarias y las prácticas de los profesionales.

Si observamos el hospital, exclusivamente como un espacio físico, nuestro universo de estudio quedaría reducido a una simple estructura donde se mueven diferentes sujetos de procedencias diversas, que nos serían totalmente ajenos. Por tanto, las características físicas del espacio hospitalario constituyen tan solo uno de los aspectos

² Con objeto de no utilizar distintas terminologías he decidido usar el término neutro profesionales o personal de enfermería y médicos en general, entendiéndolo que me refiero tanto a hombres y mujeres, así como el término «jóvenes» para referirme tanto a chicos como a chicas.

³ El término Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) se utiliza en la tesis para referirse al Servicio de Urgencias del hospital donde se desarrolla la investigación.

del fenómeno a investigar. Sin embargo, es posible observar el hospital desde otra óptica.

Si atendemos al concepto de hospital como lo define Goffman: una «institución total», puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente» (GOFFMAN, 1984, p. 13). Para Goffman, existe una variedad de instituciones de este tipo, como los hospitales, reformatorios, psiquiátricos, cárceles, monasterios, conventos religiosos, etc. Los primeros se caracterizan por el establecimiento de las problemáticas que conciernen a la salud y a la enfermedad. Los hospitales, a diferencia de otras instituciones, cuentan con cierta apertura hacia el exterior, haciendo del «encierro» una experiencia no tan intensa como en el resto. No obstante, el carácter totalitario de la institución está presente. En este sentido, la administración hegemoniza las prácticas clínicas dentro del contexto hospitalario, aplicándolas a los pacientes y acompañantes, con lo que termina por generarse un universo existencial singular. El contexto de urgencias, dentro de la institución total que conforma el hospital, presenta características similares a las descritas y, no obstante, tiene su propia idiosincrasia, porque, aunque está sujeto a las normas generales de la institución, los sujetos no están internados por un tiempo largo, ni separados de su trabajo, y los familiares, a menudo, están presentes como nexo de unión con el exterior. Los servicios de urgencias están ubicados a pie de calle, por lo que los pacientes se encuentran cerca de la puerta de salida y por tanto es relativamente fácil escaparse de la mano de la institución. Además del espacio, hay que tener en cuenta el tiempo relativamente corto que el paciente con IEA va a permanecer en Urgencias, por lo que la separación de su actividad normal tan solo va a constituir un *impasse* momentáneo. Por otro lado, el concepto de salud y enfermedad que la práctica biomédica aplica al resto de pacientes no incluye, en la mayoría de los casos, a las personas jóvenes atendidas por IEA, que se consideran a todos los efectos sujetos «sanos».

Los valores médicos y la estructura autoritaria inmersa en la institución hospitalaria son poderosos y son, de alguna manera, internalizados por los terapeutas (MATTINGLY, 1998, p. 148), de manera que cuando los usuarios, en este caso jóvenes, no se ajustan a la forma de «estar» o posicionarse como enfermo sumiso a las normas, se crea conflicto en el espacio perfectamente regulado entre otro tipo de pacientes que sí

aceptan el estatus de los profesionales y el funcionamiento formal de la institución. Según nuestra experiencia, las personas jóvenes no han venido por su propia iniciativa, consideran su estancia en este espacio como coyuntural, y constituye para ellos una forma de «pasar el mal trago», no quieren cumplir las reglas, desconocen este tipo de normas implícitas y además no se encuentran necesitados de esta institución como otro tipo de enfermos.

Por otro lado, este tipo de normas subliminares que rigen la institución hospitalaria son aprendidas habitualmente por observación en la experiencia asistencial. A menudo, la IEA es la primera experiencia asistencial de estas personas jóvenes, por lo que desconocen este tipo de reglas tácitas. Los jóvenes intoxicados, la mayoría del tiempo que están en el Servicio de Urgencias, permanecen inconscientes o dormidos, con poca posibilidad de racionalizar su estancia y mucho menos de aprehender sus normas.

Sin embargo, sí que se ven afectados tempo-espacialmente por la normas, ya que los sanitarios, inmersos inconscientemente en ellas, en el ejercicio de su trabajo ejercen presión para que se cumplan. Para Goffman (1999), las relaciones de poder traspasan todo el itinerario asistencial, desde el proceso de admisión, en donde se observan las formalidades de llegada o ingreso en Urgencias, el despojo de su ropa y sus valores personales, la otorgación de un sillón o camilla y la obligación de ocuparlo, y el internamiento (aunque sea por corto espacio de tiempo); el dejarse hacer, según las prácticas terapéuticas establecidas y sin posibilidad de irse sin un documento acreditativo que te libera de la situación de «reclusión» hasta que el poder del personal médico, ponga fin oficialmente al itinerario asistencial con el alta institucional.

Las reglas institucionales son explícita y minuciosamente reguladas, no solo para los pacientes, de tal forma que, si algún terapeuta, en sus prácticas clínicas, no se ajusta a lo tácitamente establecido, es reprendido por sus propios compañeros. Este es el caso de la autora de este trabajo, que en su manera de proceder se sensibiliza con los jóvenes y relaja las normas para tratar de «humanizar» su estancia, así como de establecer un ambiente para ganarse su confianza, permitiéndoles relacionarse con sus amigos o tratando de ofrecerles una estancia más cómoda. Estas actitudes son identificadas como trasgresoras y son sancionadas verbalmente por el resto de

profesionales. Algunas autoras describen este tipo de prácticas como «clandestinas» dentro de la institución (MONTICELLI, 2004).

En otro orden de cosas, actualmente, el consumo de alcohol, es uno de los principales factores que se relacionan con la salud de los individuos y sus consecuencias tienen un gran impacto sobre la misma. La OMS ha advertido de la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo de alcohol y ha enfatizado su preocupación ante las tendencias de consumo que se observan en las capas más jóvenes de la sociedad. El consumo abusivo de alcohol entre los jóvenes está relacionado con el desarrollo de discapacidades, diferentes enfermedades, maltrato, marginación, actos vandálicos, conflictos en la familia y la escuela (HOLLAR Y MOORE, 2004; FISHER ET AL., 2005; PNSD, 2007; GÓMEZ-FRAGUELA, 2008).

Del mismo modo, desde el punto de vista biomédico, existen estudios que han demostrado que algunas regiones del cerebro adolescente y los procesos que soportan son especialmente vulnerables a esta forma de consumo (ZEIGLER ET AL., 2005). En el ámbito de la investigación neuropsicológica, se ha descrito un menor rendimiento en tareas de memoria de trabajo, memoria declarativa y algunas funciones ejecutivas. Algunos de estos trastornos se mantienen a los dos años de haber dejado el hábito de consumo intensivo (CADAVEIRA MAHÍA, 2011). Del mismo modo, puede provocar alteraciones en el comportamiento, aprendizaje y memoria (Informe Comisión Clínica sobre alcohol, 2007, PNSD).

El consumo de alcohol está considerado como el tercer factor de riesgo para la salud en los países industrializados y el primero en los países en desarrollo (OMS, 2005).

Los jóvenes atendidos en los Servicios de Urgencias, 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 las sustancias, como por la interferencia, que el efecto psicoactivo, puede ejercer sobre determinados comportamientos (PONS DÍEZ, 2007). En este sentido, Pons, diferencia dos formas de consumo: un consumo abusivo cuantitativo, en el que el consumo de una sustancia particular, en cantidad y frecuencia, sobrepasa los límites tolerables para el mantenimiento de la salud. Y un consumo abusivo cualitativo, que sería el consumo de

una sustancia particular, asociado a circunstancias particulares y con independencia de la frecuencia, como conducción de vehículos, consumo laboral y consumo infantil.

Los consumos y las expectativas de los jóvenes hacia el consumo de alcohol y otras drogas quedan inmersas en una dinámica compleja donde intervienen elementos como el ambiente, las emociones, la necesidad de satisfacer los deseos (GILBERT Y PEARSON, 2003). Cuantas mayores expectativas positivas tengan los jóvenes acerca de los efectos de alcohol, mayor consumo realizarán (CRANFORD ET AL., 2010). La mayoría de gente joven que consume alcohol presupone que es inofensivo, razón por la que pueden convertirse en individuos dependientes (MADDEN, 1996).

El consumo de alcohol es parte de la cultura en la población española, forma parte de todas las celebraciones y es parte habitual de la convivencia y sociabilidad, lo que determina una gran permisividad hacia el consumo juvenil por parte de los adultos (MARCH CERDÁ ET AL., 2010).

El consumo juvenil está vinculado al ocio recreativo nocturno de fin de semana (PONS, 2011). En la cultura mediterránea representa una práctica caracterizada por usos recreativos, ligada a procesos de interacción grupal e identitarios (VILLA MORAL ET AL., 2010). El consumo por atracón o *binge drinking*⁴ se ha puesto de moda entre los más jóvenes, tanto en chicos como en chicas, especialmente en menores (LLORENS ET AL., 2011; ARIAS CONSTANTÍ ET AL., 2010). Los consumos de alcohol más intensos acaban en muchas ocasiones en los Servicios de Urgencias, lugar mayoritario de elección por los consumidores (SÁNCHEZ, 2012).

En España, son pocos los estudios realizados en los Servicios de Urgencias relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes, la mayoría son de corte epidemiológico. No obstante, también los hay de corte cualitativo y etnográfico, sobre todo en la literatura internacional, algunos de los cuales vamos a tratar a continuación.

⁴ *Binge drinking*. Se define como la ingesta de grandes cantidades de alcohol en un periodo corto de tiempo. No existe consenso en la definición exacta de *binge drinking*, pero la más aceptada es la que se refiere a un consumo ≥ 80 de alcohol puro en hombres y de ≥ 60 gramos en mujeres, durante una misma sesión de bebida (GUALLAR-CASTILLON ET AL., 2001). Aunque existen otras definiciones, como el consumo de cinco o más bebidas estándar en un corto espacio de tiempo.

El Instituto Nacional de Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos (NIAAA) lo define como el consumo concentrado de alcohol o modelo de bebida que produce una concentración de alcohol en sangre (CAS) de 0,8 g/l o más. En los adultos normales, este modelo corresponde al consumo de 70 g de alcohol o más, en el caso de los hombres, y de 56 g o más, en las mujeres, en el plazo de dos horas (NIAAA, 2007).

Trabajos etnográficos en Urgencias, sobre consumo excesivo de alcohol por lo jóvenes, desde el punto de vista de jóvenes y profesionales, no se han realizado. Aún menos, abarcando los dos contextos, el del espacio de ocio recreativo y el espacio clínico como un *continuum*; como las dos caras de una misma moneda. Es por ello que esta investigación tiene interés en estudiar la atención en Urgencias de las personas jóvenes, que experimentan una IEA, desde una perspectiva cualitativa. Nos interesa observar cómo interaccionan las personas jóvenes con el contexto sanitario como entorno social y a su vez científico, teniendo en cuenta cómo son atendidas las personas jóvenes, cómo se comportan y se relacionan con el personal sanitario que los atiende, así como conocer la visión de los profesionales.

La organización de los apartados que a continuación desarrollamos responde a los diversos tipos de información que estimamos pertinentes a la hora de plantear un problema teóricamente relevante como lo es el que nos ocupa.

Este trabajo doctoral está dividido en siete capítulos. El capítulo 1, está dedicado a la revisión bibliográfica sobre el consumo de alcohol en las personas jóvenes y su repercusión en los departamentos de Urgencias. Comenzamos realizando una pequeña introducción sobre la particularidad de realizar una investigación en un contexto clínico como el Servicio de Urgencias de un hospital acerca del abuso de alcohol de los jóvenes. Continuamos exponiendo algunos aspectos del consumo juvenil, desde una perspectiva sociocultural. A continuación, aportamos los datos epidemiológicos nacionales más relevantes, para continuar con estudios realizados en Servicios de Urgencias de la literatura nacional e internacional y algunos de los estudios etnográficos más significativos realizados en hospitales. A continuación, describimos la estructura física y el funcionamiento del Servicio de Urgencias donde se desarrolla la investigación. Terminamos este apartado realizando una breve mención acerca del marco teórico elegido para analizar el discurso de las entrevistas y la observación de las escenas desde un punto de vista fenomenológico centrado en las interacciones entre los sujetos objeto de estudio. La misma revisión bibliográfica ha servido de marco teórico desde donde observar las escenas que concurren en el Servicio de Urgencias estudiado, comparando con otros estudios realizados en otros Servicios de Urgencias y encontrando diferencias y similitudes. En todo momento, se ha tenido en cuenta el abuso de alcohol por las personas jóvenes desde una

perspectiva de conducta de riesgo. Una vez expuesto el estado de la cuestión sobre el tema, exponemos los objetivos principales y específicos planteados.

El proceso metodológico es expuesto en el capítulo 2, donde describimos la utilización de la metodología cualitativa basada en entrevistas y observación, y detallamos los perfiles de los sujetos que han formado parte de la investigación, así como las dificultades encontradas a lo largo del proceso. Del mismo modo, exponemos la metodología cuantitativa tenida en cuenta para complementar y enriquecer los datos obtenidos. Así mismo, describimos las fases en las que se ha organizado el trabajo de campo, las técnicas de recogida y clasificación de los datos, y el proceso de análisis de la información, y también los procedimientos utilizados para la selección de la muestra y las características de los participantes.

Los capítulos tercero cuarto, quinto y sexto lo dedicamos a exponer los resultados tras el análisis de los datos obtenidos. La exposición de los resultados la realizamos en cuatro apartados: en primer lugar, exponemos la síntesis de los datos cuantitativos derivados de la revisión de las Historias Clínicas (HC), cuestionarios AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, por sus siglas en inglés) y encuestas de alcohol. Continuamos con los resultados del análisis de las entrevistas cualitativas y la observación de las personas jóvenes con IEA. Por último, exponemos los resultados de la observación y de las entrevistas semiestructuradas al personal sanitario.

El capítulo séptimo está dedicado a la discusión de los hallazgos más relevantes de la investigación, donde se realiza una síntesis de las principales conclusiones. Se propone la necesidad de iniciar una nueva línea de trabajo empírico sobre las personas jóvenes, con la pretensión de incorporar una perspectiva transcultural y etnográfica a la comprensión del significado del consumo de alcohol en la población juvenil y su acceso a los Servicios de Urgencias. Termino proponiendo lo útil que supone tener en cuenta la información etnográfica en el campo de la salud para el desarrollo de propuestas de intervención.

1.1. Un nuevo fenómeno de ocio juvenil: la cultura de la intoxicación por consumo de alcohol

La inclinación por la práctica de intoxicarse mediante alguna sustancia ha formado parte del desarrollo cultural humano desde la época clásica. Algunos autores mantienen que el impulso de alcanzar estados de intoxicación es universal y permanente (WALTON, 2003). Estos autores creen que los humanos presentamos una predisposición a la intoxicación a la que denominan «impulso toxico», que funciona tanto como una compulsión física que producen ciertas drogas, como un instinto animador de la propia conciencia (RONELL, 1992; ROMANÍ, 1993; ESCOHOTADO, 1989). En este mismo orden de cosas, junto a esta predisposición a la intoxicación, algunos autores creen que los centros del cerebro humano son extraordinariamente hábiles a la hora de anular cualquier señal que advierta del peligro de determinados hábitos (WEIL, 1986).

Históricamente, la intoxicación ha estado relacionada con rituales religiosos. Sin embargo, la secularización de la sociedad occidental ha ido anulando la conciencia mística y la ha ido desposeyendo de toda relación con lo espiritual, volviéndose la intoxicación una conducta exclusivamente recreativa en nuestro tiempo, sin aportar ningún elemento animista que añada un determinado valor al desarrollo personal (RUDGLEY, 1993).

El consumo de alcohol por los jóvenes ha ido evolucionando a lo largo de las últimas décadas. Comas (1994) identificó tres etapas diferenciadas: una primera etapa, hasta los años ochenta del siglo anterior, donde se produce una expansión del consumo pero con las mismas características que el consumo de los adultos. Una segunda etapa, entre 1984-1994, donde el consumo se masifica y adopta un consumo de fin de semana pero sin abandonar aún las pautas de los adultos. Y una tercera etapa, a partir de 1994, en la que el autor identifica una contracorriente de jóvenes abstemios que rechaza esta conducta, pero en la que surge un grupo de bebedores excesivos que contrarresta esta actitud, de manera que los consumos parecerían permanecer estables.

Existe una elevada prevalencia del consumo de alcohol en nuestro país (76,6%, según PNSD, 2014), que se relaciona con el hábito social arraigado, la normalidad con que

asumen los padres el consumo entre los adolescentes y el cambio del patrón de consumo mediterráneo consistente en consumo diario moderado en el ámbito familiar al modelo nórdico que consiste en la realización de ingestas masivas en el ámbito público en el fin de semana y la abstinencia durante el resto de la semana; especialmente en épocas de exámenes (GIMÉNEZ Y CORTÉS, 2012). Este cambio en el patrón de consumo se señaló por autores como Rooney en los años noventa del siglo XX y se ha establecido como tendencia desde entonces (OED, 2007).

A lo largo de la última década, se ha puesto en evidencia este incremento de patrones de consumo intensivo desde edades cada vez más tempranas (OMS, 2013; GALIMBERTI 2011). Dos aspectos resultan importantes en el patrón epidemiológico español. Por un lado, el mayor aumento del consumo de alcohol se produce entre los más jóvenes (14-15 años). Por el otro, el incremento de las chicas en la adopción de patrones intensivos de consumo (PNSD, 2014). En España, la concentración de jóvenes en espacios públicos al aire libre, especialmente durante las noches de los fines de semana, para consumir diferentes tipos de bebidas en grupo, se ha convertido en un estilo de ocio que popularmente se conoce como «el botellón» (CALAFAT ET AL., 2005). Se trata de un fenómeno social presente en todo el territorio español, no exclusivo de los ámbitos urbanos. Suelen ser reuniones que concentran a gran cantidad de jóvenes según el tipo de ciudad y época del año (BAIGORRI Y CHAVES, 2006) con el objetivo fundamental de consumir alcohol y socializarse. La participación de los adolescentes a edades muy tempranas en esta forma de ocio se ha identificado como una forma de favorecer el inicio temprano al consumo de alcohol (BAIGORRI ET AL., 2003; ELZO ET AL., 2003).

En los últimos años, el consumo de alcohol se ha generalizado hasta el punto de ser una práctica habitual del ocio juvenil de fin de semana; el alcohol ha dejado de ser un medio a través del que socializarse y afianzar la pertenencia al grupo de iguales, para pasar a ser un fin en sí mismo para los jóvenes (ELZO ET AL., 2003). Lo que parece evidente es que los jóvenes que participan habitualmente en el botellón presentan mayores problemas con el consumo intensivo de alcohol y otras drogas. Son también los que más actos vandálicos realizan. Esa relación se observa con mayor intensidad en los estudiantes más jóvenes. El incremento del riesgo en los adolescentes asociado a la práctica del «botellón» se explica por la presión del grupo de amigos

hacia el consumo y por la mayor accesibilidad al alcohol y otras drogas en estos contextos (GOMÉZ-FRAGUELA ET AL., 2008).

El actual modelo de consumo juvenil dista del consumo de los adultos y tiene características propias. Algunos de ellos son la tendencia a la iniciación precoz, la incorporación de las chicas al consumo de alcohol excesivo, el consumo realizado en la calle, el consumo compulsivo con búsqueda de la embriaguez y el desplazamiento del consumo de vino hacia el de la cerveza y licores de alta graduación (SECADES, 1996, 1998; BENDTSEN ET AL., 2014).

En cuanto a los factores que influyen en el desarrollo de problemas de alcohol en los adolescentes, hay multitud de investigaciones sobre todo en la literatura norteamericana que concluyen en cuatro los factores que predisponen al consumo: las actitudes personales como hemos referido anteriormente, la influencia del grupo de iguales, el consumir en espacios fuera del control de los padres y el consumir con fines de la alteración psíquica (ROONEY, 1995). En cuanto a los factores de tipo relacional, el grupo de iguales ha sido descrito como uno de los más destacados predictores del uso recreativo de sustancias (BRANSTETTER ET AL., 2011). En el caso concreto del alcohol, sentir la presión por parte del grupo para consumir y que estos lo hagan de forma intensiva se asocia a la experimentación de más eventos de consumo intensivo (JANSSEN ET AL., 2014, JOHNSON, 2013; BERGH, 2011) y el aumento de este patrón de consumo puede relacionarse con la dependencia en el consumo de alcohol y otras drogas en la adultez (GUAL ET AL., 2000). En sentido inverso, esta investigación también pone de manifiesto determinadas conductas que ligadas al grupo de iguales actúan como moderadoras de los efectos adversos del consumo (ARMSTRONG ET AL., 2014). Nuestro estudio también pone de manifiesto que la experiencia de consumo de alcohol es amplia, pudiéndose identificar distintas trayectorias de consumo entre los jóvenes (DONOVAN Y MOLINA, 2013; DANIELSSON ET AL., 2011).

Se conocen algunos factores y conductas de riesgo, relacionados con la ingesta abusiva de alcohol por parte de los jóvenes: problemas académicos (LÓPEZ-FRÍAS ET AL., 2001), diversos problemas físicos y emocionales (BROWN ET AL., 2008), relaciones sexuales no planificadas y de riesgo (COOPER, 2002) y accidentes de tráfico (CALAFAT ET AL., 2008), entre otros.

Según algunos estudios cualitativos, nuestros adolescentes no tienen una noción clara de lo que es consumo moderado, desconocen los riesgos del alcohol, confunden el concepto de riesgo con las alteraciones del efecto buscado y consideran la dependencia cosa de adultos (PNSD, 2007; TORRENS, 2008; ROMO ET AL., 2015).

La mayoría de las personas jóvenes están convencidas de que el alcohol produce los siguientes efectos positivos: hace sentirse menos tímido, se mejoran las celebraciones especiales, se pierde la vergüenza y ponerse más contento y alegre. Sin embargo, el alcohol y las otras drogas afectan el funcionamiento cognitivo, reducen el autocontrol, afectan la capacidad de procesar la información y reducen la capacidad de reconocer las señales de aviso ante situaciones potencialmente generadoras de riesgos para la salud (HOAKEN Y STEWART, 2003; KODJO ET AL., 2004).

Diferentes autores afirman que las personas jóvenes que participan de estas actividades lo hacen de forma muy frecuente y son preferentemente de clase media, buenos estudiantes, con baja percepción de los problemas por el uso de drogas e interesados en sus efectos. En los últimos años, se constata el incremento de la presencia femenina entre la población consumidora de alcohol, lo que se traduce en un proceso de progresiva equiparación de hábitos de consumo entre los grupos de hombres y mujeres, especialmente entre los grupos de edades más jóvenes (ESPADA ET AL., 2008; TORRENS, 2008). En este sentido, algunos autores identificaron que el consumo de alcohol era un fenómeno grupal donde la cantidad de alcohol consumida estaba en relación con la frecuencia del consumo de los amigos y amigas de quien consume (COMAS, 1990).

En este mismo sentido, el consumo de alcohol afecta a un gran número de personas, en general adultos, pero también y cada vez más a jóvenes y adolescentes que se ven envueltos a menudo en problemas relacionados con el consumo de alcohol aunque no medie la dependencia alcohólica.

Junto al fácil acceso al alcohol, la propia organización de los espacios y los tiempos de ocio está considerada como uno de los elementos clave dentro de los factores contextuales que facilitan el consumo (DANIELSSON ET AL., 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 restricciones a la disponibilidad (OLCINA Y LLORENS, 2013; VILLALBÍA ET AL., 2008; RAHAV ET AL., 2006).

El uso y abuso de alcohol constituye una fuente de graves problemas para los jóvenes. Precisamente el hecho de la habitualidad de su consumo por la población juvenil es uno de los factores que han determinado una atención y percepción relativamente escasa para los problemas a los que da lugar. La asociación de trastornos psicopatológicos y de abuso de alcohol es muy frecuente. La existencia de comorbilidad en los adolescentes abusadores de alcohol oscila entre el doble y el triple que en una población general. Del mismo modo, la IEA, incluso en niveles bajos, facilita el paso a la realización de conductas agresivas y violentas (SANTO-DOMINGO, 2002).

Algunos autores consideran que la baja percepción de riesgo de los adolescentes hacia el alcohol se basa en que estos no lo consideran una sustancia nociva (INFORME COMISIÓN CLÍNICA SOBRE ALCOHOL, 2007; ALMAZAN ET AL., 2007). De hecho, el alcohol es percibido por los adolescentes como la sustancia recreativa menos peligrosa (AYERS Y MYERS, 2012).

Como apuntábamos anteriormente, una nueva situación asociada al consumo intensivo y problemático entre los jóvenes es lo que se ha venido en denominar *binge drinking* (STAHRE ET AL., 2006; NILSON ET AL., 2007) o consumo muy elevado en un corto periodo de tiempo. Las nuevas formas de uso extendidas entre los más jóvenes, como el botellón y el *binge drinking* o consumos muy intensivos se asocian a nuevas situaciones de riesgo. Así, sabemos que los riesgos asociados al consumo son directamente proporcionales a la intensidad y frecuencia del mismo. Y están especialmente ligados al cambio al consumo de licores (RONNEY, 1995). Desde el punto de vista epidemiológico, estos datos son descritos como un problema de salud pública (BELLIS ET AL., 2008; MORENO ET AL., 2008; EMSLIE ET AL., 2009; SHIELD ET AL., 2012., CURRIE ET AL., 2012), especialmente porque los consumos intensivos en jóvenes son considerados como predictores de consumo excesivo en la adultez (JEFFERIS ET AL., 2005; BLOMEYER ET AL., 2013).

La literatura científica pone de manifiesto la importancia que el consumo de alcohol adquiere como estrategia de diversión en las poblaciones jóvenes (KUNTSCHE Y COOPER, 2010). Y, también, como elemento a la hora de definir la adopción de conductas de riesgo (BELLIS ET AL., 2008; MILLER ET AL., 2007). Los jóvenes que abusan del alcohol no calculan los riesgos que esta conducta conlleva, porque su sistema de valores admite con normalidad las borracheras como parte del tránsito a la adultez de los jóvenes. E incluso, algunos autores afirman que la experimentación y la asunción de riesgos es necesaria para lograr la identidad y autonomía personal (OLIVA, 2004). Todas estas cuestiones han llevado a describir una serie de factores de índole contextual, relacional y personal que determinan el consumo de alcohol durante esta etapa vital (ALDRIDGE, MEASHAM Y WILLIAMS, 2011).

Por otro lado, se ha constatado que el género afecta a las pautas y formas de consumo de drogas. Las mujeres consumen más drogas legales y los hombres más frecuentemente las ilegales. Aunque las prevalencias de consumo siguen siendo mayores en los hombres, en algunos tramos de edad y determinadas sustancias, las mujeres superan en consumo a los varones (YOUNG ET AL., 2005; ALMAZAN ET AL., 2006; ROMO ET AL., 2014). Las diferencias de género, fruto de procesos de socialización más igualitarios, son cada vez menores, y chicos y chicas comparten la mayor parte de las actividades de ocio y donde las mujeres adquieren un protagonismo recreativo que antes no tenían y que era de uso exclusivo del varón (RODRÍGUEZ ET AL., 2004). A partir de los años setenta, se está dando una convergencia cultural y conductual entre los hombres y las mujeres (WHITE ET AL., 1986, citado en ROONEY, 1995), y esto se ha traducido entre otros aspectos en un aumento en el consumo de alcohol por parte de la mujer, como ponen de manifiesto los datos epidemiológicos.

Desde el punto de vista biológico, se ha puesto de manifiesto la existencia de efectos diferenciales del consumo intensivo de alcohol en varones y mujeres. Paralelamente, ha sido recurrente en la literatura la consideración al mayor contenido de lípidos y menor contenido de agua en el cuerpo femenino. En este sentido, la misma cantidad de alcohol por peso corporal, consumido en el mismo espacio de tiempo, conduce a mayores niveles de alcohol en sangre en las mujeres que en los varones (RAMCHANDANI ET AL., 2001). Estas diferencias metabólicas, puestas de manifiesto en la literatura nacional, han dado lugar a que las chicas sean consideradas más

vulnerables a los efectos nocivos del alcohol, pues se han desarrollado problemas hepáticos, cardíacos y neurológicos más severos y en menor tiempo en la mujer (DELGADO ET AL., 2005).

Sin embargo, las características biológicas no son suficientes para explicar la creciente convergencia, en los patrones de ingesta de alcohol. Para comprender estos aspectos, es necesario analizar las variables socioculturales que influyen sobre las conductas de riesgo en relación al uso y abuso de sustancias recreativas.

Algunos autores y autoras han evidenciado diferencias de género en el consumo intensivo. Por otro lado, si se considera el grado de premeditación para alcanzar la embriaguez, se observa cómo, entre los universitarios, los varones son más conscientes de querer llegar a ese estado, mientras que en las chicas es una consecuencia imprevisible no relacionada con una planificación previa (TOMÁS ET AL., 2007). Sin embargo, autores como Josefa Gómez han mostrado que las mujeres, cada vez más, identifican el alcohol como una parte constitutiva de su vida social y de su incorporación a los espacios de ocio, lo que puede explicar las nuevas tendencias femeninas de consumo. Fenómenos como el botellón han igualado el consumo entre ambos sexos pero no en cuanto a los procesos sociales en los que se producen ni siquiera las consecuencias de los mismos (GOMEZ-MOYA ET AL., 2010).

La literatura científica apunta a que las chicas de hoy en día están experimentando una disyuntiva: el deseo de mantener una determinada identidad y reputación femenina, a la vez que se disfruta de una mayor libertad para consumir alcohol (LYONS Y WILLOTT, 2008; ROLFE ET AL., 2009). Dicha tensión se manifiesta en relación a la embriaguez en lugares públicos, menos aceptados en las mujeres por tener connotaciones sociales que relacionan a las mujeres bebedoras como promiscuas y con mayor probabilidad de verse involucradas en prácticas sexuales de riesgo. En este sentido, las chicas actuales que viven la libertad del ocio recreativo nocturno al mismo nivel que los varones pueden estar utilizando estas prácticas para redefinir su identidad (MEASHAM, 2002; GRIFFING, 2013). Ello permite describir la convergencia en el consumo en dos sentidos; por un lado, se trata de un cambio de roles y, por otro, constituye un cambio en la significación del consumo de alcohol como un símbolo de género (ROMO ET AL., 2014).

Algunos autores han puesto de manifiesto la importancia que el consumo de alcohol adquiere como estrategia de diversión en las poblaciones jóvenes (KUNTSCHKE Y COOPER, 2010). Por otro lado, la imagen social utilizada por el sector publicitario es la de la diversión asociada al consumo de drogas, donde el alcohol es el eje omnipresente. El alcohol se asocia a la marcha, al ocio nocturno, al éxito social y sexual, al *glamour* y al estilo más rompedor, incluso al deporte. Beber alcohol es algo divertido. Las estrategias comerciales fomentan la intención de la conducta de beber, por lo que incluso el joven que no es directamente presionado, siente que se espera de él que beba y mayoritariamente acaba haciéndolo (RODRÍGUEZ MARTOS, 2007). El creciente ascenso de los hábitos de consumo intensivo entre los jóvenes nos obliga a profundizar en las variaciones socioculturales que intervienen en estos procesos, puesto que todos los elementos descritos parecen legitimar el consumo de alcohol entre los jóvenes y pueden facilitar que el consumo intensivo no sea interpretado por estas poblaciones como una pérdida de control (KATAINEN Y ROLANDO, 2015).

1.2. Epidemiología del uso, abuso y urgencias relacionadas con el consumo de alcohol juvenil

Para ciertos autores, hoy en día hablar de jóvenes y ocio es hablar del fin de semana. Hablar del fin de semana lleva implícito hablar del consumo masivo tanto de alcohol como de otro tipo de drogas ilegales (RODRÍGUEZ Y AULLÓ, 2003). En este mismo orden de cosas, se evidencia que son muchos los jóvenes que no son conscientes de haber alcanzado un estado de intoxicación, lo que demuestra una vinculación entre el consumo realizado y una falsa percepción de control. Esta falta de control los lleva a intoxicarse y requerir los servicios sanitarios en urgencias.

A continuación resumiremos los datos epidemiológicos más relevantes publicados sobre el consumo de alcohol en nuestro país por los organismos estatales.

Los últimos datos publicados en nuestro país sobre la prevalencia anual informada de IEA, esta superaba el 30% en la población general de 15-34 años. Entre los adolescentes de 15-18, la prevalencia española es superior a la europea. En los Servicios de Urgencias hospitalarios las IEA suponen un 0,5-1,1% del conjunto de las urgencias. Las intoxicaciones etílicas suponen el 45-65% del total de las

intoxicaciones por abuso de drogas. Se desconoce el peso del problema en las urgencias extrahospitalarias (PULIDO ET AL., 2014).

En España, existe un sistema de información de amplia e ininterrumpida serie temporal que nos permite conocer la evolución de los patrones de consumo de distintas drogas en nuestro país. Este sistema se articula en torno a dos grandes encuestas de carácter bienal:

- **ESTUDES:** Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (estudiantes de 14-18 años de edad; se realiza desde 1994).
- **EDADES:** Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (en población general residente en hogares de 15-64 años de edad; se realiza desde 1995).

Desde 1995 en el marco del Plan Nacional sobre Drogas se realiza cada dos años la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en población adulta, residentes en España con edades entre 15-64 años. La última encuesta publicada hasta el momento es la que se publicó el 3 de marzo de 2015, cuyos datos nos aportan la siguiente información:

Las drogas más consumidas entre la población en general son **alcohol, tabaco, e hipnosedantes**. Ha aumentado ligeramente el consumo de sustancias legales y ha descendido ligeramente el consumo de sustancias ilegales desde 2011 hasta la actualidad. Aunque los consumos se mantienen relativamente estables desde hace diez años, se encuentran estabilizados en niveles elevados. En este sentido, la encuesta revela que dos de cada diez personas de la población general se han emborrachado en el último año.

La edad de inicio de consumo de alcohol para la población en general es de 16,7 años. El porcentaje de consumidores de alcohol anual asciende a un 78,3%, siendo el 83,2% hombres y el 73,4% mujeres. Este consumo abusivo de alcohol está concentrado principalmente en los fines de semana y en el espacio del botellón. La cerveza es la bebida más consumida tanto en días laborables como festivos. Los consumos de todas las sustancias son más prevalentes en varones, excepto en hipnosedantes, en que las mujeres duplican a los hombres. Es importante remarcar que el consumo de alcohol es más habitual en varones de edades entre los 15-24 años, aunque no se

puede obviar que el consumo abusivo en las mujeres ha aumentado unos dos puntos en los últimos años.

El *binge drinking* y el consumo por atracón son practicados por el 15% de la población, fundamentalmente entre varones de 15 a 30 años, un porcentaje que sin embargo aumenta hasta un 33-34% en edades de 20-29 años. Por otro lado, las mujeres más jóvenes tienen predilección por este tipo de consumo. En este sentido, el 18% de las chicas de 15-19 años y el 20% de las de 20-24 años lo han realizado en el último mes. Esta forma de consumo de alcohol se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas. En este sentido, el 50% de los individuos encuestados consumían dos o más sustancias incluido el alcohol, que está presente en el 90% de los policonsumos.

La OMS recomienda el uso del test AUDIT para identificar los bebedores abusivos; según esta herramienta, entre la población general el 4,9% de los encuestados presentan un consumo problemático⁵ mientras que el 4,5% presentan un consumo de riesgo.⁶ Por último, el 0,4% de los encuestados pueden llegar a presentar una dependencia alcohólica.⁷ En este sentido, se calcula que dos millones de personas realizan un consumo perjudicial⁸ y de riesgo.

En 2012-2013 se ha realizado la última encuesta ESTUDES hasta el momento, enmarcada en la serie de encuestas que vienen desarrollándose en España de forma bienal desde 1994, con el objetivo de conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias. Estas encuestas han sido financiadas y promovidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y han contado con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas. La población de

⁵ **Consumo problemático.** Se denomina consumo problemático cuando el bebedor ha padecido o padece algún problema relacionado con el alcohol, como haber conducido bajo sus efectos o presentar complicaciones médicas, familiares o conductuales (OMS, Informe alcohol, 2007).

⁶ **Consumo de riesgo.** Consumo en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol, pero sí riesgo futuro de padecer daño psicológico, social y físico (ROSÓN, 2008). La Organización Mundial de la Salud clasifica como **bebedor de riesgo** a aquel que consume 28 UBE/semana en el caso de los varones y 17 UBE/semana en las mujeres (OMS, Informe Alcohol, 2007).

⁷ **Dependencia alcohólica.** Es un conjunto de síntomas y comportamientos que indican que el alcohol tiene un papel central en la vida de la persona, que será difícil de cambiar y que se ha producido una neuroadaptación (OMS, Informe alcohol, 2007).

⁸ **Consumo perjudicial.** Se considera consumo perjudicial el realizado por una persona que, independientemente de la cantidad consumida de alcohol, presenta problemas físicos o psicológicos como consecuencia del mismo (OMS, Informe Alcohol, 2007).

referencia son los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España. Los datos más relevantes en consumo de alcohol, son los siguientes:

En 2013 las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años siguen siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. Un 81,9% ha tomado bebidas alcohólicas en el último año, el 80,9% de chicos y el 82,9% de chicas. El consumo de drogas legales, incluidos los hipnosedantes, está más extendido en las chicas, mientras que el consumo de drogas ilegales está más extendido en los chicos. Según este estudio, desde 1994 se puede afirmar que la extensión del consumo de alcohol se mantiene bastante estable.

Este grupo poblacional de jóvenes comienza a consumir drogas a una edad temprana. En el caso del alcohol, a los 13,9 años. Para alcohol, tabaco y cannabis, el mayor incremento del consumo se produce entre los 14 y los 16 años. La proporción de consumidores de las distintas drogas aumenta progresivamente con la edad. En cuanto a la progresión del consumo de alcohol con respecto a la edad, en los últimos 12 meses, cabe decir que un 63,1% de los jóvenes consume alcohol a los 14 años, un 84,2% a los 16 años y el 91,3% a los 18 años.

La tendencia en el consumo de alcohol presenta un repunte en 2012. En este año, el 81,9% ha consumido en los últimos 12 meses y el 74% en el último mes con respecto a años anteriores, mientras que en 2010 por ejemplo el 73,6% había consumido en el último año y el 63% en el último mes. A pesar de la tendencia global ascendente de las borracheras, en 2013 desciende el porcentaje de jóvenes que se emborracha, aunque se mantiene a niveles muy altos, pues 3 de cada 10 jóvenes se emborrachan en el último mes. Del mismo modo, la evolución del consumo y porcentaje de borracheras en el último mes es del 30,8% y del 52% en el último año. En porcentajes intersexuales muy igualados: el 31,3% de chicos y el 30,3% de chicas. La evolución de borracheras aumenta conforme aumenta la edad, del mismo modo que el consumo de alcohol. A los 14 años se ha emborrachado el 12,7% de los jóvenes, a los 16 el 30,9% y a los 18 el 46,5% de los mismos. Paralelamente, más de la mitad de los jóvenes de 16 años se ha emborrachado en el último año. A los 14, 15 y 16 años, el porcentaje de chicas que se emborracha es mayor que el de los chicos; representa a los 14 años el 23,1% en chicos y el 29,2% en chicas; a los 16 años el 35,5% en chicos y el 44,6% en chicas; y a los 18 años el 52,6% en chicos y el 54,1% en chicas.

En relación con los patrones de consumo intensivo, la encuesta ESTUDES desde 2010 incluye preguntas sobre prevalencia de intoxicaciones etílicas y *binge drinking*. Con respecto al *binge drinking*, va ascendiendo el porcentaje de chicos y chicas que lo practican. Mientras que en 2010, el 36,7% de los estudiantes de 14 a 18 años (38,9% chicos y 34,5% chicas) reconoció haber consumido 5 o más copas/vasos en un intervalo aproximado de dos horas durante el mes previo a ser encuestado, en 2013 la mitad (51%) de los jóvenes de 17 años realiza este consumo en el último mes. Del mismo modo que las borracheras, el porcentaje de mujeres que realizan *binge drinking* es mayor que en los hombres, a los 14 y 15 años.

Cabe destacar que el consumo de alcohol, sobre todo si es de tipo intensivo (*binge drinking* o borracheras), se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas. En este sentido, es relevante señalar que para los chicos y chicas de 14-18 años las sustancias percibidas como más fácilmente disponibles son el **alcohol** (90%) y el **cannabis** (69,4%), seguidas de los **hipnosedantes** (53,4%). De la misma manera, este grupo de jóvenes perciben el alcohol como la sustancia menos peligrosa, seguida de los hipnosedantes.

A este respecto, se ha evidenciado que se producen más borracheras y consumos de *binge drinking* entre los que hacen botellón que entre los que no hacen. El 62% de los jóvenes de 14-18 años ha hecho botellón en el último año, en un porcentaje similar de chicas y chicos. Esta práctica también aumenta con la edad: sabemos que 4 de cada 10 jóvenes de 14 años practica el botellón habitualmente, mientras que a los 18 años ya lo practican 8 de cada 10 jóvenes en este tramo de edad. Así mismo, los estudiantes de secundaria que practican el botellón han llegado a consumos similares a los universitarios en menor número de años realizando dicha práctica, y tanto unos como otros duplican el límite establecido por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) (CORTÉS TOMÁS ET AL., 2010).

Otro indicador que nos permite comprender la epidemiología del consumo de alcohol juvenil en urgencias es el **indicador de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas**. Este indicador se encuentra en funcionamiento desde 1987 y su objetivo es la monitorización de las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas en España. La información es recogida a partir de una revisión de las

historias clínicas de Urgencias, de manera sistemática y retrospectiva. En 2011, los datos procedían de 15 Comunidades Autónomas. En la mayor parte de las áreas monitorizadas, la recogida de datos se limitó a 1 semana/mes, pero en otras (ciudad de Barcelona e isla de Ibiza), la recogida fue continua.

En 2011, se obtuvieron 9.649 episodios de Urgencias en los que la historia clínica recogía el consumo no terapéutico o no médico de alguna sustancia. En el 54,7% de estos 9.649 episodios de Urgencias (5.279), la droga influyó en el motivo de visita a Urgencias. Esto es, el consumo de la sustancia por el individuo atendido coincide con el motivo de la demanda asistencial requerida por el mismo en el Servicio de Urgencias. Las sustancias que se muestran en mayor proporción, relacionadas con el motivo por el que se acude a Urgencias son, por este orden, cocaína, alcohol y cannabis.

Del mismo modo, mediante este sistema de vigilancia se recogen datos de los episodios de urgencias ocurridos en siete hospitales de la Comunidad de Madrid durante doce meses (una semana elegida al azar de cada mes del año 2011), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información de Toxicomanías (SEIT). En esta comunidad, se recogieron un total de 1.615 episodios de urgencias durante las doce semanas correspondientes al año 2011 (una por mes) en los que el alcohol ocupaba el primer lugar con el 43,2%.

En Andalucía, anualmente se aportan al Plan Nacional sobre Drogas los datos registrados según los criterios establecidos en el Protocolo de 2003 y el Manual de Procedimiento de Registro del Indicador Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Sustancias Psicoactivas de 2009, para su asociación con los datos del resto de Comunidades Autónomas que registran el indicador. El Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones elabora anualmente un Informe autonómico del Indicador Urgencias Relacionadas con el Consumo de Sustancias Psicoactivas, definido como el número episodios en los Servicios de Urgencias hospitalarias en personas con edades entre 15 y 54 años, que son atendidas por motivos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas de manera no médica.

Desde el año 2001, el Indicador se registra en dos hospitales andaluces, el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y el Hospital de Especialidades Juan Ramón

Jiménez de Huelva. En 2007, se incorporaron al registro dos hospitales más, ubicados en la ciudad de Sevilla, el Hospital Universitario Virgen Macarena y el Hospital Universitario Virgen del Rocío, con los que se amplía la cobertura del Indicador en Andalucía. Nuestro hospital no se encuentra entre los participantes, pero este indicador nos puede aportar datos para tener una visión del panorama autonómico. Se trata de un indicador que permite detectar patrones de consumo problemáticos para la salud. Se registran episodios de urgencias que presentan consumos agudos de drogas y que requieren atención en un Servicio de Urgencias hospitalarias, bien sea tras un consumo puntual en personas consumidoras no habituales o en personas que tienen problemas de dependencia. La selección de la muestra se realiza mediante un muestreo aleatorio de una semana de cada mes. El PNSD estipula de manera aleatoria la semana durante la que han de recogerse los datos. Esta semana es común en todas las Comunidades Autónomas de España. Los resultados más relevantes son los siguientes:

La droga más presente en los episodios de urgencias es el alcohol (79,6%), ya sea solo o en combinación con otras drogas. Sin combinarlo con ninguna otra droga motiva el 62% de los episodios registrados y, unido a otras drogas, el 17,6%. Entre las mujeres, el porcentaje de urgencias relacionadas con el alcohol, solo o combinado, es del 87,7%.

En 2013, se registraron 1.160 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de drogas psicoactivas. De estos 1.160 casos registrados, 719 episodios están relacionados exclusivamente con el consumo de alcohol (62% del total de los casos registrados) y 441 con el consumo de otras sustancias psicoactivas, con o sin alcohol (38%). La mayoría de los episodios de urgencias se produjeron en hombres (70,6%) y los casos protagonizados por mujeres representaron el 29,4%. El porcentaje de hombres es mayoritario tanto entre los casos atendidos por consumo exclusivo de alcohol (67,2%), como entre los episodios producidos por consumo de otras sustancias psicoactivas (76,2%). La media de edad de las personas atendidas en el total de episodios fue de 37,1 años. La media de edad de las personas atendidas por consumo exclusivo de alcohol fue de 38,4 años, y la media de edad de los hombres es mayor que la de las mujeres en todos los consumos y en el consumo de alcohol en particular.

El 53,1% del total de los episodios se produjeron durante los fines de semana (de viernes a domingo). La mayor concentración de episodios en fines de semana se observa en los relacionados con el consumo exclusivo de alcohol, el 57,9% se produjo entre el viernes y el domingo de cada semana registrable, frente al 42,1% de los casos que ocurrieron en días laborables. Además, el porcentaje de urgencias atendidas en fines de semana por consumo exclusivo de alcohol es mayor entre las mujeres (62,3%). Las mujeres atendidas en los Servicios de Urgencias hospitalarias por consumo exclusivo de alcohol son, como media, 6 años más jóvenes que los hombres; sin embargo, las mujeres atendidas por consumo de sustancias psicoactivas en general, excluyendo el consumo de alcohol solo, son, de media, tres años mayores que los hombres atendidos. Por lo tanto, las urgencias relacionadas con consumo de alcohol entre las mujeres se producen en mayor proporción durante los fines de semana y se dan a edades más jóvenes.

Para los tramos de edad que nos ocupan, el porcentaje de los que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias de estos cuatro hospitales fueron: el 9,4% para la franja etaria 15-19 años; 11,8% en la franja 20-24 años y 10,4% en la de 25-29 años. El porcentaje de menores de edad entre el total de los episodios registrados fue del 3,8%. Analizando los datos de la población atendida menor de edad, la mayoría de las urgencias atendidas se debieron a episodios relacionados con consumo de alcohol exclusivamente (68,2%) y el 31,8% restante a otras sustancias con o sin alcohol. Atendiendo al 22,4% que suponen los menores de 25 años, habría que destacar que el 63,8% de estos episodios fueron provocados por el consumo de alcohol solo y 36,2% por otras sustancias psicoactivas (con o sin alcohol).

Entre los episodios de mujeres, el porcentaje de menores de 25 años es mayor que entre los hombres (29,9% entre los episodios de mujeres y 19,3% entre los de hombres). Esta diferencia es muy notable en los episodios motivados por el consumo exclusivo de alcohol (34,3% de jóvenes menores de 25 años entre las mujeres y 17,6% entre los hombres) y, sin embargo, la diferencia se reduce en los episodios motivados por consumo de otras sustancias (20% jóvenes entre las mujeres y 21,7% entre los hombres).

En el año 2013, se encuentra que la sustancia psicoactiva más mencionada (independientemente que tuviera relación o no con la causa de la urgencia) en el total de las historias clínicas es el alcohol (81%). En el 69,6% del total de los casos se

menciona exclusivamente alcohol y en el 30,4% restante se menciona alcohol y otras sustancias. En cuanto a las urgencias relacionadas por consumo exclusivo de alcohol, en la mayoría de ellas no se registran menciones a otras sustancias psicoactivas en la historia clínica (91%). Entre las personas atendidas por consumo exclusivo de alcohol, el 77,2% finalizó con alta médica, y en el 18,1% de los casos la persona atendida decidió abandonar voluntariamente el hospital. El 4,4% requirió ingreso hospitalario. El 0,3% fue trasladado a otro centro hospitalario. En función de la variable sexo no hay diferencias significativas en cuanto a la resolución de las urgencias en estos tipos de episodios. Respecto a las sustancias psicoactivas relacionadas con la urgencia, comparando los datos obtenidos en 2013 con los del año anterior, se observa un ligero aumento en la presencia de hipnosedantes y de alcohol. Sin embargo, disminuyen los porcentajes de cocaína y cannabis, mientras que el resto de sustancias se mantienen prácticamente estables.

En cuanto a las urgencias relacionadas exclusivamente con el alcohol, el porcentaje respecto al total de episodios sube ligeramente (en 2012 supusieron el 59,4% y el 62% en 2013). El porcentaje de mujeres en los episodios relacionados solo con el alcohol se mantiene prácticamente estable (32,2% en 2012 y 32,8% en 2013). Por otra parte, en los episodios relacionados con el consumo de alcohol, hasta el 2010 la media de edad se mantenía en torno a los 34 años. Desde el 2012, la media de edad se ha ido incrementando hasta alcanzar en 2013 los 38,4 años.

Por otro lado, los porcentajes de personas menores de edad y de jóvenes menores de 25 años atendidas en urgencias por consumo de alcohol disminuyen en 2013 (un 2% y un 6,1% menos respectivamente). Entre los episodios de urgencia relacionados exclusivamente con alcohol, el porcentaje de personas que mencionan otras drogas en Urgencias es muy escaso, siendo el cannabis y los opiáceos las sustancias más referidas, en un 3,6% y 2,2% respectivamente.

En 2013 aumentan las urgencias entre las personas menores atendidas que declaran haber consumido otras sustancias junto al alcohol, desde un 17% en el año anterior a un 31,8% en este año. Del mismo modo, descienden los episodios en los que declaran haber consumido exclusivamente alcohol: del 83% en 2012 al 68,2% en 2013. Estos datos muestran que el peso del alcohol sobre la totalidad de demandas de tratamiento es creciente. Por otra parte, el alcohol ocupa el segundo lugar entre las sustancias que

con mayor frecuencia motivan atención médica en Servicios de Urgencias (VALVERDE ET AL., 2010).

En cuanto a otros datos al respecto del consumo de alcohol publicados por otros organismos que nos pueden aportar información relevante cabe destacar los de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Este organismo se fundó en 1961 con la misión de promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo. Agrupa 34 países, entre ellos España. Los últimos datos publicados sobre consumo de alcohol se exponen a continuación.

La conclusión del primer informe de la OCDE sobre el consumo de alcohol realizado en 34 países es que el alcohol mata. De hecho, se ha convertido en la quinta causa de muerte en el mundo, cuando hace una década era la décima. Parece que este hecho obedece a que el consumo de alcohol se ha extendido a otros grupos poblacionales. Mientras que hace algunas décadas, la ingesta de alcohol era mayoritariamente una cuestión de hombres con un nivel socioeconómico y educativo bajo, ahora se ha extendido a mujeres y menores. Según este trabajo, el riesgo de abuso de bebidas alcohólicas, actualmente, es mayor entre las personas que tienen más formación o disponen de mayores recursos económicos. El estudio realizado entre los países más desarrollados constata que, aunque el consumo de alcohol se ha reducido entre 1992 y 2012 un 2,5% a 9,1 litros de alcohol puro per cápita y año, no ha sido así entre los menores, puesto que la proporción de menores de 15 años que se han emborrachado ha pasado, en los 20 años del estudio, del 30% al 43% entre los chicos y del 26% al 41% entre las chicas. Este informe considera que este aumento porcentual tiene relación con la instauración de modos de consumo por atracón (*binge drinking*).

El consumo per cápita de alcohol, según muestra el informe de la OCDE, ha disminuido ligeramente en los dos últimos decenios, pero la bebida excesiva de algunos colectivos se ha agravado, y con ella el impacto económico y social, con una evolución particularmente preocupante entre los jóvenes y las mujeres. Aunque existe un ligero descenso global en el mundo desarrollado, encierra notables evoluciones, con bajas muy significativas del consumo per cápita en ciertos países del sur de Europa, entre ellas España (-19%). En España se consumen 9,8 litros de alcohol anuales por adulto, con lo que se sitúa en mitad de la tabla (decimoctava posición de 34), por encima de la media global de la OCDE (9,1 litros). Sobre la alcoholización

rápida, una de las constataciones más preocupantes para la organización es que la proporción de menores de 15 años que se han emborrachado ha ido aumentando no sólo en chicos si no también en las chicas.

En el año 2006 unos ochenta millones de europeos de más de quince años de edad admitieron el consumo de tipo *binge drinking*. Las investigaciones europeas muestran que existe un aumento del consumo concentrado de alcohol en Europa en adolescentes de 15-16 años desde 1995 (FARKE ET AL., 2007). El consumo compulsivo de alcohol entre los/las jóvenes europeos se ha ido incrementando desde el 2003 y uno de cada quince jóvenes mayores de 15 años afirman que es su modo habitual de consumo. En España admiten este uso un 33% de los jóvenes de 15-24 años.

Si nos centramos en el consumo de alcohol juvenil en la provincia de Granada, hemos de partir de que Granada tiene una importante población estudiantil y un área metropolitana en expansión, y que es una de las ciudades españolas más afectadas por el botellón; siendo así mismo de las más publicitadas en los medios de comunicación. Se han hecho diversos estudios en la última década, basados en encuestas, para analizar los hábitos de los jóvenes.

Los datos más recientes sobre el uso del tiempo libre y las preferencias de los jóvenes están encabezados por la motivación de estar con los amigos (91%), e ir a bares y lugares de ocio nocturno (77%). Un tercio de los granadinos más jóvenes (15-19 años) tienen como principal alternativa hacer botellón. No obstante, la prevalencia del consumo de drogas entre los jóvenes granadinos ha disminuido en casi todas las sustancias, salvo en el alcohol (*La población andaluza ante las drogas*, 2012). Los lugares informales que la mayoría de los jóvenes granadinos frecuentan son los parques, las calles y plazas públicas de la ciudad, sirviendo estos espacios como lugares de unión y esparcimiento.

Debido a los problemas sociales que generaba este tipo de actividades, el Ministerio del Interior propuso en febrero del 2002 la conocida Ley antibotellón, que prohibía el consumo de alcohol en la calle y regulaba horarios de venta y promoción de alcohol. Ante las resistencias y críticas la ley no se aprobó. Sin embargo, algunas comunidades autónomas aprobaron diversas regulaciones al respecto, especialmente en lo referido a limitar los horarios de venta de bebidas alcohólicas en comercios y el

consumo en las calles bajo multa de 300 euros en diversas comunidades. Otras comunidades autónomas han puesto en marcha estrategias más centradas en limitar las molestias a los vecinos que en reducir el consumo. En Extremadura se aprobó la Ley de Convivencia y Ocio (2003) que no persigue el botellón, sino que regula dónde se puede y dónde no se puede beber, y se acompaña de programas de construcción de «Espacios de Creación Joven» como alternativa de ocio nocturno no basado en alcohol. Este modelo ha sido imitado en diversas comunidades Autónomas.

El 24 de octubre de 2006 se aprueba la polémica Ley antibotellón⁹ que otorga facultades a los ayuntamientos para el control y la penalización del fenómeno, y autoriza la creación de espacios específicos, conocidos como «*botellódromos*», siendo Córdoba la primera ciudad en instalarlo, a mediados de 2005. Ofrecen elementos de higiene y seguridad no presentes en plazas y parques, como urinarios públicos, suficientes contenedores y vigilancia. Este mismo modelo ha sido seguido por otros gobiernos locales o autonómicos como la ciudad de Salamanca o Andalucía (Granada). La materia que pretende ordenar la presente Ley no es la de este fenómeno en su extensión global o integral. Esta norma se circunscribe a regular un solo aspecto, el de evitar las desfavorables repercusiones de estas nuevas manifestaciones del ocio que afectan a la normal convivencia en las ciudades, facultando a las Corporaciones Locales para la adopción de controles administrativos, las cuales pueden establecer medidas legales correctoras para regular y controlar dichas actividades (BOE, 2006).

El botellódromo está instalado en una zona céntrica de Granada, donde un gran número de jóvenes granadinos acuden los fines de semana, aceptan sus instalaciones, así como la presencia policial y de protección civil como dispositivos para su seguridad. En el mismo lugar, se ponen en marcha el desarrollo de campañas educativo-preventivas. En mi opinión, este espacio es percibido como vía de normalización del consumo de alcohol aunque existe poca concienciación sobre sus riesgos. De jueves a sábado se suele llenar de jóvenes en edad principalmente universitaria y su horario se sitúa entre las 23:00 y las 5:00 de la madrugada. Fuera de este recinto está prohibido beber con el riesgo de ser multados, siguiendo la normativa municipal. En la ciudad de Granada es el único lugar habilitado para beber y ha tenido buena acogida

⁹ Ley antibotellón: Ley 7/2006 de 24 de Octubre, sobre potestades administrativas en materia de determinadas actividades de ocio en los espacios abiertos de los Municipios de Andalucía (BOE, 2006).

por los jóvenes. En el botellón, para abaratar el coste de la bebida, se consume el alcohol en botellas y tetra-briks de aproximadamente un litro de capacidad, con hielo y vasos de plástico, antes de dirigirse a pubs, discotecas o conciertos, donde el precio de las bebidas suele ser considerablemente más caro. Muchos jóvenes optan por la práctica del botellón para evitar el consumo del llamado garrafón o alcohol adulterado. Durante este tiempo y en relación con el consumo en el botellón, los Servicios de Urgencias atienden los fines de semana a un número indeterminado de jóvenes que acceden por intoxicación etílica.

A lo largo de estos años se han dado cita en el «*botellódromo*» miles de jóvenes el día de la primavera en Granada y es habitual organizar un dispositivo sanitario especial en la zona y en los Servicios de Urgencias de los hospitales principales de la capital para atender a los jóvenes con coma etílico. En la Fiesta de la Primavera de Granada en 2006 se realizó un botellón autorizado y acondicionado por el ayuntamiento de unos 30.000 jóvenes, entre el mediodía y la madrugada del mismo día, a pesar de la lluvia, y sin incidentes reseñables. Así mismo la Fiesta de la Primavera en 2011 atrajo a más de 25.000 jóvenes. Se produjeron más de 50.000 kilos de basura. Protección civil realizó 150 asistencias sanitarias, de las cuales 67 fueron comas etílicas que tuvieron que derivar a centros hospitalarios. La Fiesta de 2012 estuvo protagonizada por 20.000 jóvenes de diferentes comunidades, no solo de Granada. Según la policía, la concentración se desarrolló sin incidentes, aunque motivó el corte de tráfico de algunas calles y los accesos a la autovía desde la A-44 desde las 17:30h.¹⁰

Para afrontar las consecuencias del «macrobotellón», que se convoca habitualmente desde las redes sociales, el ayuntamiento de Granada activa cada año desde el 2006, a partir del medio día del día en cuestión, un dispositivo especial integrado por un centenar de agentes de policía local en las instalaciones habilitadas al efecto. Este dispositivo, de carácter preventivo, está contando con la ayuda de agentes de la guardia civil y de la policía nacional, que trata de evitar que el botellón se extienda a la vía pública donde está prohibido consumir alcohol. A pesar de contar con los dispositivos de protección civil que actúan in situ en las instalaciones del botellón atendiendo a los jóvenes con intoxicaciones etílicas, cada año en el día de la

¹⁰ Datos recogidos en prensa en la página web: GranadaMarcha.com. Recuperado de URL: <http://www.granadamarcha.com/tag/botellon>).

primavera son atendidos una veintena de jóvenes que sufren comas etílicos en los distintos Servicios de Urgencias de la ciudad.

Según los datos del Centro Provincial de Drogodependencias de Granada, en los últimos cinco años se ha duplicado el número de jóvenes atendidos por los especialistas. Mientras en 2001 suponían el 14,7% de los casos tratados en este centro, ahora el porcentaje se alza al 35,19%, un incremento que es considerado como alarmante por el director del Centro.

En Granada en el año 2011 se produjeron 1070 atenciones en los centros sanitarios relacionadas directamente con el consumo de alcohol, 734 fueron hombres y 336 mujeres. Estas cifras suponen un 16% del total andaluz (La Población Andaluza ante las drogas).

A pesar de la citada ley que prohíbe la venta de alcohol a menores, 8 de cada 10 establecimientos sirven cervezas a menores. La ciudad de Granada, junto con Valencia, son las ciudades donde más existe una excesiva facilidad para adquirir bebidas alcohólicas en los menores (Revista *OCU-Salud*, Madrid, 2009, 25 de marzo).

A la Fiesta de la Primavera en 2015 le falló la estrategia de convocatoria, a lo que se sumó la inclemencia del tiempo, por lo que solo asistieron 12.000 jóvenes, mucho menos que los años anteriores, y protagonizaron menos intoxicaciones etílicas en los dispositivos. El ayuntamiento de Granada pretende prohibir la Fiesta de la Primavera en el recinto del botellódromo para los años sucesivos. El 1 de julio de 2015, entró en vigor la Ley Orgánica Protección de la Seguridad Ciudadana, conocida por «ley mordaza»,¹¹ que sanciona el consumo de alcohol en la vía pública con multas de hasta 600 euros cuando altere gravemente el descanso vecinal.

¹¹ La ley mordaza es un término que utilizan los detractores de una ley la califican para criticar lo que perciben como vulneración de las libertades. En este caso, hace referencia a la Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana. Dicha ley española, cuyo anteproyecto se presentó el 29 de noviembre de 2013, entró en vigor el 1 de julio de 2015.

1.3. La atención a jóvenes por consumo de alcohol en los Servicios de Urgencias hospitalarios

El consumo de alcohol y otras drogas es un motivo frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias (BASTIDA ET AL., 2007). 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 (WEINBERG ET AL., 2006). Los Servicios de Urgencias Hospitalarios y extrahospitalarios son demandados, diariamente, para la asistencia de pacientes con sobredosis.¹² Todos los estudios publicados coinciden en afirmar que el alcohol es la droga responsable del mayor número de sobredosis. Existen datos que corroboran estas afirmaciones. Como ejemplo, el Hospital Clínic de Barcelona atendió en 2007 un total de 800 casos con sobredosis, de los que el 63% fueron intoxicaciones etílicas (NOGUÉ ET AL., 2007). A nivel autonómico, las urgencias de los centros andaluces atendieron 6.696 ingresos por problemas con el alcohol y 5.655 por otras drogas (Estudio de Población Andaluza 2009-2011).¹³ Según las conclusiones del OED en España se ha producido una evolución ascendente desde 1996, cuando las urgencias relacionadas con el alcohol representaban el 13,3%. En 2002 la cifra aumentó hasta el 39% y en 2007 alcanzó el 41.9% El último dato disponible corresponde al año 2013 y sitúa la tasa en el 62% del total. Las cifras coinciden con el patrón de consumo excesivo (borracheras) que ha venido aumentando gradualmente desde el 27,6% en 1994 hasta el 45,1% en 2013 (PNSD, 2013).

¹² Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) están dotados, en la mayoría de los casos, de un equipamiento técnico y unos recursos humanos óptimos, capaces de ofrecer servicios eficaces de gran calidad asistencial. Dichos servicios son gratuitos y de fácil acceso, y están ubicados en zonas centrales urbanas, donde pueden ser atendidos todos los usuarios sin necesidad de filtros intermedios ni derivación de ningún especialista (SÁNCHEZ LÓPEZ, 2003). Este hecho, sin embargo, contrasta, según ciertas opiniones, con un ineficaz aprovechamiento de los recursos. Las visitas innecesarias a urgencias se sitúan en torno al 26,8% en España (OTERINO ET AL., 1999; PÉREZ-CIORDIA ET AL., 2009). Así, algunos autores apuntan la necesidad de que los individuos que presenten IE en zona urbana sean atendidos en otro dispositivo de salud (PAC/SEDU) antes del traslado a los Servicios de Urgencias hospitalarios con el objetivo de aprovechar mejor los recursos disponibles (IGLESIAS ET AL., 2007). Del mismo modo, determinados profesionales sanitarios consideran inadecuada la utilización de los Servicios de Urgencias en caso de presentar una IEA. También creen improcedente la utilización de transporte público a causa de IEA al considerar este tipo de problema patología no emergente y destacan que la intoxicaciones etílicas (21%) ocupan la mayor parte del tiempo utilizado por la ambulancia (FERNÁNDEZ TUÑAS ET AL., 2013).

¹³ El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su último informe sobre drogas, afirma que Granada es la tercera provincia de Andalucía en número de bebedores abusivos, un 7,4% (PNSD 2008).

Aunque escasos, existen algunos informes elaborados por Servicios de Urgencias de hospitales que abordan el consumo excesivo de alcohol en la población. De estos estudios se desprenden los siguientes datos: por regla general, son atendidos más pacientes varones que mujeres; en el caso de la población femenina, su llegada al Servicio de Urgencias suele producirse mayoritariamente durante el fin de semana mientras que en los varones no hay distinción; las mujeres atendidas son más jóvenes que los varones; un número bajo de los atendidos son menores de edad que consumen alcohol de alta graduación; la mayoría presentan intoxicaciones etílicas moderadas y son dados de alta sin secuelas a las pocas horas (RODRÍGUEZ SUÁREZ ET AL., 2003; ÁLVAREZ DE LINARES ET AL., 2007; RIQUELME RODRÍGUEZ ET AL., 2001) ¹⁴.

Gran parte de la investigación que se ha llevado a cabo en los SUH (Servicios de Urgencias Hospitalarios) se ha centrado en la relación entre accidentes, actos violentos y consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol (SANZ MARCOS ET AL., 2009). El último estudio sobre daños relacionados con el consumo de alcohol, realizado desde 1990 hasta 2011, reveló que en población de 15 a 64 años, un 10% de la mortalidad total y el 30% de la mortalidad por accidente de tráfico pudo ser atribuible al alcohol. En esta misma población al menos el 0,8% padecía trastornos por consumo de alcohol, y aproximadamente el 20% había tenido alguna intoxicación etílica aguda (IEA) en el último año. Las IEA supusieron entre el 0,5% y el 1,1% de las urgencias hospitalarias (PULIDO ET AL., 2014).

Son escasas las investigaciones que estudian en detalle el perfil de los pacientes atendidos por IE (intoxicación etílica) y sus necesidades asistenciales. Es importante destacar que el ser atendido en un SUH por una IE puede ser el primer signo de un problema social, conductual e, incluso, de enfermedades psiquiátricas no diagnosticadas (SÁNCHEZ LÓPEZ, 2003). Por tanto, un buen análisis de los casos de las urgencias hospitalarias permitiría valorar las situaciones más problemáticas del consumo de alcohol entre los jóvenes, como son las intoxicaciones etílicas, el consumo perjudicial y el síndrome de dependencia (SÁNCHEZ ET AL., 2010).

En otros países, los Servicios de Urgencias son utilizados para intervenir sobre el consumo problemático de alcohol. De esta manera, se busca un cambio en las

¹⁴ Mi dilatada experiencia profesional como sanitario del Servicio de Urgencias me ha permitido comprobar estos datos. Trabajo en el Servicio de Urgencias desde el año 1983.

conductas más peligrosas para los consumidores que se encuentran en estos servicios y que pueden sufrir las consecuencias de un consumo intensivo como accidentes de tráfico o conductas violentas (WOOLFENDEN ET AL., 2002; TIRADO ET AL., 2009; ANTELO ET AL., 2008). Estas intervenciones están siendo evaluadas como viables y positivas para los pacientes que acuden a estos servicios (BERNSTEIN Y BERNSTEIN ET AL., 2008; MELLO ET AL., 2008; BALLBÉ ET AL., 2009; BLOW ET AL., 2009).

En Australia, la estrategia nacional sobre el consumo de alcohol ha recomendado la recogida de datos, a nivel local, de los Servicios de Urgencias para obtener una mejor comprensión de los daños para la salud relacionados con el consumo de alcohol. Ciertos autores y autoras han integrado datos policiales y de los Servicios de Urgencias a nivel local mostrando cómo el consumo intensivo de alcohol es mayoritariamente masculino y estacional, se duplica en el verano y muestra una alta frecuencia de actos violentos atendidos por la policía y asociados a las visitas a Urgencias. Investigaciones llevadas a cabo en este país aconsejan que se trabaje de manera conjunta con los datos policiales y con los de los Servicios de Urgencias (LESJAK ET AL., 2008; MONTI ET AL., 2007).

Centrando el discurso en el tema que nos ocupa en esta investigación, es decir, adolescentes y jóvenes, un Servicio de Urgencias Hospitalario en la Ciudad de Chirstchurch, Nueva Zelanda, elaboró un estudio descriptivo de los pacientes que accedieron a Urgencias por consumo de alcohol durante dos semanas. El estudio consistía en realizar una entrevista personal sobre el consumo de alcohol anterior a la asistencia y recogía tanto datos demográficos como cantidad y tipología de consumo. Establecieron que los que más frecuentaban el Servicio de Urgencias eran jóvenes de 16 a 25 años y varones (40%). El consumo de cuatro bebidas estándar en una sola sesión duplicaba el riesgo de lesión dentro de las 6 horas siguientes al consumo. Apreciaron que para algunos individuos el alcohol podía tener efectos embriagadores o perjudiciales a corto plazo, incluso consumiendo en los niveles recomendados. Los varones bebían más cantidad y con más frecuencia que las mujeres. Determinaron que los varones se veían implicados en peleas en relación al alcohol en un 21,6%, mientras que las mujeres solo un 7,7%. Las mujeres de 16 a 20 años superaban en número a sus homólogos varones y tenían un consumo alto de bebidas destiladas. En Nueva Zelanda, como en España, los jóvenes varones superan en consumo a las mujeres en todos los tramos de edad excepto en el grupo de 15 a 17 años. Por último,

el estudio precisaba que el hecho de consumir en establecimientos sin licencia (75% jóvenes) para realizar la «pre-carga» (porque el alcohol es más barato que en los establecimientos con licencia) constituía un efecto negativo que empeoraba el pronóstico (STEWART ET AL., 2014).

Los SUH se encuentran con la necesidad de enfrentarse a nuevos retos que permitan abordar con eficacia y seguridad las reacciones adversas que se producen por sobredosis de alcohol y otras drogas. Buena parte de estos pacientes suelen ser policonsumidores de sustancias de abuso, lo que significa que presentan cuadros clínicos abigarrados. Ante la falta de antídotos específicos para la mayoría de sustancias, se les aplican medidas sintomáticas (NOGUÉ ET AL., 2005). Hoy en día es muy difícil encontrar consumidores puros y son múltiples los estudios epidemiológicos que demuestran la frecuente asociación de varias sustancias (ABADANES ET AL., 2004).

Debido a este frecuente policonsumo en los jóvenes que se atienden en Urgencias, varios autores se han preguntado si existen diferencias entre los adolescentes que consultan por una IEA y aquellos que han consumido otras drogas. Ciertos autores sí encontraron claras diferencias entre estos usuarios. En el caso de las IEA, ya no distinguieron el patrón de consumo clásico de alcohol, en el que el sexo masculino era el principal consumidor, sino que ambos sexos se veían implicados de forma similar. En cambio, en el caso de consumo de otras sustancia psicoactivas, los adolescentes varones se mantenían como protagonistas. Además, apreciaron más problemas psicosociales entre los que consumen otro tipo de drogas diferentes al alcohol (ARIAS ET AL., 2010). Del mismo modo, en un estudio multicéntrico en el territorio francés, establecieron que un 65,1% de los jóvenes de 12 a 18 años atendidos en Urgencias por IEA tenían antecedentes personales de comportamiento de búsqueda de riesgo (MUSZLAK Y PICHEROT, 2006). Por todo ello, la mayoría de los autores refieren que hay que aprovechar la visita a SUH para garantizar un seguimiento del paciente e intentar evitar las consecuencias que podría tener el desarrollo de una adicción.

Por otro lado, estudios realizados en diferentes SUH de Australia, que disponían de pruebas de laboratorio para determinar el nivel de alcohol en sangre, encontraron que el 90% de los adolescentes de 14,5 años a los que les realizaron el estudio superaba los 80 mg/dl (WEINBERG ET AL., 2006). En nuestro contexto hospitalario, no es posible cuantificar el nivel de alcohol en sangre a los jóvenes, por no disponer de

herramientas para ello. En este sentido, algunos estudios nacionales afirman que no es necesario realizar este tipo de determinaciones a todos los casos de IEA, puesto que la mayoría presentan alteraciones analíticas leves. Sin embargo, el estudio de alcoholemia sí es obligatorio cuando se trate de un caso que atente contra la seguridad en el tráfico o concurra o pueda derivar en alguna causa judicial (ARIAS CONSTANTÍ ET AL., 2010).

Por otra parte, en la práctica diaria en Urgencias, se observa que acceden por intoxicación muchos menos jóvenes de los que en realidad necesitarían atención. Surgen así cuestiones como: quiénes recurren al servicio, quiénes no y por qué. En esta línea, durante un estudio realizado en California, Wetherill y colaboradores (2012) determinaron que, tras la ingesta abusiva de alcohol, algunos de los/las jóvenes eran más propensos a desmayarse que otros. Esto era debido a diferencias en la forma en que el alcohol afecta la actividad cerebral en áreas que tienen que ver con la automonitorización, la atención, y la memoria de trabajo. Estimaron que un 40% de los estudiantes universitarios de su muestra experimentaron desmayos inducidos por el alcohol. Es posible que los que acceden al SUH sean aquellos que al desmayarse alarman a los amigos que, habitualmente, son quienes llaman a la ambulancia o los trasladan a Urgencias.

En España se han realizado diferentes estudios al respecto del consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes. La mayoría de ellos centrados en prevalencias, perfiles o patrones de consumo. Gracias a estos sabemos que las intoxicaciones por alcohol en los menores de edad con fin recreacional han aumentado de manera significativa, hasta el punto que el alcohol es el agente implicado con mayor frecuencia en las intoxicaciones agudas atendidas en los Servicios de Urgencias Pediátricos de España (AZKUNAGA ET AL., 2012). Sin embargo, un estudio comparativo posterior realizado en un hospital de Barcelona, en el que se analizaba la evolución de la incidencia de las IEA en Urgencias durante 6 años (2007-2012), concluyó que la tasa anual tenía tendencia a disminuir, lo que podría interpretarse como un cambio de sentido. Por lo demás, establecieron que se trata de adolescentes en torno a los 16 años de edad y que acuden en ambulancia por presentar una IEA moderada aislada durante la noche del fin de semana, no siendo el sexo un factor determinante (TRENCHS SAINZ DE LA MAZA ET AL., 2015).

En cuanto a investigaciones realizadas en los propios Servicios de Urgencias, son pocas las que se centran exclusivamente en el alcohol. La mayoría incluyen todo tipo de intoxicaciones. El objetivo principal de estos estudios es conocer datos sobre el consumo de drogas, incidiendo en aspectos como el sexo, el día de la semana, periodo del año y edad. Los hay que se centran en informar sobre los efectos adversos del consumo a corto y largo plazo. En gran parte de las investigaciones sobre de consumo de drogas o bien se excluye el alcohol, o los datos que aportan sobre esta sustancia son secundarios.¹⁵ Por tanto, los datos de los que se dispone no permiten hacer un mapa clarificador del impacto del consumo de alcohol en los SUH. La mayoría de estudios realizados en Servicios de Urgencias son predominantemente de corte epidemiológico. Apenas existen los de corte cualitativo o fenomenológico. Los informes elaborados específicamente sobre IEA en urgencias únicamente aportan datos sobre prevalencias.

A continuación, exponemos algunas de las investigaciones realizadas en dichos servicios:

Un estudio realizado en Barcelona durante 30 meses, se centró en las diferencias entre los jóvenes que acuden a los SUH por consumo exclusivo de alcohol y aquellos que lo hacen por otras sustancias psicoactivas. Las demandas de atención por consumo de alcohol representaban el 1%. Los que se atendían exclusivamente por IEA representaban el 78,7%. Sin embargo, de aquellos que eran atendidos por otro tipo de sustancias (33%), el 80% también había consumido alcohol. Cabe destacar que los jóvenes que habían consumido otro tipo de sustancias presentaban más problemas psicosociales y patología psiquiátrica que los que solo consumían alcohol, por lo que era necesario tener más vigilancia y precisaban de otro tipo de pruebas diagnósticas (análisis de tóxicos) para valorar la administración de antídotos (ARIAS CONSTANTÍ ET AL., 2010).

En un SUH de Gijón se realizó un estudio de corte epidemiológico con intención de recoger prevalencias y datos demográficos. Realizaron una revisión retrospectiva con datos recogidos de las historias clínicas informatizadas y datos administrativos del

¹⁵ No deja de ser paradójico este vacío en investigaciones sobre intoxicación por consumo de alcohol, sobre todo si tenemos en cuenta que en todos los estudios se desprende la idea de que las intoxicaciones etílicas son las que mayor proporción representan de todas las atendidas por los SUH.

libro de registro de urgencias. Se trabajó con una muestra de 1.452 individuos atendidos por consumo de alcohol en un periodo de 4 años. Los resultados mostraron que la incidencia de pacientes atendidos por intoxicaciones etílicas no había aumentado durante el tiempo del estudio. El grupo de edad en pacientes menores de 20 años no presentó un incremento de atenciones. Sin embargo, sí había aumentado el grupo de pacientes mayores de 30 años. El paciente más joven atendido en este periodo tenía 13 años y el sexo de los atendidos era mayoritariamente masculino (ÁLVAREZ DE LINARES ET AL., 2007).

En el SUH de Elda se seleccionaron a todos los pacientes con consumo de alcohol y drogas que acudieron al Servicio de Urgencias del hospital entre 2004 y 2006. El 3,81% de las urgencias fueron por consumo de alcohol y drogas. El 19,6% de los pacientes eran reincidentes. El 76,5% eran hombres y el 23,5% mujeres. El grupo de edad de 15-24 años representaba el 65% del total de urgencias por alcohol y drogas. El 53,5% de las urgencias eran en fin de semana y de madrugada (IBÁÑEZ ET AL., 2007).

Del mismo modo, en el SUH de San Millán- San Pedro de La Rioja¹⁶ se llevó a cabo un análisis de las intoxicaciones atendidas en Urgencias durante el año 2005. En esta ocasión, se registraron todos los pacientes que ingresaron por consumo de algún tóxico (incluido el alcohol). Las urgencias atendidas en ese periodo fueron 92.917, de las cuales 484 fueron tratadas por consumo de drogas. De la muestra recogida, 324 (66,9%) de los pacientes eran varones y 159 (32,9%) eran mujeres. La mayoría de pacientes eran policonsumidores y la sustancia principal consumida fue el alcohol, que motivó el ingreso de 378 pacientes (78,1%). Además, del total de las intoxicaciones registradas, 285 (58,9%) correspondieron a intoxicaciones etílicas exclusivamente. El domingo fue el día en que se produjeron más ingresos y la hora de llegada más frecuente se encontraba en el tramo de las 22:00-8:00 de la mañana. Solo el 3,9% de los pacientes necesitaron ser ingresados en el hospital. Relacionando la variable sexo con el consumo de tóxicos encontraron que tanto en los varones (75%) como en las mujeres (82,4%), el alcohol era la sustancia que produjo más intoxicaciones. En la franja de edad 19-30 años se presentaron la mayoría de las incidencias. Las edades

¹⁶ Datos facilitados por el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja. Análisis de año completo (mayo de 2004 a abril de 2005). Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas.

más tempranas recogidas correspondían a pacientes entre 15-18 años (CARPINTERO ESCUDERO ET AL., 2005).

Otra investigación realizada por Muñoz y colaboradores (2003) en las Urgencias de un Hospital de Sabadell tenía el objetivo principal de conocer la prevalencia de intoxicaciones etílicas en pacientes menores de 18 años así como de recoger información sobre el abuso de alcohol entre este grupo de población. Los investigadores realizaron un estudio retrospectivo de las historias clínicas en el servicio de documentación del hospital, desde enero de 2000 a agosto de 2002. Los resultados obtenidos concluyeron que un total de 412 pacientes habían acudido por intoxicaciones etílicas, de los cuales el 67,2% fueron chicos y el 32,7% chicas. Así mismo, encontraron que los menores de 18 años constituían el 31,7% del total. Del mismo modo, establecieron que el 87,2% se había atendido en el turno de noche. El tiempo medio de estancia era de 2,30 horas y la mayoría fueron tratados en fin de semana. Durante el periodo que investigaron no hubo ninguna reincidencia.

En Santiago de Compostela recopilaron datos de las HC durante un año para conocer la incidencia de IEA. Se atendieron 472 pacientes que representaban el 0,55% del total de atendidos. Apreciaron diferencias conductuales y motivacionales entre la población mayor de 25 años y los menores de 25 años. Los menores accedían al SUH como consecuencia de una conducta recreativa de las noches de fin de semana, mientras que los mayores de 25 años presentaban mayor asociación a traumatismos e ingresos (BUGARÍN GONZÁLEZ ET AL., 2000).

En la misma línea epidemiológica, un Hospital de Pontevedra realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la finalidad de conocer las intoxicaciones agudas registradas en tres años. Los agentes tóxicos más frecuentes fueron las drogas de abuso (70,4%), destacando entre ellas el alcohol etílico (61%), y asociado mayoritariamente al sexo masculino y a un elevado grado de dependencia (BOUZAS ET AL., 2012).

Otro estudio realizado en urgencias pediátricas vuelve a evidenciar que la IEA es un motivo de consulta relativamente frecuente en menores en el SEU (el 3,6% de las visitas es mayor de 14 años) representando una media de una visita cada tres días. Aunque bien es cierto que la proporción más importante de IEA correspondió a

intoxicaciones moderadas, en un número no desestimable de sujetos, iban acompañadas del consumo asociado de otras sustancias (MARCOS ET AL., 2009).

Algunos autores y autoras que han realizado una revisión en el tiempo, entre 1994 y 2004, acerca de la evolución de los cambios epidemiológicos en el contexto de las intoxicaciones agudas, han puesto de manifiesto que el alcohol incrementó su presencia en intoxicaciones múltiples mientras que disminuyó como agente único (PASTÓ ET AL., 2007).

En Castilla y León, entre 2003 y 2010, se realizó un estudio observacional de las urgencias relacionadas con el consumo de alcohol en sujetos de 10 a 30 años. El mayor número de casos se detectó en chicos de 18-30 años, siendo, además, estos casos más graves que en menores de esa edad. También se observó, en los menores de 18 años, un aumento de las urgencias en el sexo femenino con respecto a los varones. El diagnóstico más frecuente fueron las intoxicaciones etílicas y la mayoría no precisaron de ingreso hospitalario (SÁNCHEZ ET AL., 2012).

En los Servicios de Urgencias de algunos países, una vez identificados a los pacientes con problemas de consumo de alcohol, se les realiza algún tipo de intervención dirigida a promover buenos hábitos para la salud. Las técnicas cualitativas, como las entrevistas semiestructuradas, se han utilizado para analizar la posibilidad de que el personal de urgencias lleve a cabo intervenciones preventivas con éxito a pacientes atendidos por una IEA (TOUQUET Y BROWN, 2009). No hay duda de que la monitorización del problema del abuso del alcohol en los adolescentes es esencial para planificar intervenciones efectivas, y que los Servicios de Urgencias son un elemento clave para poder llevarla a cabo (TRENCHS SAINZ DE LA MAZA ET AL., 2015).

Algunos autores, como Nogué y colaboradores, cuestionan en su investigación si la calidad asistencial, en pacientes con intoxicaciones agudas en urgencias, es aceptable. Estos autores determinaron que a pesar de la gran variabilidad asistencial que existía, la calidad en la asistencia de los intoxicados podía y debería mejorarse en ámbitos como la dotación estructural, la aplicación de técnicas y procedimientos y, sobre todo, los registros administrativos (NOGUÉ ET AL., 2007). En este sentido, algunos investigadores apuntan la necesidad de conocer las características de los pacientes que consultan por IE en los SUH, con la finalidad de mejorar la atención

inmediata y el seguimiento posterior (ARIAS CONSTANTÍ ET AL., 2010). Otros autores afirman que, debido a la falta de protocolización de las actuaciones en este tipo de pacientes, los datos recogidos en las historias clínicas son escasos, lo que dificulta realizar estudios en profundidad (ROCKETT ET AL., 2003).

Uno de los propósitos de este proyecto consiste en proporcionar información para futuros estudios desarrollando una línea de investigación en esta área y poniendo en marcha protocolos normalizados de actuación en este tipo de usuarios.

En cuanto a las investigaciones cualitativas, algunos de los estudios realizados en SUH abordan temas como las situaciones complejas en población con riesgo de exclusión, la influencia de la cultura en el proceso de enfermar, los valores éticos de los profesionales, la gestión y calidad de los servicios, la valoración del paciente en Triage, las perspectivas de los profesionales en el abordaje de pacientes con enfermedades infecciosas y la formación de los profesionales (PALACIOS CEÑA, D. ET AL., 2011). También se han realizado estudios cualitativos en hospitales e incluso en urgencias sobre temas como innovaciones organizativas (LLANO ET AL., 2002), factores asociados al desgaste profesional (BALLESTEROS, S., 2012), por qué frecuentan las urgencias los usuarios (CARBONELL ET AL., 2006; ARANAZ ET AL., 2006; QUIROGA ET AL., 2000; PASARÍN ET AL., 2006); percepción de pacientes con fibromialgia (ESCUDERO CARRETERO ET AL., 2010); itinerarios terapéuticos en urgencias (LAGO ET AL., 2010); barreras de acceso a la atención en salud (ADAUY ET AL., 2013); valoración del trabajo de los profesionales de urgencias (GARLET ET AL., 2009).

Autores como Beltrán y colaboradores (2001) se mostraron interesados en investigar sobre el choque cultural que se produce en urgencias entre los usuarios que acceden al servicio y los profesionales que los atienden. Utilizando un enfoque fenomenológico, el estudio pretendía dar a conocer cómo las personas perciben su mundo y le dan significado, lo que permite al investigador no solamente describir sino interpretar las experiencias vividas por las personas (BELTRÁN ET AL., 2001).

Pese a la variedad de temas estudiados en las investigaciones cualitativas, son pocas las que se centran en la atención de las IEA en servicios de urgencias nacionales e internacionales. Cuestiones como la sobredosis de alcohol analizadas desde ambas

perspectivas, la de los profesionales y la de los jóvenes, es un tema novedoso aún no explorado.

De alguna manera, la falta de estudios sobre la materia, en la literatura científica, se aparta de la realidad asistencial. Los responsables de los Servicios de Urgencias de los hospitales, los voluntarios de la Cruz Roja, la policía y el SAMU saben que cualquier evento que involucre jóvenes, música y fin de semana es sinónimo de trabajo extraordinario, intoxicaciones etílicas, agresiones y accidentes. Es por ello que en cualquier Servicio de Urgencias, fines de semana, fiestas como el Corpus, las Cruces, Nochevieja, Carnaval o la Fiesta de la Primavera, significan un aumento notable del número de jóvenes atendidos por intoxicación etílica aguda.

Posiblemente el estudio más ambicioso realizado sobre consumo de drogas en Servicios de Urgencias y en territorio nacional fue el financiado por el PNSD en 2008 y realizado por el Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA). Dicho estudio se realizó 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. Es posible refrendar muchos de los hallazgos de este estudio en la investigación de esta tesis. Los profesionales estuvieron de acuerdo en que el consumo de alcohol y drogas tiene un gran impacto en los Servicios de Urgencias, principalmente los fines de semana en horario nocturno. Lo identificaban como problema de salud concomitante con otros riesgos. Los informantes manifestaron que los jóvenes asociaban otro tipo de drogas al alcohol y que esta conducta conllevaba consecuencias negativas no solo de toxicidad sino otras situaciones de riesgo como violencia y accidentes.

Por otro lado y según la apreciación de estos profesionales, el abuso de alcohol es la causa que más casos lleva a los SUH. A pesar de ello pocas veces se computa. Un ejemplo es el protocolo que utiliza el Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD) del Plan Nacional sobre Drogas. Para la recogida de datos en los Servicios de Urgencias médicos, dicho protocolo excluye los casos en los que solo se ha consumido alcohol y/o tabaco. Sin embargo, las intoxicaciones etílicas son una de las razones por las que un mayor número de usuarios va a Urgencias, y así lo perciben también, de forma unánime, todos los profesionales. Este mismo estudio afirma que los principales inconvenientes a los que

tienen que hacer frente los profesionales, son que las personas intoxicadas colaboran poco con el personal sanitario llegan en malas condiciones higiénicas y algunos tienen conductas agresivas. Es por ello, que según este estudio, los profesionales sanitarios han ido desarrollando una actitud negativa frente a los pacientes intoxicados, tanto por la actitud irrespetuosa que estos adoptan como por las causas que les han llevado al Servicio de Urgencias (IREFREA. Informe científico PNSD, 2008).

1.4. La antropología y el estudio cultural del medio hospitalario

Las nociones y comportamientos asociados a la salud y enfermedad están integrados dentro de un contexto cultural y en el marco de procesos y dinámicas sociales. Los modelos médicos de atención a la salud, así como las respuestas dadas a la enfermedad son sistemas culturales que están en consonancia con los grupos y las realidades sociales que los producen (LANGDON Y WILK, 2010).

No todos los pacientes son iguales ni se comportan de la misma manera en su interacción con los sistemas de salud. La cultura de procedencia va a determinar su forma de actuar y responder a las situaciones que se le presenten en el espacio hospitalario. En este sentido, los jóvenes con IEA presentan comportamientos y pensamientos singulares en cuanto a la experiencia de la intoxicación, y también nociones particulares sobre la salud y los tratamientos aplicados. Estas respuestas responden a las diferencias socioculturales de procedencia. Es por ello que los y las profesionales que atendemos a estos jóvenes necesitamos observar sus comportamientos a partir de los contextos socioculturales en los que ocurren. Por otro lado, la biomedicina es a su vez otro sistema cultural y, por tanto, las realidades de la práctica clínica deben de ser también analizadas desde una perspectiva transcultural.

Por este motivo, la confluencia de ambas realidades culturales en el espacio clínico de urgencias debe beneficiarse de una visión etnográfica que explique la construcción del significado de la IEA por parte de los jóvenes pacientes, que a su vez se superpone a la racionalidad biomédica.

La cultura organiza el mundo de cada grupo social según su propia lógica. La pertenencia a un grupo es una experiencia integradora. Los grupos sociales

comparten, comunican y replican sus formas, instituciones, principios y valores culturales. Los jóvenes se socializan, por un lado, en la cultura de su familia biológica y, por otro, en el contexto de ocio en su grupo de amistades. Es diferente acceder o interactuar con el SUH por una enfermedad cualquiera con tu familia, e incluso solo, que acceder por causa de una IEA con tus amigos. Esta interacción va a implicar actitudes, respuestas e interpretaciones diferentes, tanto por parte del terapeuta, como por parte del paciente, debido al concepto cultural de salud y enfermedad adquirido en las dos subculturas. A este respecto, no hemos de olvidar que la cultura es la visión del mundo, una explicación sobre cómo está organizado el mundo, cómo actuar en él y ser valorado dentro del mismo. En este sentido, cuando los jóvenes son tratados en los Servicios de Urgencias, a menudo, son atendidos con prejuicios. Dentro del esquema de salud de los profesionales sanitarios, no se comprende el por qué de ciertas actividades realizadas por los jóvenes ni el sentido que ellos le atribuyen al ocio, lo que provoca que sean fácilmente juzgados por el personal sanitario.

Para Landgon y Wilk (2010):

El sistema de atención a la salud engloba todos los componentes presentes en una sociedad relativos a la salud; incluyendo los conocimientos sobre los orígenes, causas y tratamientos de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y agentes en acción en este escenario. Este sistema es amparado por esquemas de símbolos que se expresan a través de las prácticas, interacciones e instituciones; todos coinciden con la cultura general del grupo, que a su vez, sirve para definir, clasificar, y explicar los fenómenos percibidos y clasificados como enfermedad.

Según estos autores, la manera a través de la cual un determinado grupo social piensa y se organiza para mantener la salud y enfrentar episodios de enfermedad no está dissociado de la visión del mundo y de la experiencia general que este tiene al respecto de los demás aspectos y dimensiones socioculturales. También hay que tener en cuenta que el sistema de atención a la salud es un modelo conceptual más, entre muchos otros, aunque en nuestra sociedad sea el hegemónico y al que acceden los jóvenes en general. En definitiva, las cuestiones relativas a la salud y a la enfermedad no pueden ser analizadas de forma aislada de las demás dimensiones de la vida social mediada, puesto que está ligada a la cultura que confiere sentido a estas experiencias. Los sistemas de atención a la salud son sistemas culturales, consonantes con los grupos y realidades sociales, políticas y económicas que los

producen y replican. Por tanto, el sistema de atención a la salud biomédico debe ser considerado como un sistema cultural (LANGDON Y WILK, 2010).

En otro orden de cosas, algunos autores y autoras han hecho referencia a las distintas visiones de los hospitales dependiendo del punto de vista de los actores que entran en juego. Por un lado, para las personas enfermas y familiares, el hospital puede ser visto desde la perspectiva de un campo de batalla donde las personas, a menudo, se debaten entre la vida y la muerte, y llegan a identificarlo como un foco de ansiedades y esperanzas. Por otro lado, el personal sanitario observa el hospital desde la plataforma donde realiza la práctica de su profesión y el estudio de las enfermedades. Probablemente, desde el punto de vista de los gestores, el hospital se percibe como una empresa financiera (COSER, 1962).

Sin embargo, ¿qué representa el hospital para los jóvenes con IEA?, ¿qué esperan de él estos jóvenes?, ¿qué imagen tienen del Servicio de Urgencias? Para los jóvenes, el hospital es un lugar de paso coyuntural al que no acceden voluntariamente, no esperan un tratamiento posterior a su atención ni un diagnóstico. Su paso por el Servicio de Urgencias ha sido fortuito, una vivencia puntual que, posteriormente, compartirá con los amigos dentro de la narrativa de un día de marcha.

Desde la antropología se han investigado los hospitales, como una institución social, incidiendo principalmente en las reformas estructurales y en los aspectos organizativos (FREIDSON, 1970). Hasta el colonialismo, los etnógrafos no habían tenido interés por estudiar la cultura en los hospitales. Fue después de esta época cuando se trasladó el enfoque antropológico de lo exótico hacia el hospital, considerándolo objeto susceptible de estudio. Foucault (1975) observó el hospital como un lugar estructurado, protegido y excluido de los demás espacios institucionales y de difícil acceso al etnógrafo.

En la mayoría de las investigaciones etnográficas en los hospitales, se hace referencia a las barreras de acceso para el antropólogo cuando quiere realizar su investigación. En mi caso, estas barreras no han sido de tipo institucional, puesto que formo parte del sistema de salud y me une amistad con los actores implicados. La dificultad se ha centrado más en el acceso a las experiencias de los jóvenes. En primer lugar, por su

estado de inconsciencia y, más tarde, por la falta de colaboración (una vez pasada la experiencia de la IEA, lo que quieren es olvidarse de ella).

Los etnógrafos que han estudiado los hospitales han observado el contexto hospitalario desde diferentes puntos de vista. Por ejemplo, Rose (1962) percibió el hospital como una isla separada del mundo que lo rodea. Sin embargo, Zaman (2008) opinaba que el hospital estaba moldeado por los valores y normas del mundo donde se encuentra inserto. Así mismo, se ha considerado a los hospitales como clones idénticos del sistema biomédico mundial. Es ahora cuando los antropólogos han comenzado a describir la variedad de modelos de hospitales dependiendo de la diferencia cultural de cada país. La biomedicina y el hospital, como su institución de referencia más importante, son un entorno en el que es posible percibir los valores fundamentales y las creencias de una cultura (VAN DER GEEST Y FINKLER, 2004).

Aunque los métodos etnográficos de investigación en los centros sanitarios se llevan realizando desde hace más de 50 años, existe una falta de estudios centrados en procesos socioculturales dentro de los hospitales (GEEST Y FINKLER, 2004). Se han realizado estudios etnográficos en los Servicios de Urgencias dirigidos a mejorar la gestión, la organización y la calidad asistencial. Estos estudios se han enfocado, principalmente, a los profesionales y, en muy pocas ocasiones, a los pacientes. Los estudios etnográficos nos ofrecen resultados importantes que no se detectan con otros métodos de investigación y que afectan, en gran medida, a la forma de entender a los pacientes.

Exponemos a continuación algunas de las investigaciones etnográficas de mayor interés realizadas en contextos hospitalarios:

Mondragón y colaboradores (2008) realizaron una descripción etnográfica del tratamiento de los pacientes con consumo excesivo de alcohol en una sala de emergencia. El trabajo etnográfico se realizó durante dos meses, las 24h del día en un Servicio de Urgencias de un Hospital General de la Ciudad de México. Estos autores determinaron que el contexto de un SUH era adecuado para identificar el consumo de alcohol como un problema social. La muestra consistió en 705 pacientes jóvenes que acudían por primera vez al SUH y que fueron ingresados por lesiones. Los datos fueron recogidos por enfermeras y psicólogos entrenados en observación etnográfica

que examinaron cómo los pacientes eran evaluados por los médicos y los diferentes aspectos contextuales que enmarcan esta condición. En este estudio, el abordaje teórico y metodológico de la observación etnográfica permitió explorar ciertos mecanismos sociales y culturales relacionados con este problema de salud. En este sentido, existe una ambivalencia hacia el consumo de alcohol no solo como una enfermedad causada por un trastorno biológico, somático y con dimensión patológica, sino como una dialéctica de la estructura social, cultural y personal. El estudio mostró que los pacientes que habían consumido alcohol tenían que esperar más tiempo que otros para ser tratados de su intoxicación, pues se ignoraba el orden establecido de prioridad en la atención. Al parecer, este hecho tenía como objetivo conseguir que el afectado se calmara y que el paso del tiempo minimizara su estado de embriaguez. También advirtieron un cierto rechazo a este tipo de pacientes, los cuales eran tratados con intolerancia y críticas como estrategia para reducir el consumo. Por otro lado, repararon en que el paciente no era informado sobre los riesgos del consumo, no se le realizaba ningún tipo de intervención ni se le ofrecían folletos explicativos. Todo esto se relacionó con la falta de medios y no con la falta de profesionalidad. Por otro lado, consideraron necesario sensibilizar a los profesionales sanitarios respecto al problema del consumo a fin de que puedan participar en una práctica sanitaria empática.

Un Servicio de Urgencias en Australia fue el lugar elegido para otra investigación etnográfica que tenía como objetivo conocer el conflicto de la violencia entre los pacientes y el personal de enfermería. Para el estudio realizaron observación participante durante tres meses, encuestas a 103 pacientes y entrevistas a 34 profesionales de enfermería. En el estudio, identificaron que existen factores situacionales y ambientales que están sujetos a intervención humana (CHUO LAU ET AL., 2012). Por tanto, descubrieron que la empatía por parte de las enfermeras podía evitar el conflicto en muchas ocasiones. En el proceso existía un punto de inflexión donde era posible intervenir para gestionar la violencia inmediata y su prevención a nivel individual y personal. El punto de inflexión era el manejo de los tiempos de espera. Sin una investigación de tipo cualitativo es imposible identificar este tipo de situaciones y mucho menos solucionarlas. Un estudio cuantitativo permite saber el número de reclamaciones o situaciones violentas que ocurren en un servicio concreto y en un tiempo determinado. Un estudio cualitativo identifica el problema y explica cómo solucionarlo. Esta investigación es especialmente significativa para la atención

de los jóvenes con IEA puesto que, a menudo, se producen conflictos por la tardanza en la atención. Esta demora se debe, principalmente, a la sobrecarga de trabajo y al hecho de priorizar a otro tipo de pacientes considerados más graves o inestables. Tanto los acompañantes como los mismos pacientes con IEA no entienden esta situación, lo que provoca escenas de gran nerviosismo y agresividad. El papel del personal de enfermería para abordar y neutralizar este tipo de actitudes es fundamental.

Los Servicios de Urgencias de cuatro hospitales en Sydney, Australia, sirvieron para otro trabajo etnográfico realizado durante un periodo de 12 meses. El estudio consistió en la observación participante de la práctica enfermera (400 horas) y entrevistas a 10 profesionales de enfermería expertos de Triage. Al analizar su discurso descubrieron la existencia de nociones de oportunidad, eficiencia y equidad insertas en la cultura de atención a los pacientes. Este estudio, realizado por Fry (2012), encontró que el sistema de creencias de los profesionales de salud afectaba en su toma de decisiones, revelando una cultura de cuidados implícita en la atención a los pacientes en los Departamentos de Urgencias. Este sistema de creencias afectaba a la atención a los pacientes y, por tanto, era necesario conocerlas para evitar que afectara en el proceso asistencial. La cultura de cuidados de los profesionales de enfermería de Triage afecta a la toma de decisiones, interviniendo en los tiempos de atención, prioridad de la atención, etc. Este hecho es importante tanto para los pacientes en general como para los jóvenes con IEA en particular, ya que van a ser atendidos y priorizados no solo por su estado de salud sino que la decisión profesional no va a estar exenta de la valoración moral que tengan hacia este tipo de pacientes los profesionales de enfermería de Triage.

En otro estudio etnográfico, realizado en dos SUH de Australia, se demostró que los profesionales de enfermería desarrollan un trabajo de mediación y de conciliación entre médicos y pacientes (NUGUS ET AL., 2010). La investigación se llevó a cabo durante tres años, uno de trabajo de campo etnográfico consistente en observación y entrevistas semiestructuradas a enfermeras, y dos años de análisis de los datos. Estudiando el trabajo interdepartamental, interinstitucional y organizativo, afirmaron que las enfermeras eran capaces de tapar las brechas en la atención a los pacientes en SUH, así como de negociar día a día con las presiones externas teniendo en cuenta su trabajo clínico y no clínico. Por último, los investigadores determinaron que

la comunicación constante entre los pacientes y el personal de enfermería sitúan a estos últimos en un lugar privilegiado para realizar estudios etnográficos dentro de los Servicios de Urgencias.

Entre la poca bibliografía encontrada, existen algunas investigaciones específicas sobre consumo de alcohol en mujeres de una población de Taiwán. Utilizando un enfoque etnográfico, las enfermeras de la zona de salud de referencia realizaron entrevistas semiestructuradas y en profundidad a 10 mujeres de la comunidad. El objetivo era describir las percepciones y el comportamiento de las mujeres bebedoras de Bunun para conocer y mejorar la atención a las aborígenes consumidoras de alcohol. Las investigadoras fueron capaces de identificar algunos temas clave para entender sus conductas, como, por ejemplo, beber para hacer amigos, para resolver problemas emocionales e, incluso, para infligirse daño (CHANG, 2011).

A continuación nos centraremos en algunos estudios sobre consumo de drogas realizados en servicios de urgencias y que analizan la actuación de los profesionales sanitarios en torno a una posible estigmatización en la atención de este tipo de pacientes.

Henderson y colaboradores (2008) estudiaron, en un hospital público de California, el estigma social y el dilema de ofrecer atención a usuarios de drogas en un Servicio de Urgencias. El objetivo era conocer la perspectiva de los profesionales de salud, sus experiencias y percepciones al tratar a este tipo de pacientes. Durante dos años consecutivos se realizó observación etnográfica a los profesionales del SUH cuando atendían a todo tipo de pacientes y a aquellos usuarios de drogas. De los miles de casos que pudieron observar, documentaron detalladamente 318. Para el estudio sostuvieron conversaciones informales con usuarios y profesionales, registrando los datos en notas de campo para después analizarlos. También realizaron once entrevistas semiestructuradas a diferentes profesionales del servicio con una duración de 60-90 minutos para evaluar la fiabilidad de las observaciones. Los investigadores querían distinguir si había o no patrones que se repetían en las interacciones, así como conocer las creencias individuales de los profesionales durante la asistencia a usuarios de drogas. En el proceso, advirtieron que los pacientes consumidores de drogas utilizaban significativamente más los Servicios de Urgencias que los no consumidores y que, de los primeros, más de la mitad eran policonsumidores. A pesar

de que existían pocos estudios cualitativos que investigaran la atención día a día de esta población, su hipótesis de trabajo era que los usuarios de drogas eran una población vulnerable, sujetos a estigmatización en su atención en el SUH. Su estudio requería prestar atención a cómo los profesionales sanitarios percibían y actuaban con este tipo de pacientes. Para descubrir estos procesos, que a menudo están ocultos, no basta con los métodos de encuesta estándar. Es la investigación etnográfica la que ofrece la oportunidad de observar la dinámica del día a día en la prestación de cuidados y la que pone de manifiesto fielmente cómo se llevan a cabo estos procesos. Fue así como determinaron que pocos profesionales tenían experiencia para tratar a este tipo de pacientes y mucho menos estaban sensibilizados para entender o comprender las situaciones y percepciones de estos usuarios. Los investigadores identificaron 5 temas importantes:

- 1) Los profesionales trataban de ayudar a los pacientes vulnerables.
- 2) La interacción con este tipo de pacientes era un reto difícil y, a veces, desagradable debido a que bajo los efectos del alcohol y de las drogas podían producirse altercados que derivaban en actos de agresividad.
- 3) A menudo estos pacientes eran difíciles de diagnosticar y tratar debido a que la sintomatología del abuso de sustancias puede enmascarar una patología de base. Además, solían mentir acerca del consumo, lo que imposibilitaba realizarle una historia clínica de calidad.
- 4) Aunque los profesionales sospechaban que los consumidores de drogas acudían al Servicio de Urgencias, encubiertamente, en busca de estas sustancias, alertaban del peligro de minimizar el motivo de la consulta. Dar por hecho que un paciente accedía al servicio para conseguir drogas podía afectar negativamente a la atención hasta el punto de no diagnosticar un problema de salud más grave.
- 5) Los profesionales tenían que articular las necesidades de los usuarios de drogas con los recursos limitados de los que disponían.

En definitiva, los autores de la investigación determinaron que existía un personal competente y experimentado, experto en el manejo de casos difíciles y capaz de dar solución a las complejas necesidades de los pacientes involucrados en el consumo de sustancias. Del mismo modo, afirmaron que los SUH se habían convertido en un lugar de relativa seguridad y aceptación de los más desfavorecidos. Además de sus necesidades clínicas, los pacientes recibían asistencia para satisfacer sus carencias

sociales, tales como alimentación, ropa, transporte e, incluso, contacto con el servicio de asistencia social. Sin embargo, a menudo, los profesionales interactuaban con este tipo de pacientes con actitudes de rechazo, exclusión, culpa o devaluación; elementos de salud relacionados con el estigma. Este estudio pone de manifiesto que el estigma social puede manifestarse incluso en lugares donde los profesionales son conscientes de ello y tratan de evitarlo.

Neale (1999) realizó un interesante estudio etnográfico en el Servicio de Urgencias de cinco hospitales de dos ciudades de Escocia. La investigación consistió en el estudio de pacientes con sobredosis de droga, específicamente de cocaína. Para ello, se realizó observación no participante y 74 entrevistas semiestructuradas en consumidores de drogas durante los años 1997-1998. Aunque se trata de un estudio antiguo, es de los pocos que ha investigado acerca de las sensaciones, percepciones y actitudes de los usuarios y del personal asistencial. Tras la recuperación del paciente, se consideraron cuestiones como el tratamiento recibido y las conductas expresadas en el hospital por los pacientes de sobredosis. Esta autora encontró que existen barreras entre los consumidores de drogas y el sistema de atención a la salud. Además, identificó que existía estigma social y evaluación moral de los pacientes por parte de los profesionales. Así mismo, en esta investigación se descubrió que existían dos formas de evaluación moral para categorizar a los pacientes. Por un lado, el valor social o merecimiento del enfermo y, por otro, la legitimidad de las demandas sobre el tiempo de los pacientes en la sala de espera. En este mismo orden de cosas, la evaluación moral de los pacientes ha sido descrita por Roth (2003), quien asegura que una parte importante del control de la conducta de los pacientes y visitantes de un hospital es la valoración moral que realiza el personal hacia el paciente. Esta evaluación surge de una aplicación de los conceptos de valor social común en la sociedad en general y de los conceptos específicos del personal sanitario que los atiende. El proceso, sin embargo, no es una simple cuestión de causa y efecto, sino el producto de una relación recíproca entre los atributos del cliente y las categorías del personal. El personal del Servicio de Urgencias trata de establecer mecanismos de control sobre las demandas de determinados pacientes, algunas inapropiadas.

Neale (1999) encontró que cuando el personal asistencial se enfrenta a clientes indeseables o «ilegítimos» emplea, frecuentemente, estrategias para hacer valer su autoridad y mantener el control. Estas estrategias pueden consistir en reprimendas,

amenazas sobre denegar el tratamiento o alargar el tiempo de espera de los pacientes. Este tema también fue estudiado por Akerstrom en 1997 en un Servicio de Urgencias en Suecia. Este autor determinó que el tiempo de espera produce diferentes formas de interacción hostil entre los miembros del personal y los pacientes. A menudo, la hostilidad de un paciente es interpretada no solo como consecuencia de la espera en sí, sino también y principalmente debido a algunas de las características inherentes al contexto clínico: la semiótica del espacio y la organización de la espera. Las respuestas emocionales y hostiles por parte de los pacientes incluyen la invocación de moralidades, la adopción de un estilo de interacción y la realización de actos menores de venganza. En este estudio se analizan las expresiones de hostilidad velada, mientras que las descripciones de actos de venganza indican los límites morales permitidos en el trabajo de enfermería. Los pacientes se apoyan en la moralidad de que presentan mala salud y exigen un tratamiento rápido. Esta situación nos la encontramos a menudo con los personas jóvenes que acuden al Servicio de Urgencias con IEA. Los acompañantes suelen ponerse nerviosos y crear un conflicto porque no se les atiende inmediatamente. Por su parte, el personal no comparte esta percepción. Los pacientes interpretan la espera como una falta de respeto e indiferencia a su estado de salud y no entienden por qué tienen que respetar el orden de llegada. Por otro lado, es cierto que, a menudo, se les hace esperar más de lo habitual debido a que alguien del personal asistencial interpreta que, por su patología, no puede ser considerado como un caso urgente o que no es el lugar apropiado para ser atendido. Esta situación crea conflicto en el espacio clínico y, posteriormente, tal y como describe Akerstrom (1997) en su artículo, un trato menos amable.

1.5. El contexto de la investigación: el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (SUHUVN)

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) se crea a través de la Ley 8/1986 de 6 de mayo y es un organismo autónomo adscrito a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Este servicio se crea con la misión de prestar atención sanitaria a las personas andaluzas. Constituye la red asistencial sanitaria más importante de Andalucía. El Servicio Andaluz de Salud cuenta con una plantilla de 92.711 profesionales para atender su red asistencial: 24.359 en atención primaria y 68.352 en atención hospitalaria (2013). Así mismo,

dispone de una red de servicios asistenciales integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de la población y la equidad en la distribución de recursos.

El primer nivel de atención es la atención primaria de salud, que integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos. Los servicios de atención primaria de salud están organizados en Andalucía en distritos de atención primaria, estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en ese ámbito.

Existen actualmente 1.514 centros de atención primaria de salud, de manera que todas y todos los andaluces cuentan con uno de ellos a pocos minutos de su domicilio en transporte estándar.

El segundo nivel, de atención hospitalaria, atiende a los pacientes que precisan de hospitalización y dispone de consultas externas ambulatorias en hospitales y en centros periféricos.

El Servicio Andaluz de Salud cuenta con 29 hospitales, distribuidos por toda la geografía andaluza. Su misión es prestar atención sanitaria a las ciudadanas y ciudadanos andaluces, ofreciendo servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, equidad y satisfacción de los usuarios, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos.¹⁷

El Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE) surgió para dar respuesta integral y continua a las urgencias y emergencias sanitarias originadas en el ámbito de Andalucía.

1.5.1 Los Servicios de Urgencias en Andalucía

En 1990 en Cataluña, Andalucía y Baleares se pusieron en marcha los diferentes sistemas de gestión de los procesos sanitarios en situaciones de urgencias y emergencias, así como planes específicos de asistencia y emergencias a diferentes niveles y posteriormente se irán desarrollando en el resto de comunidades. También, cabe destacar que la atención urgente, en cada comunidad, es atendida en diferentes

¹⁷ Su marco de referencia lo componen: Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, el III Plan Andaluz de Salud 2003-2008, el Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014 y el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud.

tipos de servicios asistenciales. A continuación, nos centraremos en el modelo organizativo que acoge a los pacientes estudiados.

El profesional de Urgencias y Emergencias es la primera respuesta del sistema sanitario en la mayoría de las ocasiones. En la Comunidad Autónoma Andaluza se atiende a más de 10.000.000 de ciudadanos en nuestros Servicios de Urgencias y Emergencias, afrontando las dificultades más variadas (SAS, 2011. Información básica).

Los Servicios de Salud de cada Comunidad Autónoma tienen un modelo organizativo de las Urgencias y Emergencias específico, prevaleciendo como característica principal la heterogeneidad entre todos ellos, con ausencia absoluta de coordinación entre las distintas autonomías. La Comunidad Andaluza es quizá la que plantea el modelo más singular mediante la constitución de los llamados Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).

Estos planes regionales para la organización de las Urgencias y Emergencias deben gestionar de forma integrada todos los niveles y recursos asistenciales, potenciando la asistencia a Urgencias de los puntos de Atención Continuada y desarrollando la coordinación de todos los Servicios de Urgencias y Emergencias Prehospitalarios.

La actividad asistencial urgente, en cualquier ámbito que se produzca, no difiere en cuanto a sus características sea cual sea el horario considerado. Esta actividad se desarrolla durante 24h al día, 365 días al año.

La atención hospitalaria, como segundo nivel de atención definido en la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, ofrece a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no pueden resolverse en el nivel de atención primaria.

Los hospitales y sus correspondientes centros de especialidades constituyen la estructura sanitaria responsable de la atención hospitalaria programada y urgente, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio y domiciliario, desarrollando además funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia curativa y rehabilitadora, así como docencia e investigación, en coordinación con el nivel de atención primaria.

El presente trabajo se ha llevado a cabo en el contexto de un medio hospitalario, donde la investigación se circunscribe al Servicio de Urgencias. El municipio donde se llevó a cabo la investigación es la ciudad de Granada, que cuenta con una población de 237.540 habitantes, de los cuales 110.512 son hombres y 127.028 son mujeres (Padrón Ayuntamiento de Granada, 2014).

En la provincia contamos con cuatro hospitales, dos comarcales y dos de tercer nivel. Los cuatro hospitales disponen de Servicios de Urgencias y, de los dos de la capital, nuestro estudio se ha realizado en el Servicio de Urgencias y cuidados críticos del HUVN de Granada donde se atienden, anualmente, cerca de 100.000 pacientes. En el año 2009 se atendieron 93.826 urgencias, en 2011 atendimos 90.604 pacientes, en el año 2012 hemos atendido 87.470 y en el 2014 atendimos 93.220 pacientes con una media de 320-350 asistencias al día.

Los pacientes pueden acceder al Servicio de Urgencias de diferentes formas: por voluntad propia, derivado desde AP, derivado por otros dispositivos DCCU, 061. El Servicio de Urgencias se caracteriza por tener una buena accesibilidad. Desde 2003 existen cuatro Distritos de Salud en la provincia de Granada: Distrito Granada, D. Metropolitano, D. Granada Nordeste y D. Granada Sur.

Ilustración 1. Distritos Sanitarios de Granada.



Fuente: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

El Hospital Universitario Virgen de las Nieves, en el que se ha llevado a cabo esta investigación, atiende la demanda asistencial del Área Hospitalaria Norte. Dicho hospital figura entre los grandes hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), situándose como un hospital de tercer nivel, dotado de una cartera de servicios de alta complejidad, y cuenta con equipamiento de última generación en las áreas de diagnóstico y tratamiento, y con una plantilla superior a los 4.600 profesionales. En los últimos años se ha destacado por la incorporación de tecnologías avanzadas y por el equilibrio entre los recursos disponibles y la actividad desarrollada.

En este momento necesitamos definir qué es y en qué consiste una atención en urgencias puesto que conlleva una especial dificultad especificar los términos de la misma, no solo para los profesionales sanitarios sino también para los usuarios. A menudo existen diversidad de opiniones entre ambos grupos, que dan lugar a malos entendidos en el terreno de la atención urgente. Especialmente esta conceptualización es el motivo de que realicen evaluaciones de valor en la atención de los chicos con IEA.

El concepto de urgencia se ha modificado en muchas ocasiones a lo largo del tiempo. Según la AMA y la OMS, urgencia es la aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la vivencia de necesidad inmediata de atención en el propio paciente, en su familia o en quienquiera que asuma la responsabilidad».

Del mismo modo, actualmente se acepta que **urgencia:**

Es toda aquella situación que, en opinión del paciente o de sus allegados, requiere atención sanitaria inmediata, aunque objetivamente no exista un compromiso vital y no necesariamente precise de esa inmediatez en la asistencia. Una situación de «emergencia sanitaria» sí que exige una respuesta, en el menor intervalo de tiempo posible, ya que en caso de no recibir atención especializada inmediata, la vida del paciente correría peligro (Plan de Atención de Urgencias y Emergencias SEMES).

Se pueden clasificar las urgencias en función del nivel de gravedad en tres niveles (Urgencias y Emergencias Sanitarias Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991):

1. Demandas que no exigen cuidados ni tratamientos inmediatos y pueden ser diferidas al centro de Atención Primaria.

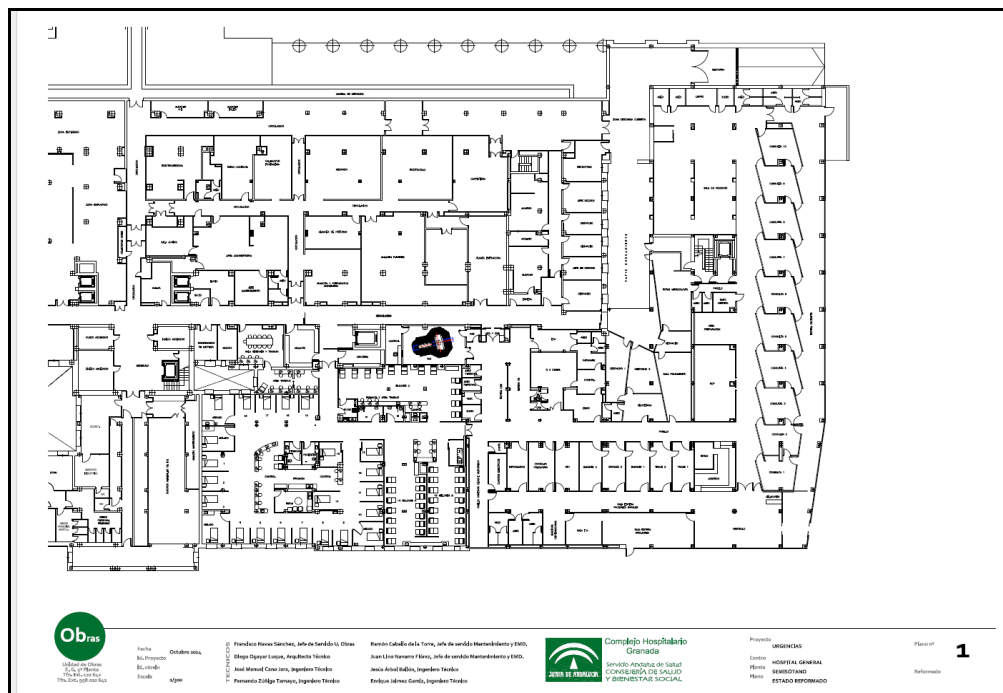
2. Urgencia no vital o no grave. Definida como problema de salud que requiere algún tipo de actuación diagnóstica o terapéutica urgente pero que no supone una amenaza importante para la vida ni para la función del paciente.

3. Urgencia vital o emergencia. En las que existe un peligro inmediato para la vida del paciente si no recibe atención adecuada a tiempo.

1.5.2 El Servicio de Urgencias del HUVN: Funcionamiento y Estructura física

El Hospital Médico Quirúrgico (HMQ) se encuentra ubicado junto a la plaza de la Caleta, en la zona Norte de la Ciudad integrado en el Complejo Sanitario Virgen de las Nieves, que lo componen además otros dos hospitales, el Hospital Materno infantil (HMI) y el Hospital de Traumatología y Rehabilitación (HTR). Nuestro Servicio de Urgencias se encuentra ubicado en el sótano del llamado HMQ (Hospital Médico Quirúrgico) dentro de lo que se ha denominado HUVN (Hospital Universitario Virgen de las Nieves). Se le han dado muchos nombres con siglas diferentes a lo largo de los años, pero popularmente se le conoce con el nombre «Hospital Ruiz de Alda» desde el año 1953 en el que fue inaugurado.

Ilustración 2. Plano del Servicio de Urgencias de HMQ.



Fuente: Facilitado por la dirección del HUVN.

No existe un modelo único y generalizado de organización de la atención urgente en nuestro país. Cada comunidad autónoma ha realizado un desarrollo concreto de acuerdo a sus políticas de salud, imitando a menudo modelos utilizados en otros países. En nuestro país, en la práctica, la cadena asistencial urgente es un ente abstracto con un amplísimo margen de mejora debido a múltiples factores, y presenta diferentes modelos organizativos, diferentes dependencias administrativas, diferentes planes funcionales y diferentes sistemas de información (PÉREZ, 2008).

Así, el modelo español se enmarca en el modelo franco-germano consistente en llevar médicos y tecnología al lugar donde se encuentra el paciente con la intención de llevarle un alto nivel de cuidados antes de que llegue al hospital.¹⁸

El Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, base de la Unidad Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, nace en nuestra Comunidad Autónoma como resultado de la reorganización de la atención crítica y urgente realizada en el año 1994 (BOJA, 1994, 17 de marzo). Se constituye como unidad central del hospital, en dependencia jerárquica directa de la dirección médica, con una dirección única que engloba varias áreas asistenciales integradas, destinadas a satisfacer la demanda de atención sanitaria de los pacientes urgentes, emergentes y críticos bajo un concepto de continuo asistencial.

Estas áreas en la actualidad son:

- Unidad de Urgencias/policlínica/consultas
- Sala de Observación: 14 camas
- Sala de observación sillones: 15 sillones
- Sala de Pacientes frágiles: 9 camas
- Unidad de C. Críticos: 26 camas

Las unidades de urgencias son responsables de la atención a las urgencias objetivas y subjetivas, así como de la atención a la emergencia en su fase inicial. Las unidades de críticos se solapan con las unidades de urgencia en la atención a la emergencia. Estas unidades asisten al paciente crítico, que precisa monitorización y tratamiento intensivo continuado.

¹⁸ Los datos utilizados para contextualizar el SUH han sido tomadas de la tesis sobre urgencias realizada en el mismo contexto de esta investigación por Diego Felipe Gallardo Ortega (2008), así como de la página web del HUVN y el PAUH.

La plantilla médica está constituida en su mayoría por médicos y médicas de familia. Dicha plantilla de profesionales está compuesta actualmente por 25 médicos y médicas. Estos profesionales se benefician del apoyo de un grupo multidisciplinar de facultativos de otras especialidades, para la resolución de los procesos clínicos y por los médicos residentes de las diferentes especialidades en los turnos de tarde y festivos.

La plantilla de enfermería está compuesta por 70 profesionales

La plantilla de auxiliares está compuesta por 50 profesionales

La plantilla de celadores está compuesta por 19 profesionales

Personal de admisión.

Personal de seguridad.

Asistentes Sociales: Solo está disponible en turno de mañana.

Las urgencias hospitalarias organizan su trabajo por turnos de mañana, tarde y noche para el personal no facultativo y, para el facultativo especialista, por guardias. La organización no se ajusta a la demanda asistencial, ya que la gran mayoría de los casos concentran el personal facultativo en la mañana de los días de la semana, justo cuando la oferta de la atención programada y continuada es mayor, mientras que la demanda en urgencias sigue otra distribución (MARTÍN Y MURILLO, 2004).

En relación a la distribución física del servicio, distinguiremos diferentes áreas funcionales desde donde se atenderán a los usuarios y usuarias que demandan asistencia en nuestro servicio y que pasamos a describir a continuación.

La asistencia en Urgencias se articula en torno al principio de dar preferencia a los pacientes más graves. En relación con ello se definen unas Áreas Funcionales,¹⁹ o Circuitos de Pacientes, diferenciados según el riesgo, los medios diagnósticos y terapéuticos que requieren, y el tiempo previsible de estancia en Urgencias.

Todas estas áreas deben de tener circuito asistencial debidamente preestablecido, de forma que la atención urgente se preste de la forma adecuada y en el lugar más idóneo. En el sistema de gestión tenemos incluidos flujogramas que especifican qué

¹⁹ Área de admisión y recepción, Área de clasificación o triaje, Área de consultas o policlínica, Área de observación de sillones, Área de observación pacientes frágiles, Área de observación de camas, Área administrativa o de servicios comunes.

actividades se realizan en cada una de estas áreas, dónde empiezan y dónde acaban y con qué otras actividades se relacionan.

Lo que no hay duda es que las demandas de asistencia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios han aumentado progresivamente en los últimos años de forma constante, y lo ha hecho de forma global en más del 75% en 10 años, teniendo una media de frecuentación de alrededor de 400 urgencias por cada mil habitantes y año, y 6-12 ingresos hospitalarios de cada 100 pacientes atendidos.

Actualmente más de la mitad de la población utiliza alguna vez los SUH a lo largo de un año (TUDELA, 2003). En España se estima el ritmo de crecimiento en un 4% (MILLÁ, 2001). Los motivos que determinados autores barajan para explicar este aumento son el envejecimiento de la población, el fácil acceso a los SUH, la confianza en la atención hospitalaria, la demora en la atención primaria y la cultura de la inmediatez.

A continuación vamos a describir cada una de las áreas en las que se articula la atención a los pacientes en el SUH:

a) Área de admisión y recepción

Es esta área se registra a todos los pacientes que acuden al SUH. Los datos los puede dar el propio paciente, un familiar o el equipo sanitario que lo acompaña. En caso de no disponer de los mismos, se registra como «desconocido». Incluye la función de Atención al Usuario (SAU), que informa a los familiares sobre la evolución y ubicación del paciente en urgencias.

A la llegada del paciente a la puerta de Urgencias será recibido por el celador de puerta, que deberá hacer una valoración inicial del paciente, de la que se derivará el medio de transporte requerido (carro, camilla o ninguno) y la posible activación del circuito de Emergencias. Inicialmente, para la asignación del medio de transporte, el celador deberá valorar el nivel de conciencia de paciente, preguntándole cómo se encuentra:

- si el paciente no responde (inconsciente): se le asignará una camilla.

- si el paciente responde (consciente): se le preguntará (con independencia de que venga en camilla o no) si se encuentra en condiciones para caminar, asignándole carro, camilla o nada en función de ello.

b) Área de clasificación o Triage

El Área de Clasificación o Triage se justifica por razones cuantitativas (frecuente riesgo de masificación), cualitativas (flujo indiscriminado) y temporales (demoras excesivas, como consecuencia de los otros). Una vez que el paciente o su familiar han pasado por Admisión, el paciente debe pasar a esta zona, donde tiene el primer contacto con personal sanitario. (En nuestro hospital esta área es responsabilidad de los profesionales de enfermería.)

Las funciones de esta consulta son priorizar por nivel de gravedad, distribuir por especialidad o/y número de la consulta, teniendo en cuenta los niveles de gravedad asignados a cada una de ellas; reevaluar el modo de traslado (camilla, carro, o a pie), aportar cuidados iniciales básicos si los precisa e indicar la ubicación inicial del paciente, así como cumplimentar, en el espacio previsto en la Historia Clínica, los datos relativos al motivo de consulta, observaciones, controles y tratamiento (si fuesen necesarios), así como el nombre de quien lo hace y la hora de atención. De mismo modo, colabora con el Servicio de Admisión de Urgencias en el suministro de información sanitaria que sea de su competencia a pacientes y familiares responsables.

El Servicio Andaluz de Salud, dentro de su Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, define cuatro niveles de prioridad en la atención a las Urgencias Hospitalarias:

Nivel 1: Emergencia, Nivel 2: Urgencia no demorable, Nivel 3: Urgencia demorable, y Nivel 4: Patología no urgente.

Según se haya decidido en la consulta de Triage, el paciente esperará en distintas ubicaciones dentro del circuito asistencial atendiendo a la prioridad establecida por el profesional de enfermería en dicha consulta.

La sala de espera de pacientes tiene como misión albergar a los usuarios ya clasificados, sin gravedad y en espera de pasar a las consultas, o ya vistos en estas

pero que aguardan resultados de pruebas complementarias. Tiene que estar dotada de sillones cómodos y espacio suficiente para que quepan carros y camillas, aseos, teléfono y megafonía. Según los criterios establecidos anteriormente por los profesionales de consulta de Triage, los pacientes esperarán en:

- Sala de Espera de pacientes y familiares: aquellos pacientes que no necesiten ningún tipo de vigilancia especial. Esta sala se encuentra ubicada en el circuito externo de urgencias sin vigilancia profesional.
- Sala de Espera Vigilada carritos: aquellos pacientes que tengan necesidad de vigilancia por parte de enfermería o sean portadores de sueros o tengan necesidad de oxígeno. También estarán en esta área aquellos que tengan necesidad de esperar en camilla.
- Puerta de la consulta médica donde va a ser atendido en breve por su inestabilidad si se ha derivado preferente.
- Sala de Recuperación Cardiopulmonar (RCP) si tiene una inestabilidad hemodinámica severa y va a ser atendido inmediatamente.

c) Área de consultas y/o policlínica

Las áreas de consultas se clasifican en tres tipos, según el nivel de prioridad: La *Consulta de banales o Consulta Básica*. La actividad que se desarrollará en esta consulta será atender a los pacientes que, como criterio general, tengan una bajo nivel de gravedad y complejidad, sean de fácil manejo terapéutico y no precisen técnicas especiales.

Por otro lado, en el *Área de Policlínica* se atienden las patologías médico-quirúrgicas y de Especialidades. En estas consultas se atienden a todos los pacientes que requieran pruebas complementarias y tratamientos más complejos. El médico valora, explora y solicita las pruebas complementarias necesarias, el tratamiento, diagnóstico y la sala donde esperará el paciente mientras espera los resultados. Además existen consultas específicas de especialidades en el espacio del área de Urgencias como son: otorrino, oftalmología, dermatología y psiquiatría.

Por otra parte, la *Sala de emergencias y RCP* permite la atención inmediata y eficiente de las emergencias, incluida la Parada Cardiorrespiratoria (PCR), detectadas en el área de Urgencias.

Además nuestro hospital dispone de tres *consultas específicas de enfermería* donde la enfermera y la auxiliar de enfermería con ayuda de un celador atiende y traslada posteriormente al paciente por el circuito establecido previamente. La consulta de enfermería es un espacio único, responsabilidad de la enfermera de urgencias, donde realiza la valoración de enfermería y ejecuta los planes propios y delegados de los facultativos en materia de administración de medicación y pruebas prescritas.

d) Áreas de observación

Las áreas de observación las constituyen aquellos espacios clínicos donde son ubicados los pacientes dependiendo de su estado de salud y dependencia, y de la gravedad de su proceso asistencial para ser observados y administrarle los tratamientos prescritos y realizarle aquellas pruebas diagnósticas que necesite para la mejora de su estado clínico. Estas áreas están distribuidas en espacios diferentes dentro de la estructura física del Servicio de Urgencias.

Por su parte el *Área de Observación de Sillones o Sala de Cuidados* es una zona para la vigilancia de pacientes o/y tratamiento de procesos agudos en los que se prevé una resolución en un corto periodo de tiempo, el cual se recomienda que, como máximo, sea de unas doce horas. Debe ser un espacio diáfano, sin camas ni camillas, en el que los enfermos se ubican en sillones reclinables, sin acompañamiento de familiar alguno. Los pacientes que preferentemente deben ser manejados en esta área son pacientes con baja gravedad y estabilidad de funciones vitales; pacientes que requieren tratamiento a través de vía venosa periférica mantenida con suero; y pacientes que requieren oxigenoterapia mantenida o/y aerosolterapia frecuente.

Así mismo el *Área de Observación de Camas* es una zona para vigilancia, monitorización y tratamiento médico de procesos agudos que, por su complejidad diagnóstica y terapéutica, precisan un nivel asistencial por encima del de otras áreas de Urgencias. El tiempo máximo de estancia en esta área no deberá sobrepasar las

24 horas, si bien, en los casos previamente establecidos en la Cartera de Servicios, podrá prolongarse hasta 48 horas.

En el *Área de Observación* para pacientes frágiles se atiende a los pacientes que, por su estado de salud previa o actual, necesitan estar tumbados y no son susceptibles de esperar resultados o evolución de su proceso en la sala de sillones.

Se realiza vigilancia de los posibles cambios en la evolución clínica del paciente durante su estancia en la Sala de Espera de Pacientes, advirtiéndolo al médico responsable cuando sea preciso y administrándole los cuidados propios de enfermería necesarios y los delegados por los demás facultativos.

Dada la demanda asistencial alcanzada en nuestro Servicio de Urgencias, los lugares destinados a albergar a los pacientes se hacen insuficientes y ha sido necesario utilizar los espacios físicos delante de las consultas de enfermería, donde ubicamos a los pacientes estables con tratamientos cortos o en espera de entrar en sala de sillones o camillas, siendo responsabilidad del enfermero de consulta el tratamiento y vigilancia del paciente mientras espera su turno de entrada.

e) *Área de administración o servicios comunes*

El Área de Apoyo administrativo o Servicios Comunes debe prestar dicho apoyo al personal y a los pacientes. Estará compuesta por Secretaría, Despachos, Biblioteca, Sala de Estar, Sala de Informes y Atestados, Oficio, etc. Este área es donde se desarrolla la labor administrativa que genera la actividad asistencial, la docente, informativa y de descanso.

En cuanto a la atención de las personas usuarias en el Servicio de Urgencias, existe un debate desde hace años, en relación a la adecuación o no de ser atendidos según qué patología presente. El hecho de ser atendido por una IEA en el Servicio de Urgencias no está exento de este debate. En este sentido, no hay que olvidar que la problemática del uso y abuso de alcohol por los jóvenes es uno de los factores más importantes de riesgo sanitario en todo el mundo (OMS, 2005), siendo considerado como el tercer factor de riesgo en los países industrializados y el principal en los países en desarrollo (JIMÉNEZ, VILLA Y OVEJERO, 2011).

Como hemos apuntado anteriormente, los SUH están ubicados en zonas céntricas de las ciudades, de fácil acceso, gratuito y donde se atiende a todos los usuarios sin necesidad de derivación por ningún especialista. Estas condiciones especiales hacen a los SUH, en ocasiones, el lugar de elección del usuario que presenta cualquier dolencia, sea esta urgente o no. En este sentido, en muchas ocasiones, los usuarios utilizan los Servicios de Urgencias inadecuadamente, puesto que su patología no requiere servicios urgentes. Algunos autores afirman que existe una proporción de visitas inadecuadas en los servicios de urgencias, contabilizadas entre un 20% y un 80% del total según el autor. Según Sempere, esta diferencia tan grande se debe a que no existe un consenso en torno a la definición de urgencias y al nivel asistencial idóneo para la atención de cada situación posible, lo que nos conduce al uso de juicios subjetivos para evaluar la inadecuación (SEMPERE ET AL., 1999). Con objeto de evaluar el uso adecuado/inadecuado de los Servicios de Urgencias y tener un instrumento con el que medir y comparar con otros centros, se ideó el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH).

Las visitas innecesarias a los Servicios de Urgencias hospitalarias constituyen un importante problema para el Sistema Nacional de Salud, con implicaciones en los costes y en la calidad asistencial de los que realmente necesitan la atención urgente. En ocasiones, es posible que la asistencia por causa de embriaguez en los Servicios de Urgencias, pueda ser inadecuada por no tratarse de un coma etílico sino solo de una intoxicación etílica, que podría tratarse en otro dispositivo de salud (PAC/SEU), puesto que muchas veces van a ocasionar un trastorno en la calidad asistencial de otros pacientes críticos.

Por otro lado, en los Servicios de Urgencias solo se les va a tratar como una patología más, sin ofrecérseles otras medidas terapéuticas más adecuadas a su proceso. Las personas que practican hábitos tóxicos como la ingesta de alcohol tienen mayor probabilidad de generar urgencias inadecuadas en relación a los no bebedores (63,8% vs 48,5%) y, dentro de los bebedores, la máxima inadecuación la dan los bebedores moderados (SÁNCHEZ, 2003).

Una investigación como la que pretendemos nos dará luz sobre las necesidades reales asistenciales de estos jóvenes, sabremos sobre la idoneidad de su asistencia en los

servicios de urgencias o en otros dispositivos más adecuados con formación sociocultural e informativa acerca de malos hábitos, etc.

1.6. Perspectiva teórica: el interaccionismo simbólico y la fenomenología

Al pensar sobre la perspectiva teórica desde la cual mirar mi objeto de estudio para realizar una etnografía en un contexto sanitario sobre jóvenes que vienen de un contexto sociocultural bastante específico y estudiado, donde el consumo de alcohol y otras drogas se ha normalizado y que a menudo presentaban otras conductas de riesgo, me di cuenta que podía utilizar múltiples enfoques. En un principio, mi enfoque se centró en la perspectiva del riesgo y en los factores perjudiciales para la salud que presentaban esta población. De esta manera, al diseñar los métodos de recolección de datos gran parte de mi interés se centró en recoger datos empíricos sobre las conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol. Sin embargo, al ir avanzando en el trabajo de campo, descubrí que, aunque estos datos son importantes, estaban reflejados en la mayoría de estudios epidemiológicos y en muchos cualitativos. Por ello, desde el punto de vista etnográfico, no podía enfocar mi proyecto de investigación solo desde esta perspectiva, puesto que en el contexto clínico sucedían acontecimientos, situaciones imprevistas entre los distintos actores que era necesario descubrir, comprender y describir. Para ello me pareció oportuno abordar este trabajo desde la perspectiva fenomenológica, sin dejar de lado el estudio de las conductas de riesgo entre las personas jóvenes que abusan del alcohol.

El contexto de ocio desde donde parten los jóvenes y el contexto clínico a donde llegan contrastan especialmente. Me pareció coherente observar a los jóvenes desde la perspectiva sociológica denominada **interaccionismo simbólico** cuyo eje central es la consideración de que los seres humanos son activos creadores de su mundo (MEAD, 1934). Para esta autora, la personalidad humana se forma a través de las relaciones sociales. La identidad de los sujetos se forma en un contexto cultural y social en el que se relaciona y desarrolla tanto física como psicológicamente. En este sentido, todos los acontecimientos que le ocurren a los sujetos en su trayectoria vital van a servir para construir su identidad, incluida la estancia en el Servicio de Urgencias. Por otro lado, el Servicio de Urgencias es, para Goffman (2001), un establecimiento social, que define como lugar rodeado de barreras establecidas para

la percepción, en el cual se desarrolla de modo regular una serie de actividades. Afirma este autor que todo establecimiento social es factible de ser estudiado desde el punto de vista de las impresiones.

Según Blumer (1981), el interaccionismo simbólico se basa en tres simples reglas. En primer lugar los sujetos orientan sus actos hacia las personas, los objetos, instituciones y situaciones diarias, en función de lo que estas cosas significan para él. En segundo lugar, el significado de estos elementos es consecuencia directa de la interacción social que cada individuo tiene con su prójimo. Y tercero, los significados que le damos a las cosas se pueden manipular y modificar mediante un proceso interpretativo que cada persona desarrolla al enfrentarse con estas cosas. Esto es, las personas seleccionan, organizan, reproducen y transforman los significados en los procesos interpretativos en función de sus expectativas y propósitos.

El punto de vista del interaccionismo simbólico sostiene que el significado que las cosas encierran para el ser humano va a constituir un elemento central en sí mismo. No tener en cuenta el significado de las cosas conforme al cual actúan las personas equivale a distorsionar el comportamiento de los sujetos de estudio. Estos significados se manejan y transforman por medio de los procesos interpretativos que la persona usa en el manejo de las situaciones que se encuentra. En este sentido, este autor considera que los significados de las cosas se van a originar en la interacción entre los individuos. El significado va ser un producto social que se desprende de las actividades de los individuos a medida que estos interactúan (BLUMER, 1982, pp. 2-3).

Desde la perspectiva interaccionista, los sujetos son quienes, en el mismo proceso de intercambio, haciendo uso de las reglas, constantemente producen y reproducen la realidad (MERLINSKY, 2006). En este sentido, las personas son actores sociales en un proceso continuo de dar forma a su entorno (CUFF, SHARROCK Y FRANCIS, 2006). El interaccionismo simbólico se sitúa dentro del paradigma interpretativo. Este modelo analiza el sentido de la acción social desde la perspectiva de los participantes.

El consumo de alcohol juvenil es considerado desde las ciencias sociales y desde la medicina como una conducta desviada. Si embargo, autores como Lemert (1951) afirman que existe una gran diferencia entre un sujeto que comete simplemente una infracción de una regla a aquel que haya sido reconocido socialmente como desviado.

Para ello, tiene que modificarse la visión que los demás tienen de ti, pero también la que tú tienes de ti mismo. En este sentido, las personas jóvenes atendidas en el SUH no consideran que tengan problemas con el alcohol, puesto que quizás intuyen que el día que experimentan la IEA han infringido la regla de manera puntual. Del mismo modo, los profesionales de la medicina identifican como conducta desviada un problema de adicción pero no entienden del mismo modo una intoxicación puntual como la que sufren las personas jóvenes.

Creo que la observación del comportamiento de los jóvenes desde esta perspectiva constituye un recurso idóneo para utilizar en el tipo de estudio que estoy realizando estos años en mi Servicio de Urgencias a través de observaciones directas en el contexto clínico y entrevistas, tanto al personal de urgencias como a los usuarios que acceden por presentar una IEA. Estos jóvenes que van a necesitar ser atendidos en nuestro servicio, comienzan la fiesta en su contexto de ocio recreativo donde se encuentran en su «hábitat» natural y terminan despertándose en otra realidad muy distinta donde no tienen elementos identitarios donde agarrarse e interaccionan con un medio ajeno que les produce reacciones muy dispares. Observar y registrar en nuestro medio clínico las reacciones e interacciones y comportamientos de los jóvenes, así como analizar sus argumentos personales acerca del episodio sufrido y la percepción sobre su conducta dentro y fuera del hospital va a ser parte de mi trabajo.

En realidad los jóvenes no tienen ningún tipo de interacción con los demás enfermos puesto que no se conciben semejantes a ellos ni tienen atributos similares, digamos que no «encajan» con los demás enfermos que frecuentan el Servicio de Urgencias. Por lo tanto, tienden a aislarse de las demás personas. Sin embargo, sí que interactúan con el significado y lo que representa estar inmersos en el espacio clínico y lo que ello representa en cuanto a sensaciones de cautividad, imposición normativa, aceptación o negativa del diagnóstico y tratamiento médico, estigmatización, dolor, sufrimiento, etc.

Los datos se han recolectado de manera natural, a través de entrevistas y de observación participante. La mayor fuente de datos para esta corriente es la interacción humana y el análisis se focaliza en desvelar los procesos que subyacen en esta interacción. Las narrativas presentes en las entrevistas van a representar

descripciones de la organización de las actividades de las personas y en ese carácter descriptivo está la potencialidad de captar fuentes de significado (MERLINSKY, 2006).

Del mismo modo, la misma revisión bibliográfica ha servido de marco teórico desde donde observar las escenas que concurren en el Servicio de Urgencias estudiado, comparando con otros estudios realizados en otros Servicios de Urgencias y encontrando diferencias y similitudes. En todo momento se ha tenido en cuenta el abuso de alcohol por los jóvenes desde una perspectiva de conducta de riesgo.

Desde un principio la idea era describir y comprender el consumo de alcohol por los jóvenes desde la **perspectiva sociocultural del riesgo**. Observar sus actos, desvelar de sus propios discursos los significados y bajo su perspectiva comprender sus conductas de abuso e intoxicación etílica así como otros riesgos.

Determinados autores creen que existe un «síndrome del comportamiento problemático» en el adolescente, en virtud del cual los jóvenes son proclives a realizar toda una constelación de comportamientos de riesgo asociados a una disminución de los comportamientos de salud, tales como fumar, beber en exceso, conducir ebrio, policonsumo, sexo de riesgo, etc. Todas estas actitudes han estado relacionadas en las últimas décadas con la juventud (SPEAR, 2000). Hemos podido comprobar y argumentar estas actitudes en el apartado de resultados. Aunque los jóvenes no se perciben como sujetos que practican conductas de riesgo, los datos de las encuestas y cuestionarios desvelan lo contrario.

Hemos puesto de manifiesto que los jóvenes que se atienden en Urgencias están inmersos en un contexto donde asumen el riesgo de las consecuencias negativas del abuso de alcohol y otras drogas en su espacio de ocio recreativo habitual. Sabemos que entre los jóvenes se constata una escasa conciencia del daño ocasionado por el alcohol (BACH I BACH, 2000), lo que conlleva que no identifiquen las señales de alarma. Por otro lado, presentan una problematización distorsionada del tema y, por extensión, unas actitudes de permisividad ante el consumo a nivel cognitivo, afectivo y comportamental (VILLA MORAL Y OVEJERO, 2003).

La idea de riesgo ha sido utilizada extensamente desde el campo de las ciencias sociales y de la salud. Habitualmente ha sido identificado como peligro, con cierta connotación negativa y generalmente secundario a la acción humana (DOUGLAS, 1999).

La percepción, valoración y gestión del riesgo se plantea como resultado de la reflexividad y de la racionalidad del sujeto (MENESES, 2011). La asunción de riesgos innecesarios por los jóvenes va a suponer un acto de irresponsabilidad y de conducta desviada, con falta de capacidad de control hacia sí mismo (ABBOTT-CHAMPMAN Y DENHOLM, 2001). Por otro lado, algunos autores han descrito esta asunción de los riesgos por parte de las personas jóvenes como actitudes indispensables para alcanzar la madurez e incluso necesarios para construir su identidad (LIGHTFOOT, 1997; INGERSOLL Y ORR 1989; ESSAU, 2004; DWORKIN, 2005).

Como describe Meneses (2011), el comportamiento de riesgo en los adolescentes se puede investigar desde dos perspectivas: el individuo como unidad de análisis identificado como ser vulnerable, más o menos responsable de sus actos, o la asunción del riesgo centrado en la interacción social (RHODES, 1997). Si analizamos desde la perspectiva individual, el riesgo va a ser el resultado del conocimiento y el cálculo racional de costes y beneficios (BECKER, 1983). Así mismo, los jóvenes entienden la vida expuesta a riesgos difíciles de eliminar, por lo que asumir riesgos va a constituir parte del concepto de ser joven (Steinberg, 2004). Sin embargo, en la fase de la adultez, esa forma de asumir riesgos disminuye y difiere de la de los jóvenes (GARDNER Y STEINBERG, 2005; MENESES ET AL., 2008). La segunda perspectiva de análisis del riesgo entiende que la percepción del riesgo se construye desde la interacción entre los jóvenes, en el contexto social donde viven y se socializan. Los adolescentes asumen riesgos, desde la racionalidad. No se trata de un comportamiento irreflexivo, sino que la valoración y la percepción de las consecuencias positivas y negativas son interpretadas dentro de una jerarquía de riesgos que tiene su significado social en el contexto (RHODES, 1997). En este mismo orden de cosas, ya sea individual o colectivamente, las y los jóvenes investigados realizan conductas de riesgo durante su tiempo de ocio. Por otro lado, algunos autores nacionales e internacionales afirman que las conductas de riesgo se correlacionan, esto es, si aparece una conducta de riesgo en un joven o una joven o grupo de jóvenes, es probable que concurren otras conductas de riesgo más (JESSOR, 1991; ZWEIG, 2001; ESSAU, 2004; MENESES ET AL., 2012). Comprender la manera de actuar y pensar de los jóvenes que son atendidos en urgencias desde estas perspectivas es parte de nuestro método de análisis.

La mayoría de las investigaciones que se interesan por el estudio de los comportamientos de riesgo en adolescentes lo hacen con una perspectiva monográfica, cuantitativa y psicologista (MENESES, 2009). Sin embargo, el riesgo atribuido a las conductas juveniles está construido socioculturalmente (ESSAU, 2004). En este sentido, el significado del riesgo varía a través de la cultura y del contexto social (MENESES ET AL., 2008).

Por otro lado, se han considerado diferentes parámetros como indicadores de una progresiva «normalización» del consumo de alcohol y drogas. Teniendo en cuenta estos criterios, los resultados de nuestro estudio muestran una clara normalización del consumo de drogas legales e ilegales entre jóvenes que participan de la actividad nocturna de salir de marcha los fines de semana. Dicho consumo ha dejado de ser una práctica de sectores marginales para convertirse en una práctica global y normalizada para la mayoría de los jóvenes. Hoy día los jóvenes consumidores pertenecen a todos los contextos sociales y educativos (ÁLVAREZ ROLDÁN, 2001). Autores como Parker y colaboradores (2002) han ofrecido una visión contextualizada de este fenómeno juvenil, sosteniendo la tesis de la normalización (PARKER, 2005). Estos autores consideran que la teorización sobre el consumo de sustancias debe tener en cuenta el contexto más amplio de cambio social, el cual ha transformado la experiencia de los jóvenes al crecer en un contexto de modernidad tardía teorizado por autores como Giddens (1999) o Beck (1989). En este sentido, no es la naturaleza de la adolescencia lo que ha cambiado sino la naturaleza de la experiencia de crecer en un contexto determinado por el riesgo y la incertidumbre en el mercado de trabajo, la formación continua, la educación y el acceso al tiempo de ocio (FURLONG Y CARTMEL, 1997). El aumento del consumo de sustancias psicoactivas está íntimamente relacionado con estos procesos sociales a un nivel más amplio. Si vivimos en esta sociedad del riesgo, es normal que los jóvenes asuman riesgos en el uso de sustancias, así como asumen riesgos en otros aspectos de la vida. En este contexto, el consumo de alcohol y otras drogas ha sido asumido social, cultural y moralmente por nuestra sociedad o, lo que es igual, no es ya una conducta privativa de ciertos grupos o subculturas juveniles, y que cualquier adolescente o joven lo conoce, tiene la posibilidad de practicarlo, lo tolera o considera un asunto personal y en muchas ocasiones, puede haberlo experimentado o, incluso, ser un practicante habitual del mismo (ÁLVAREZ ROLDÁN, 2002).

Pues bien, teniendo en cuenta estos puntos de vista diversos y convergentes, y desde estas estrategias de investigación me propongo argumentar y construir una etnografía desde un Servicio de Urgencias en Granada acerca de la atención sanitaria hospitalaria de los jóvenes que sufren un episodio de IEA secundario a la manera de entender y practicar un ocio recreativo dirigido al consumo de alcohol y drogas.

1.7. Diseño de la investigación

El presente trabajo ofrece una visión en profundidad sobre la situación de las IEA en el contexto del Servicio de Urgencias. Esta visión puede no solo informar sobre la cuestión, sino mejorar la prevención y dar respuesta al problema.

El consumo de alcohol entre las personas jóvenes es un tema muy estudiado desde multitud de ámbitos. Sin embargo, desde los SUH tan solo se han realizado trabajos de corte epidemiológico. Por parte del Ministerio de Sanidad únicamente se llevan a cabo registros cuantitativos de usuarios de drogas ilegales en contexto de urgencias y ni siquiera en la totalidad del territorio español. Además, no se realizan registros exclusivamente de alcohol, ni a nivel local ni nacional, a pesar de ser la droga más consumida, y mucho menos estudios cualitativos o etnográficos como el que planteamos. Consideramos que tanto el acceso como la frecuencia con la que recibimos a jóvenes en el SUH es consecuencia de la idea de ocio recreativo que tienen los jóvenes y que les lleva a protagonizar una serie de conductas de riesgo que, de forma accidental, les lleva a los Servicios de Urgencias. Por supuesto, no es algo planeado ni considerado como posibilidad en una noche de salida en la mayoría de personas jóvenes. Más bien al contrario, se trata de un hecho accidental que fastidia al grupo, lo reorganiza en torno a la situación y que, en algunos casos, desemboca en actitudes de desaprobación hacia el que lo sufre. Los pacientes de IEA suelen excusarse en diversos motivos para argumentar lo que les ha sucedido y, al ser una experiencia negativa para ellos, frecuentemente provoca un cambio de actitud que evita otra visita al Servicio. La estancia por IEA puede durar entre 4 y 5 horas, un tiempo de espera demasiado largo que los amigos son incapaces de soportar. Así, el paciente despierta desconectado del medio, en un contexto extraño rodeado de enfermos y sin apenas recordar lo ocurrido. Esta situación lo enfrenta a una serie de sentimientos como el nerviosismo, la vergüenza, el miedo o la negación, sobre todo si

lo enfrentas a sus actos y le haces recordar o argumentar. Lo único que desean los jóvenes pacientes es quitarse el suero y marcharse para olvidar la experiencia lo antes posible. Atendiendo exclusivamente a los síntomas, una vez superados los efectos del alcohol se les hace entrega de su informe y se les da el alta del Servicio de Urgencias sin más recomendaciones que una alusión en clave de humor al abuso de alcohol. En este sentido, desde un punto de vista exclusivamente biomédico, los jóvenes que abusan del alcohol y que acuden al SUH no son objeto de tratamiento y atención hasta que entran en la adicción. Es decir, la medicina trata la enfermedad, que en este caso sería el «alcoholismo». Aún así, los jóvenes que abusan del alcohol puntualmente no son tratados ni reconocidos por el sistema como enfermos, por lo que consideramos la importancia del enfoque antropológico, reivindicando la recuperación multidimensional de este fenómeno y su condición de hecho social, político, cultural y económico (MARTÍNEZ, 2000).

En este sentido, Friedson (1970) analiza la constitución de la medicina como vehículo de valores sociales, como institución que genera y define «enfermedades» y «enfermos». La experiencia clínica plantea una complicidad entre el médico y el paciente donde el paciente es orientado por el médico a interpretar tanto sus síntomas como las respuestas a los tratamientos. Desde aquí, surge una categorización que diferencia aquellos sujetos considerados profesionales y capacitados para definir y tratar la enfermedad, de aquellos otros considerados profanos respecto de su cuerpo, los cuidados y el conocimiento para operar sobre su padecimiento. Desde este punto de vista, el problema radica en que el proceso de consumo alcohólico esporádico que realizan los jóvenes no cumple los cánones habituales de enfermedad y no encaja en el Modelo Médico Hegemónico definido por Menéndez (1991).²⁰ En el caso de los jóvenes con IEA que atendemos en el SUH, el proceso salud-enfermedad-atención no funciona del mismo modo que la atención hospitalaria de otras patologías ni la relación médico-paciente se da del mismo modo. En este caso, no hay subordinación por parte del joven al médico puesto que no existe temor acerca del futuro de su salud, no se considera ni es considerado como enfermo, no existe medicalización asociada a su proceso ya que este es puntual y no va a ser diagnosticado o etiquetado por el galeno

²⁰ Modelo Médico Hegemónico: Menéndez define el modelo médico hegemónico como «la relación médico-paciente asimétrica; la concepción de la enfermedad como anormalidad, ruptura, desviación; la práctica curativa-restitutiva basada en la eliminación del síntoma; la relación de subordinación social y técnica del paciente; el paciente como responsable de su enfermedad; la tendencia a la medicalización de los problemas». Menéndez, E. (1991).

de manera permanente. El médico no tiene control sobre el paciente, ni en el momento de la praxis, porque el paciente está inconsciente, ni posteriormente, porque el joven es dado de alta y no hay seguimiento. Al contrario, en esta situación, es el paciente el que tiene el «control» de la relación médico-paciente, ya que sabe que tiene derecho a la asistencia, utiliza el SUH para minimizar el riesgo de su abuso y, en muchos casos, exige el alta médica cuando experimenta cierta mejoría.

En el ámbito institucional biomédico, la relación médico-paciente se desarrolla en un espacio específico, en este caso urgencias de un hospital, y casi siempre en condiciones similares y entre los mismos actores. El modelo médico dominante ha logrado que vislumbremos esta relación del personal de salud/paciente descontextualizada de su trama social, como si fuera el resultado de un acto ahistórico y asocial, valorándola con relación a la aplicación de un conocimiento técnico para la resolución de problemas de salud o enfermedad (MENDOZA, 1994).

El personal de salud institucional considera la enfermedad como un hecho individual y biológicamente determinado, por lo que no contempla que la salud comunitaria entre en su campo de acción. Los profesionales se encuentran ante una realidad y una política sanitaria que les propone desarrollar acciones comunitarias para las que no están preparados ni cuentan con los instrumentos necesarios para realizarlo de forma eficaz. De hecho, entre Atención Primaria y Especializada no existe reflexividad asistencial, realidad que sería necesaria para tratar al joven con IEA de manera integral.

El abuso de alcohol por parte de los jóvenes es un acto que se desarrolla en un contexto social y cultural determinado. Solucionar el problema en el tiempo requiere tratarlo sin desvincularlo de su contexto. En esta misma línea, la teoría biopsicosocial aplicada al alcoholismo hace referencia como principal característica de este modelo explicativo a su carácter multifactorial e integrador. Esta teoría sugiere que la etiología del consumo de alcohol y su posible adicción posterior se debe a la interacción de múltiples factores: constitucionales, sociales y psicológicos (LÓPEZ, 2004). Algunos factores actuarían como protectores y otros como factores de riesgo (SECÁDES, 2001).

Atendiendo a este concepto, considero que la experiencia de ser tratado en el hospital por causa de una IEA resulta un factor protector para el joven. Esta observación la

realizo respondiendo al hecho de que no hemos encontrado conductas repetitivas en los años de desarrollo de este estudio. En general, los jóvenes acceden una vez con IEA y, posteriormente, parecen modelar su conducta para no repetir la experiencia. Esto no significa que no se emborrachen, pues lo hacen habitualmente, pero no hasta llegar al estado de tener que acceder a SUH. Del mismo modo, la embriaguez, en sí misma, constituye una experiencia desagradable, sobre todo en las llamadas embriagueces atípicas o idiosincráticas, que pueden producirse, incluso, con el consumo de pequeñas cantidades de alcohol y que están relacionadas con una vulnerabilidad individual previa. Este tipo de embriagueces son especialmente desagradables ya que pueden vivirse con síntomas de angustia e incluso desencadenar crisis de pánico. La experiencia de crisis de pánico o angustia puede determinar la inhibición de ulteriores estados de embriaguez (SANTO-DOMINGO, 2002). En este mismo orden de cosas, creemos que los jóvenes que llegan a urgencias con una IEA viven la experiencia como un rito de paso o fase liminal (TURNER, 1988), en los que la experiencia cambia a la persona hasta poder afirmar que existe un antes y un después. Este proceso es vivido con mayor intensidad en los pacientes que sufren una enfermedad grave y son ingresados en el hospital. Sin embargo, los jóvenes que llegan a urgencias con una IEA son meros observadores de esa realidad mientras se están recuperando de la embriaguez. Es un mundo al que no están acostumbrados a enfrentarse y que, como parte de su propio recorrido vital, aún ven lejano. Al despertar se enfrentan con la otra cara de la moneda, el ocio y la diversión frente a la enfermedad y el sufrimiento. Esta visión les hace sentir sensaciones que no quieren experimentar. Por un lado, vergüenza y miedo; por otro, recuerdos de familiares muertos que tenían olvidados. Esta experiencia, sumada a los síntomas desagradables de la intoxicación descrita anteriormente, les hace vivir el momento como una pesadilla de la que quieren huir. Considero que esta vivencia provoca en ellos un cambio de actitud cuya finalidad es no volver a enfrentarse a esa experiencia. El hospital es un lugar donde las preguntas acerca de la preocupación última se presentan con más urgencia que en la rutina de la vida diaria. La experiencia hospitalaria representa una condensación e intensificación de la vida en general. En el hospital, los pacientes se someten a un nuevo régimen, se visten de manera diferente y habitan otros roles. El joven cuando despierta no quiere asumir ese rol, se reconoce fuera de lugar y no quiere someterse a esas normas.

Las evidencias halladas en este estudio confirman la influencia de aspectos biológicos o de personalidad, culturales y sociales.²¹ Sin embargo, estos aspectos no son tenidos en cuenta durante la asistencia en nuestro Servicio de Urgencias, ni por parte de enfermería ni por parte del estamento médico, ya que son factores que, más bien, atañen a la parte de la medicina que se desarrolla en AP. El problema es que los pacientes con IEA no acceden a los servicios de atención primaria, por lo que es vital cambiar el enfoque en la atención a estos usuarios. Es por ello que como resultado de mi investigación pretendo modificar, al menos, la atención enfermera a estos jóvenes, del enfoque biomédico actual a un enfoque holístico. De esta manera, aspiro a instaurar un protocolo de actuación integral al paciente con IEA que identifique al consumidor abusivo mediante test homologados para este fin, así como la realización de una intervención mínima o breve y la entrega de información específica aprovechando su estancia en el SUH. Es necesario sensibilizarnos con el problema y modificar la atención que se dispensa a estos jóvenes como parte de nuestro quehacer diario. Para que este cambio sea una realidad ya se han realizado sesiones clínicas en el servicio.

Ante la escasez de trabajos existentes en este campo de estudio y el dominio de enfoques cuantitativos para abordar esta problemática, consideramos pertinente realizar una propuesta de investigación etnográfica que explore el triángulo existente entre jóvenes, alcohol y servicios sanitarios de urgencias. Aunque en el caso concreto español se sabe que las tasas de consumo intensivo de alcohol van en aumento, la investigación centrada en obtener una visión de conjunto y cercana a los consumidores es limitada. Existe también una escasez de trabajos que aborden los diferentes aspectos que pueden estar facilitando el desarrollo de dicho patrón de consumo.

El objetivo de este estudio es describir los elementos que concurren en la extensión de las formas intensivas de consumo de alcohol en el contexto de ocio pero relacionado con el contexto clínico del SUH donde son atendidos los chicos y chicas con IEA. Para ello, utilizaremos sus propios discursos y los analizaremos a nivel contextual, interrelacional y personal. Nos interesa saber qué buscan los jóvenes; qué esperan del

²¹ Según La espada y colaboradores (2004) los factores protectores o de riesgo son las dos caras de una misma moneda. La combinación de factores de riesgo y de protección responden a características personales del individuo, el entorno relacional del joven y el entorno social. Estos factores interactúan juntos, lo que predispone a conductas consumidoras de drogas o conductas abstemias.

sistema sanitario; por qué acuden; quién los lleva; cómo perciben el Servicio de Urgencias. También indagaremos sobre su visión del riesgo y del alcoholismo; su itinerario de consumo antes de llegar a plantearse acudir al Servicio de Urgencias; si creen en la estigmatización que puede derivar de la utilización del Servicio de Urgencias; su preocupación por la ingesta masiva de alcohol con respecto a su salud, etc.

Se tiene poca información sobre cómo perciben la experiencia de la pérdida de conciencia en el contexto recreativo y, posteriormente, despertarse en el contexto hospitalario. ¿Qué creen los jóvenes que abusan del alcohol hasta caer inconscientes que les ha sucedido para llegar a esa situación? ¿Cómo es la experiencia de despertar en un contexto extraño tras la IEA? ¿Cómo se sienten al ser atendidos en el hospital? ¿Cuáles son sus expectativas ante una nueva IEA? ¿Modificará la experiencia su conducta con respecto al consumo?

Hasta el momento, parece que no existen explicaciones en cuanto a cómo se comportan durante su estancia en el SUH ni sobre lo que sucede posteriormente a la experiencia.

Concluyendo, aunque existe una gran cantidad de investigaciones sobre consumo de alcohol, el conocimiento actual sigue siendo limitado en dos aspectos fundamentales. En primer lugar, la mayoría de estudios han utilizado investigaciones de corte epidemiológico y, en segundo lugar, se han basado en los datos recopilados de modo retrospectivo de las HC y no en entrevistas con las personas afectadas. Tampoco se han presenciado las IEA y no se han tenido en cuenta las percepciones y sentimientos de los jóvenes que las han sufrido ni de los profesionales que los atienden. En consecuencia, los datos obtenidos son cuantitativos y no cualitativos que son los que proporcionan información acerca de sus opiniones y experiencias. En ausencia de datos cualitativos existe el peligro de que las estrategias de salud pública, encaminadas a la reducción de daños y al tratamiento de las víctimas de IEA, estén siendo formuladas y ejecutadas sin las suficientes referencias.

Creemos que todas estas cuestiones solo pueden ser exploradas desde una perspectiva etnográfica que trate de comprender las actitudes, creencias y valores que justifican el consumo excesivo de alcohol. Así mismo, estas creencias pueden estar

generando una minimización del riesgo del consumo de alcohol que degenera en un problema de alcoholismo entre la población juvenil que utiliza los Servicios de Urgencias. Nuestra propuesta pretende evidenciar la problemática del exceso de alcohol juvenil con consecuencia de IEA y su repercusión asistencial.

1.8. Objetivos

1.8.1. Objetivo general

Estudiar el consumo de alcohol en los jóvenes y su experiencia tras una IEA en un Servicio de Urgencias desde una doble perspectiva: la de los pacientes, para conocer los motivos, sentimientos y acciones que los llevan a buscar ayuda en estos servicios; y la del personal del propio servicio.

1.8.2. Objetivos específicos

1. Describir y comparar los perfiles de los jóvenes usuarios que presentan IEA en nuestro SUH.
2. Identificar mediante el test AUDIT los consumidores de riesgo de entre los jóvenes que acceden con IEA al Servicio de Urgencias.
3. Explorar la percepción, actitudes y valores de chicos y chicas con respecto a la visión que tienen del consumo de alcohol en general y de la intoxicación etílica en particular en el Servicio de Urgencias.
4. Identificar las estrategias de control de efectos adversos realizadas por los/las jóvenes que acceden al Servicio de Urgencias.
5. Describir los motivos de los jóvenes para justificar las IEA atendidas en el Servicio de Urgencias.
6. Conocer la percepción de los profesionales acerca del consumo de alcohol por parte de los jóvenes y la valoración personal de la atención realizada en el SUH a los chicos y chicas que presentan una IEA.

Capítulo 2

METODOLOGÍA: ETNOGRAFÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2.1. La investigación etnográfica en un contexto sanitario

La etnografía es una metodología de acercamiento a la realidad, que implica una interacción continuada e intensa con el grupo estudiado en un determinado medio social y que nos va a permitir acceder de manera inmediata a los datos de la realidad a nivel micro-social y, gracias a un adecuado marco teórico, nos va a posibilitar contrastar datos y explicaciones previas de los niveles más macrosociales (ROMANÍ, 1997).

En los últimos años ha aumentado la investigación etnográfica en los servicios de urgencias (MIRÓ, 2010). Algunos autores y autoras afirman que gracias a este movimiento se ha podido describir y comprender el uso de los servicios de salud y analizar las relaciones de los profesionales de salud con los usuarios y las relaciones entre los profesionales entre sí, así como describir las diferentes visiones culturales de los distintos actores que entran en juego en el contexto de los diferentes servicios de salud incluido los Servicios de Urgencias (BELTRÁN ET AL., 2001).

En la actualidad, la enfermería es el grupo profesional de la salud que más proyectos cualitativos está realizando. Se ha señalado que está en una posición privilegiada para explicar a otros el mundo del enfermo, su familia y los procesos que acontecen en su interior; se afirma que la enfermería conoce esos mundos como no lo hace otra disciplina (SWANON Y CHENITZ, 1982, citado en CUESTA, 2000).

Los diseños cualitativos, como las etnografías, estudian aspectos como la experiencia y los comportamientos de pacientes y profesionales, y este ha sido el objetivo principal de esta tesis (KUPER, 2008). Estos estudios son de especial relevancia para los profesionales de salud como yo, que centran su atención en el cuidado, la comunicación y la interacción con las personas. Permiten una comprensión de las experiencias humanas proporcionando al personal de enfermería y a los otros profesionales de la salud un conocimiento de gran riqueza y una profundización en la

naturaleza de los seres humanos, ya sean pacientes, colegas u otros profesionales (HOLLOWAY Y WHEELER, 1996).

Los principales instrumentos de recogida en los procesos etnográficos son la observación participante, las entrevistas informales y las narrativas conversacionales. Los elementos a registrar durante la observación son el lugar, los actores, la actividad que están realizando, la relación entre ellos, la secuencia de tiempo entre las actividades o el evento principal observado y las emociones expresadas (REEVES ET AL., 2008).

En los diseños etnográficos, el investigador se introduce en el contexto de los sujetos investigados. No solo aplica un instrumento, sino que realiza inferencias, establece contacto con los informantes clave y desarrolla la comparación entre casos para ir descubriendo las claves de la investigación en la base de las respuestas de los participantes (PALACIOS, 2010). Únicamente observando el contexto donde se desarrollan los acontecimientos se puede comprender sus significados.

El consumo de alcohol por los jóvenes es un tema muy estudiado en contextos recreativos principalmente y también en Servicios de Urgencias con enfoques epidemiológicos, pero no está investigado en el contexto hospitalario con este tipo de enfoque, que nos va a permitir constatar la existencia de una concepción simbólico-cultural, más amplia que los discursos médicos dominantes sobre el tema (LEININGER, 1991). De esta manera, podremos ampliar el campo de visión en nuestro medio, donde confluyen diferentes significados, estereotipos y prejuicios asociados a la asistencia de los jóvenes consumidores de alcohol en urgencias. El tema de la atención de las IEA desde ambas perspectivas de los profesionales y de los jóvenes es un tema novedoso aún no explorado.

Este trabajo va a tomar en consideración, por tanto, aspectos biológicos y psicológicos pero también sociales, económicos y políticos. Vamos a intentar aglutinar estas dimensiones en mayor o menor medida teniendo en cuenta que se investiga en el contexto hospitalario y con las connotaciones especiales de un Servicio de Urgencias. El SUH es el único servicio de salud al que acceden los jóvenes cuando sufren una IEA de manera puntual puesto que es altamente improbable que busquen ayuda en el MAP u otros servicios si estos existiesen, una vez pasado el proceso de intoxicación.

Por otro lado, la investigación etnográfica se lleva a cabo a través de las características propias de la persona que investiga. Esto tiene que ver con mi procedencia y pertenencia a la institución sanitaria donde realizo el estudio, además de los procesos de formación realizados posteriormente. Y también con unas características derivadas de ser mujer, de una determinada clase social y edad, madre de hijos e hijas adolescentes, que posiblemente condicionan mis decisiones, emociones e interacción con el contexto y con los sujetos de estudio. En este sentido, el desarrollo de este proyecto de investigación va a venir determinado por la formación académica previa del investigador, la orientación metodológica recibida y la profesión (CUNNINGHAM, 2011).

Soy enfermera del SAS desde hace 30 años, de los cuales llevo 22 años adscrita al Servicio de Urgencias. Me interesaba mucho la investigación y me parecía que el contexto hospitalario era un lugar privilegiado desde donde realizarlo. Mi formación como antropóloga me había hecho ver la realidad desde otras perspectivas y me interesaba comprender los comportamientos de los diferentes grupos de personas a las que tenía acceso en mi trabajo. Cuando decidí hacer el doctorado, y pensar mi objeto de estudio, enseguida me decanté por la problemática del consumo juvenil de drogas y en especial el consumo de alcohol. Me preguntaba qué motivaba a los jóvenes a desarrollar unas conductas excesivas de consumo hasta el punto de necesitar ayuda sanitaria y qué esperaban de los servicios sanitarios. En este sentido, una investigación cualitativa nos podría ofrecer información acerca de la perspectiva de los pacientes y el significado que le dan estos a la asistencia clínica (STROUT, 2010).

El objeto de la etnografía consiste en describir los significados que las personas utilizan para entender su mundo, pues a través de la comprensión de estos significados podemos interpretar sus prácticas (GEERTZ, 1987). Mi posición en el Servicio de Urgencias como enfermera y antropóloga, y mi experiencia de tantos años en el Servicio de Urgencias atendiendo a estos chicos y chicas me facilitaba el acceso de primera mano, y mi formación como antropóloga me capacitaba para observarlos con otra mirada. Decidí comprender su perspectiva, su manera de pensar y entender el ocio y cómo lo relacionaban con los sistemas sanitarios. Por otro lado, era necesario contemplar la realidad, en interacción con todos los actores implicados, es decir, con el personal sanitario y con las connotaciones propias de la institución hospitalaria como contexto donde se desarrollaba la interacción de ambos actores.

Sin embargo, para poder realizar este trabajo sin que interfiriera mi condición profesional, ni de madre, decidí alejarme emocionalmente de los sujetos, renunciar a cualquier actitud paternalista o de juicio moral, intentando ganar su confianza para que se sintieran libres de compartir conmigo sus pensamientos y sentimientos. En este sentido, Romaní explica que para abordar una etnografía con usuarios de drogas, debemos aprender a interpretar sus actos en los términos de su propia cultura. Debemos superar nuestras propias categorías y prejuicios o las categorías dominantes al respecto, para entender mejor, a través de la complejidad de unos discursos muy concretos, la lógica de sus actos (ROMANÍ, 1995).

Por otro lado, soy consciente de la necesidad del alejamiento para abordar cualquier tipo de investigación etnográfica, y no obstante considero que es precisamente mi presencia natural en el contexto y mi experiencia profesional las que enriquecen y hacen posible una investigación como esta. Aprendí a observar de cerca y de lejos, participando y sin participar. Siendo consciente de los sesgos que surgían, para tenerlos en cuenta y derrumbarlos. Se trata de una forma de utilizar la experiencia como una forma de llegar a lo cultural (ESTEBAN, 2004). Esta misma autora afirma que:

la propia experiencia es fuente de conocimiento [...], su análisis es reivindicado como una estrategia única para llegar a contenidos e interpretaciones de la experiencia que serían inaccesibles de otra forma, y que tienen por tanto el riesgo de quedar excesivamente intelectualizados en otros estudios (ESTEBAN, 2004).

Es precisamente la experiencia en el contexto lo que me ha obligado a ser reflexiva y autocrítica y a utilizar múltiples métodos de recogida de datos. Por otro lado, toda observación y análisis están situados y son subjetivos, parciales e incompletos en sí mismos; pero al mismo tiempo reales, privilegiados y necesarios (HARAWAY, 1995).

En cuanto al proceso de investigación utilizado, diremos en primer lugar que la investigación se llevó a cabo entre los años 2008- 2014, los fines de semana y especialmente en turno nocturno en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Se trata de un estudio observacional, descriptivo con metodología mixta, con aproximación etnográfica.

Durante el desarrollo y realización del trabajo de campo, los planteamientos decididos en un principio en el diseño metodológico han ido cambiando a lo largo de los años. Se pidió autorización al Departamento de investigación y docencia del HUVN para la

recopilación de información procedente de los servicios de documentación del hospital. Existen diferencias en el acceso a la investigación en las instituciones sanitarias que es indicativo de las variaciones culturales y sociales entre las organizaciones hospitalarias de todo el mundo. En cuanto a los permisos para iniciar investigación en el hospital, son mucho más costosas en los hospitales occidentales, donde todo está muy burocratizado y es necesario pasar por juntas de revisión, comités éticos, etc. Sin embargo, en mi caso al solicitar los permisos para la investigación de esta tesis se me aprobó sin problemas.

A pesar de esto, el transcurso del trabajo de campo de esta investigación no ha sido lineal, sino que en el mismo proceso de recogida de datos, cuando no era posible conseguir información sobre los temas de mi interés, me veía obligada a utilizar otro tipo de estrategias. El mismo análisis es una actividad muy personal que solo el que está inmerso en el campo es capaz de entender y describir. Desde el comienzo de esta tesis he ido reelaborando las estrategias de recolección de datos adaptándolas en función de la cantidad de datos obtenidos, incluso los objetivos primarios fueron modificándose y adaptándose a las posibilidades que el contexto de urgencias me podía ofrecer con objeto de producir datos de mayor interés en el tema. Aunque ha existido un proceso de reflexividad, no por ello los procedimientos han dejado ser sistemáticos y rigurosos y se ha revisado todo el material a fondo. Este estudio, por su prolongación en el tiempo, me ha obligado a ir construyendo la propia investigación y utilizando la reflexividad durante todo el proceso. En este sentido, Janesick (2000) afirma que este proceso es lícito en un estudio etnográfico, puesto que se trata de un proceso interpretativo, en el que el investigador reubica y contextualiza el proyecto inicial de investigación dentro de la experiencia compartida del investigador y los participantes en el estudio, es decir, dentro de la reflexividad.

En un principio, se pretendía realizar un exhaustivo screening de las Historias Clínicas (HC) de todos los jóvenes atendidos por IEA en un periodo. Nos pusimos en contacto con Documentación, quienes nos informaron que los datos no eran posible exportarlos porque no se registraban los motivos de consulta en las HC de los pacientes atendidos en Urgencias (este problema no se produce con las HC de los pacientes que están ingresados). Había que descargarlas todas, e ir mirando una por una e ir archivando las que fueran por IEA para revisarlas posteriormente. Con el tiempo se instauró en urgencias un programa de clasificación de pacientes (Sistema Manchester) donde era

posible elegir el motivo de consulta y descargar a posteriori las HC (COOKE Y JINKS, 1999). El problema era que la elección del motivo de consulta no estaba protocolizado y era posible escoger entre varios motivos, por tanto, tampoco era posible conocer todos los jóvenes que accedieran por ese motivo. Decidimos, no obstante, elegir varios motivos de consulta de las HC (ingesta alcohólica, intoxicación etílica, vómitos, alteración o disminución del estado cognitivo, agresiones, lesiones), revisar una a una, e ir introduciendo aquellas HC que en realidad pertenecían a un o una paciente que había sido atendido por una IEA. De esta manera, pudimos recoger 315 HC. Fuimos introduciendo los datos sociodemográficos y las variables identificadas en una tabla de Excel. Con estos datos obtuvimos el perfil de los jóvenes que son atendidos en el Servicio de Urgencias.

Cuando se quiere hacer trabajo de campo en un hospital, se pueden considerar tres opciones: unirse al personal, al paciente o a los visitantes (SJAAK VAN DER GEEST, 2004). La mayoría de los investigadores se unen al personal y asumen el papel del médico o de la enfermera (ZAMAN, 2003; POOL, 2000; KUCKERT, 2001 QUERO, 2007). Este tipo de investigaciones tiende a representar el punto de vista del profesional, más que el del paciente. Las investigaciones llevadas a cabo desde la perspectiva del paciente se pueden abordar de diferentes modos. Por ejemplo, Caudill (1958) se hizo pasar por demente para estudiar la vida en un psiquiátrico. Sin embargo, esta opción es más difícil de asumir éticamente. Otros investigadores se presentan como visitantes (MPABULUNGI, 1995; BLUEBOND-LANGNER, 1978). Como podemos ver, las posibilidades de representación en el hospital pueden ser muy variada. La autora de este trabajo eligió el papel de enfermera-investigadora.

El trabajo de campo fue difícil y engorroso, lo que lo alargó en el tiempo. Este tipo especial de pacientes no están muchas horas en el hospital, ni necesitan volver posteriormente, por lo que era necesario pactar con ellos y ganarse su confianza, para que tras su estancia en urgencias quisieran hablarme de sus percepciones y sentimientos y de esta manera poder realizar las entrevistas en profundidad, por lo que pude realizar solo 11 entrevistas. Muchos de los pacientes que en el hospital me dijeron que querían colaborar tras ser atendidos, e incluso me dieron su número de teléfono, se negaron a colaborar posteriormente. Los llamaba pasados 4 o 5 días, después de su estancia en el SUH para no demorarlo por temor a que se negaran. Tras 3 a 5 llamadas los daba por perdidos. Tengo que decir que los que sí aceptaron

quedar conmigo para la entrevista en su mayoría eran universitarios, que al decirles que era para mi tesis fueron más receptivos y aceptaron. A todos ellos se les hacía un regalo en agradecimiento a su participación.

En general, a los que entrevisté en el hospital no ofrecieron reparos en contestar a mis preguntas, posiblemente por el trato de amistad y confianza recibidos y porque se sentían en deuda por la atención ofrecida. Algunos de los cuestionarios utilizados eran autoadministrados, pero comprobé que algunos jóvenes (varones), aunque estaban despiertos y contestaban con fluidez, si les daba los cuestionarios para que los rellenasen ellos, no escribían con suficiente legibilidad o contestaban tonterías y bravuconadas, por lo que decidí preguntarles personalmente, haciéndoles más fáciles las preguntas.

Del mismo modo, las encuestas de alcohol y las conversaciones informales las realicé inmediatamente después de los cuestionarios aprovechando la coyuntura y escribiendo inmediatamente las respuestas. En ellas fue posible generar un clímax de confianza en la que los chicos y chicas entrevistados estuvieron dispuestos y fueron capaces de considerar cualquier información que pudiera tener relación con lo que sucedía (SCHWARTZ, H., Y JACOBS, 1984).

La captación fue difícil, pues no tienen un régimen estricto de salida, aunque sí es cierto que está bien documentado que suelen salir los fines de semana por la noche. Comienzan a salir desde el jueves al sábado inclusive. El domingo suelen salir menos, ya que el lunes tienen que ir a clase o bien a la facultad o al instituto. En este sentido, como cabe esperar, los fines de semana es cuando acceden al SUH y cuando yo captaba a los sujetos participantes en la investigación. Sin embargo, dependiendo de la estación del año las salidas de marcha van cambiando. Por ejemplo, en época de exámenes no suelen salir aunque sea fin de semana. Pero los festivos especiales del día de la Cruz, Corpus y Fiesta de la Primavera sí salen aunque tengan clase. Y también en el caso de los puentes y los días previos a las vacaciones de Semana Santa y Navidad. Evidentemente, en estos días intentaba estar de turno para poder captarlo. Por otro lado, los turnos que tenemos los enfermeros no siempre coinciden con los jóvenes, por lo que había días que estaba de turno de noche, en fin de semana y no venía ninguno, y otros días que yo no estaba de noche sí venían. En algunas ocasiones, aunque sí los había observado y atendido, aún estaban durmiendo

cuando terminaba mi turno y no me era posible hablar con ellos. En muchas ocasiones, podía realizar observación cuando estaba de turno de noche pero no entrevista o le podía hacer entrevista en el turno de mañana pero no le había podido realizar observación porque habían llegado de madrugada.

En un momento dado y con intención de realizar más entrevistas para mi trabajo de campo, solicité el turno de noche fijo con el objetivo de alcanzar un número mayor de muestras. La experiencia fue agotadora físicamente y no rentable, puesto que en un mes tan solo puede hacer dos observaciones y ninguna entrevista, porque cuando acababa el turno a las 8 de la mañana aún dormían.

Al personal asistencial fue más fácil realizarles la entrevista. Entre los que quisieron colaborar en este proyecto, la estrategia consistió en buscar un hueco en su trabajo y en el mío para poder grabar la entrevista. Por lo general realizaba las entrevistas en turno de noche, cuando el ambiente estaba menos cargado asistencialmente hablando.

También fue problemática la recogida de datos de las HC. A menudo, las y los médicos que sabían que estaba realizando este estudio, se esmeraban en rellenar las historias clínicas con más abundancia de datos. Habitualmente me quejaba de que escribían poco y no dejaban registrados los resultados de las pruebas que les realizaban, como el análisis de tóxicos, para determinar cualquier tipo de consumo diferente al alcohol. En muchas ocasiones, ni siquiera anotaban la cantidad de ingesta. Tampoco los clasificaban por CIE10²² por lo que las historias no se podían rescatar a posteriori por su diagnóstico al alta, lo que hubiera facilitado su identificación. En muchas ocasiones, los profesionales sanitarios que los atendían en consulta de triaje, si yo me encontraba en otra parte del circuito asistencial, me llamaban y me decían «¡ahí viene uno de los tuyos!». Por su parte, los y las enfermeras tampoco reflejaban el test de Glasgow a la entrada, dato sumamente importante en este caso, al determinar precisamente el nivel de conciencia, por lo que muchos de los datos no los pude registrar, sobre todo si se trataba en este caso de datos retrospectivos.

²² CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. Clasificación de enfermedades mentales. En su apartado F19 hace referencia a los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas entre las que se incluye en primer lugar la intoxicación aguda en la que hace referencia al alcohol.

Las entrevistas a los profesionales se han llevado a cabo en el mismo Servicio de Urgencias por parte de la autora de la tesis, como todo el trabajo de campo. La duración de estas entrevistas ha sido de 20-45 minutos. La información ha sido grabada íntegramente, posteriormente transcrita literalmente y analizada por la misma.

Durante las entrevistas, a los jóvenes se les animaba a explorar sus propios sentimientos, pensamientos, comportamientos y discutir los temas que consideraban más relevantes para ellos. Se hicieron esfuerzos para introducir muchas áreas clave en la medida de lo posible de modo que se pudieran comparar en el análisis. En la mayoría de los casos me esforcé en realizarles la entrevista en la intimidad para que no se sintieran condicionados ni por sus amigos ni por un paciente curioso que estuviera en la camilla de al lado. Casi siempre lo conseguí salvo en los casos en los que eran menores de edad, porque a pesar de que lo intente deseché las entrevistas y cuestionarios por no hallar nada significativo y observar que la presencia de sus padres los coartaba.

Hemos planteado una investigación mixta porque en palabras de Bericat (1998):

Creemos que el investigador social debe estar abierto a la aplicación en cada caso del método y de las técnicas más idóneas [...] No existe método ni técnica perfecta, en muchas ocasiones una adecuada combinación será imprescindible para responder a las preguntas o resolver los problemas que el investigador se plantea.

Aunque los datos cuantitativos obtenidos no son ni mucho menos representativos del problema del abuso de alcohol por los jóvenes, sí que aporta riqueza a nuestros datos cualitativos y se complementan. Según Bericat, el concepto de complementariedad hablando de las metodologías de investigación social es similar al concepto de complementación, donde los métodos cualitativos y cuantitativos en un mismo estudio se usan para medir u observar, en parte coincidentes, pero en parte diferentes, facetas de un mismo fenómeno.

Por otro lado, desde el punto de vista profesional, la metodología elegida para esta investigación ha sido un instrumento de mejora asistencial personal. La necesidad de hacer entrevistas y charlar con los jóvenes tras esta experiencia me ha dado pistas acerca de las carencias asistenciales y de cómo las perciben los jóvenes. El escucharlos e interesarme por sus vivencias ha sido positivo y reconfortante para ellos en el sentido de que alguien sanitario se preocupaba por su conducta y le aconsejaba,

desde la experiencia, a considerar hábitos más saludables, y por otro lado como otras compañeras antes que yo –QUERO (2007)– sentía que estaba ejerciendo más eficazmente mi profesión. Como enfermera, este estudio me ha permitido prestar cuidados realmente individualizados y basados en la necesidad de los jóvenes. Creo que aprehender el mundo de otros nos convierte en mejores profesionales.

Nos planteamos la investigación como un recorrido secuencial, siguiendo el itinerario de los jóvenes desde que salen de marcha hasta que llegan al SUH, son atendidos por el personal sanitario, su estancia en el contexto clínico y se van de alta. Para conocer las conductas, itinerarios, motivos, expectativas sobre el consumo de alcohol en el contexto de ocio, realizamos las entrevistas en profundidad y observación. En el contexto clínico realizamos observación, encuestas de alcohol, test de identificación de abuso de alcohol y conversaciones informales a los chicos y chicas atendidos por IEA. Así mismo, realizamos observación y entrevistas semiestructuradas a los profesionales de urgencias.

2.1.1. Participantes y técnicas de recolección de datos

Los métodos cualitativos elegidos para recolectar los datos de nuestra investigación fueron: observación participante, conversaciones informales, entrevistas en profundidad a los jóvenes que han presentado una IEA, y entrevistas semiestructuradas a los profesionales sanitarios.

a) Observación participante

Dentro de la antropología, y también desde otras experiencias, la observación participante tiene una gran importancia en investigación sanitaria. Esta estrategia de investigación nos va a permitir un primer acercamiento a la realidad de estudio, a la forma de trabajo sanitario, a la población investigada. Además, nos va a mostrar las contradicciones entre las prácticas, las ideologías y los discursos (BLÁZQUEZ, en ROMANÍ ET AL., 2014).

En la observación participante, los investigadores pueden asumir distintos roles, desde no participante a participante completo. Podemos obtener, notas de campo sobre el comportamiento y las actividades de individuos de forma estructurada en diarios de

campo, conversaciones informales e incluso cartas personales (AMEZCUA, 2000). De este modo, nos va a permitir escuchar los discursos tanto de las personas que trabajan en el sistema sanitario, como de las personas a las que va dirigida esta asistencia y observar las interacciones entre ambos.

Esta sección utiliza notas de campo recolectadas durante largos periodos de observación en el hospital, en la sala de urgencias, en la sala de sillones o camillas, con el objetivo de completar los datos de las entrevistas. Los temas considerados son: el comportamiento en la escena desde su llegada a la consulta de Triage, el paso al área de policlínica, en la consulta médica y de enfermería, hasta su ubicación en camillas o sillones dependiendo del estado del paciente. Observamos el trato con el personal asistencial, la interacción entre ambos y las reacciones y sentimientos de los pacientes cuando se recuperan.

Autores clásicos como Taylor y Bogdan (1992) afirmaban que los investigadores deberían abstenerse de investigar escenarios en los cuales tengan una directa participación personal o profesional, argumentando que la proximidad dificultaba la perspectiva crítica. Sin embargo, Óscar Guash (2002) considera que es precisamente la proximidad al fenómeno investigado la que facilita el acceso al campo y a los escenarios. Es más, autores emblemáticos en el campo cualitativo como Berger y Luckman (1984, p. 40) afirman que la mejor manera de observar las subjetividades es llevándolas a cabo en la zona de la vida cotidiana que está más cerca de nuestro alcance, en el mundo donde trabajamos.

La técnica de la observación participante requiere que quien observa acompañe a los actores en su vida diaria o en su trabajo diario, como es mi caso. Mi investigación en el campo es abierta, todos saben que investigo a los jóvenes con intoxicaciones etílicas, pero no saben que los observo a ellos también, con lo cual su actitud es de descanso natural, pues de otro modo se sentirían cohibidos a la hora de trabajar y expresar sus pensamientos. Como dice Guash, en toda investigación lo usual es que se emplee observación participante, abierta para unos pocos (los informantes o porteros) y cerrada para el resto (la mayoría de los observados).

Se realizó observación participante y no participante de lo que ocurría en el Servicio cuando eran atendidos los jóvenes. Desde su acceso al Servicio durante todo sus

recorrido asistencial y el alta. Se registraba en diario de campo. También se fueron registrando escenas callejeras y reportajes gráficos de los jóvenes en plazas y calles en los días de fiesta.

Por mi parte, observé a todos los jóvenes que entraban en el SUH en los turnos en que trabajaba, observaba sus conductas, lo que hablaban, en qué estado llegaban, quién los acompañaba y cómo se relacionaban entre sí, lo que comentaban entre ellos y a mí como sanitario o a mis compañeros enfermeros. Cómo reaccionaban cuando se les atendía en las consultas y su comportamiento en sala de cuidados, y cómo era el despertar en la estancia y la salida del SUH. Se realizó una observación sistemática de todo el proceso asistencial de los jóvenes atendidos por una IEA y de la atención recibida por los profesionales del SUH durante todo el periodo de la investigación de la tesis. Se registraba inmediatamente en cuaderno de campo, para no olvidar los detalles de cada caso en concreto junto con su entrevista y/o conversación informal. Escribía en forma de narraciones libres todo lo que ocurría para después analizar las notas. Descubrí que los jóvenes eran impactados, no solo por el hecho de la actuación técnica del personal médico y del personal de enfermería, sino por el impacto simbólico del hospital como institución, en ocasiones coercitiva.

El proceso de observación-participación trajo aparejada cierta disyuntiva entre observar y participar, es decir, formar parte activamente o mantenerme fuera de la escena. Durante el proceso de observación, utilicé ambos accesos a la información, dependiendo de las circunstancias presentadas en el día en cuestión y teniendo en cuenta las posibilidades más favorables. Según los enfoques positivistas, al investigador se le presenta la disyuntiva entre observar y participar y, si pretende hacer las dos cosas simultáneamente, cuanto más participa menos registra, y cuanto más registra menos participa, es decir, cuanto más participa menos observa y cuanto más observa menos participa. Esta paradoja, que contrapone ambas actividades, confronta dos formas de acceso a la información, una externa y otra interna (GUBER, 200, p. 160).

Este procedimiento de acceso a la información «externo» me ha facilitado observar a jóvenes y profesionales para poder contrastar lo que dicen con lo que hacen, así como ver cómo actúan los profesionales en el proceso de atención y tratamiento, y las actitudes de los jóvenes durante la permanencia en el espacio clínico. Porque, en el

contexto del hospital, los acontecimientos fluyen y surgen espontáneamente, sin necesidad de provocarlos (QUERO, 2007). El ejercicio de observar minuciosamente desde fuera los detalles que previamente me había propuesto, me ha hecho fijarme en situaciones que en mi práctica clínica hubieran pasado desapercibidas por la cotidianidad de las mismas en mi experiencia profesional.

b) Conversaciones informales

Se realizaron 28 conversaciones informales a chicos y chicas atendidos por una IEA en el SUH que accedieron en horario nocturno de fin de semana o festivo durante el año 2014. Estas conversaciones eran realizadas a las personas jóvenes cuando eran dados de alta y estaban conscientes. Indagábamos acerca de sus percepciones y sentimientos cuando despertaban en el contexto hospitalario, y cómo percibían y justificaban su exceso de consumo y cómo argumentaban las diferencias de actitud con la conducta o consumo de los alcohólicos. Se iban registrando los datos en el momento, para después analizar el contenido e identificar las categorías.

Decidí realizar las conversaciones informales al final del trabajo de campo y no estaban planificadas en el diseño metodológico primero. En realidad, sufrí un proceso parecido al que explica Bericat, en cuanto a los procesos de investigación social, en el cual afirma que existen diversas alternativas que tienden a invertir tanto el orden temporal, como la prioridad metodológica de la deducción e inducción. De este modo, dice el autor que una vez elegido el tema de estudio en sentido amplio –consumo de alcohol juvenil– y un contexto concreto donde realizarlo –espacio clínico de urgencias–, la alternativa posible se basa en sumergirnos en la realidad empírica sin la intención de comprobar ninguna teoría social concreta, sino tan solo con la intención de observar los hechos, la situación en sí que se presenta ante nuestra mirada «ingenua». Tras un periodo más o menos largo de observación asistemática y conceptualmente desestructurada, podremos fijarnos en algunos hechos especialmente interesantes que nos sorprendan –discurso de los jóvenes intoxicados y sus amigos– o que no dispongamos de esquemas conocidos que nos expliquen tales hechos –carencia de estudios en el contexto hospitalario–.

Siguiendo a Bericat (1998):

Desde aquí, realizaremos el esfuerzo de comprenderlos y salvar la distancia entre los hechos tal y como se nos presentan, y los conceptos y esquemas en los que debemos aprehenderlos, es entonces cuando el investigador desarrolla nuevos conceptos y esquemas adaptados estrechamente a la realidad observada.

Por ejemplo, en el campo del alcohol Thom y colaboradores (1992) ya utilizaron preguntas abiertas y discusión libre para generar material cualitativo sobre las percepciones de los pacientes y la experiencia clínica en la práctica médica con pacientes con problemas con la bebida, como en nuestro estudio.

Los ambientes biomédicos como los Servicios de Urgencias de los hospitales no están diseñados para la conversación informal o psicoterapéutica, sino que están pensados para el examen fisiológico del individuo. Este paradigma biomédico dificulta el proceso de incorporar en su espacio otros sistemas de salud. En los encuentros entre el personal sanitario y el paciente, actualmente, no hay cabida para explorar factores psicosociales en Urgencias.

A menudo, los pacientes con IEA a los que les realizo mis cuestionarios y con los que tengo conversaciones informales acerca de sus percepciones en el servicio y con los que hablo acerca de su consumo y de sus sentimientos, y la visión que tienen del hospital, tienen reacciones muy distintas, desde agradecimiento por charlar con ellos o te toman como eslabón acogedor en medio de un espacio hostil y amenazador. Sin embargo, el hospital no está diseñado para terapias psicológicas, no solo por la formación biomédica de los profesionales de enfermería y de los profesionales médicos, que no tienen en cuenta los aspectos socioculturales del individuo, sino también por la falta de conocimiento y sensibilidad hacia este tipo de pacientes, pues interpretan sus reacciones como incordiantes y conflictivas y que amenazan con desestructurar el normal funcionamiento del servicio. El paciente tiene que estar callado, ser respetuoso y tiene que dejarse hacer. En el momento que cualquier paciente reivindica algún derecho a decidir sobre su cuerpo o no estar de acuerdo con las normas institucionales, es sancionado o amenazado o se le pone el guardia de seguridad al lado. Es evidente que no hay tiempo para charlas en el espacio de Urgencias y cuando lo hago es porque mis compañeros me permiten ocupar este espacio en detrimento de su volumen de trabajo al dejar de desempeñar yo el mío. Algunas veces me es recriminado, obviamente porque este trabajo no está contemplado entre nuestras funciones, y sin embargo es psicológicamente eficaz y

potencialmente beneficioso como prevención para la salud y moderación del consumo. De hecho, cuando me ausento para seguir con mi trabajo en otro espacio, los jóvenes vuelven a crear conflicto para forzar su salida del espacio clínico.

La finalidad de estas conversaciones era ampliar la comprensión de los discursos de los jóvenes enfocada hacia sus sentimientos y reflexiones sobre su vivencia en el espacio clínico. Indagué acerca del concepto personal de abuso de alcohol e les incité a que realizaran narrativas diferenciales entre sus conductas abusivas y las de los alcohólicos.

A los jóvenes con los que tuve las conversaciones informales, anteriormente y desde su acceso al espacio clínico, les realicé observación participante y no participante de todo lo que ocurría en el itinerario clínico y, posteriormente a la conversación, registraba en formato texto todo lo narrado junto con las notas de campo de la observación.

c) Entrevistas en profundidad a las personas jóvenes con IEA

Se realizaron 11 entrevistas en profundidad de entre media a dos horas de grabación y posterior transcripción literal y análisis del contenido. Estas entrevistas se realizaron fuera del contexto hospitalario posteriormente a la IEA. Se les realizó entrevistas en profundidad a jóvenes de entre 18-29 años que han sido atendidos por una intoxicación etílica aguda en Urgencias y han accedido a ser entrevistados y grabados. Aunque en un principio la idea era realizar las entrevistas a los jóvenes que hubiese podido atender y observar en el SUH, no me fue posible el acceso a todos, por lo que tuve que reclutar a los sujetos siguiendo la técnica de bola de nieve, accesibilidad y voluntariedad, y que cumplieran los criterios establecidos.

Las entrevistas en profundidad que en un principio iban a suponer el grueso del trabajo de campo de mi tesis se tornó insuficiente debido a los problemas que ya he expuesto, pues solo pude realizar 11 entrevistas y tuve por tanto que reforzar la recolección de datos con otras técnicas.

No obstante, me cité con los jóvenes unas veces en mi domicilio, otras veces en un despacho de la facultad, otras veces en su domicilio. Donde mejor les pareciera a ellos

y que pudiéramos tener intimidad y sin ruidos que distorsionaran a la hora de grabar. De este modo, pude tener encuentros cara a cara con mis informantes dirigidos hacia una comprensión de su perspectiva respecto del consumo de alcohol en sus vidas y de cómo vivieron su experiencia en el Servicio de Urgencias expresados con sus propias palabras.

A través de la entrevista pretendía comprender la conducta de estos jóvenes y cómo racionalizaban su consumo, comportamientos, motivaciones en el área recreativa, así como la experiencia asistencial vivida en el Servicio de Urgencias. Las entrevistas han sido realizadas íntegramente por la autora de la tesis. Todas las entrevistas se realizaron de manera anónima y previo consentimiento informado y firmado por escrito. Por mi condición de enfermera, en las entrevistas en profundidad intenté alejarme del contexto clínico para realizarlas y adoptar el rol de investigadora/antropóloga. En todo momento tuve presente el consejo de expertos que dicen que es especialmente importante en el tema de la salud y las drogas mantener una postura excéntrica, favoreciendo una visión no internista ni sanitarista (ROMANÍ, 1999). Especialmente porque me interesaba extraer de sus narrativas conceptos sobre motivaciones, conductas de consumo, relaciones con la sustancia, etc.

Al realizar las entrevistas he tenido en cuenta las consideraciones de autores como Hammersley y Atkinson (1995), reconociendo que en la práctica ni el investigador o investigadora hace preguntas simplemente, ni los informantes las contestan simplemente, puesto que preguntas y respuestas van a estar influidas por sus mundos sociales. En este orden de cosas, cuando un chico o chica nos dice algo sobre sí mismo, lo hace mediante un ejercicio reflexivo desde donde se sitúa y nos sitúa a nosotros en el marco de una relación social. Lo que nos dice tiene que ver con el papel que desea asumir frente a nosotros, pero también con la imagen que se ha formado respecto del papel que nosotros le hemos asignado (MERLINSKY, 2006). Este hecho lo he tenido en cuenta en mi investigación ya que considero que, especialmente en este contexto médico y ante una profesional de salud, es posible que los jóvenes argumentaran sus narraciones en torno a un concepto de sí mismos como bebedores de alcohol responsables, porque entienden que en este contexto es lo que se espera de ellos.

En un principio me interesaba recabar información sobre conductas de riesgo, en especial en el consumo de alcohol por los jóvenes pero descubrí que encontraba las mismas respuestas que pudiera obtener en cualquier lugar de ocio (como cabía esperar) puesto que sus actitudes y conductas en cuanto a consumo son las mismas en general. Pero ¿qué tenía de novedoso lo que yo quería encontrar en el contexto de urgencias? ¿Son especialmente diferentes los jóvenes que acceden al Servicio de Urgencias de los que no acceden? ¿Mantienen otras conductas especiales o diferentes a su grupo de iguales? Puesto que no eran diferentes sus conductas que las de sus pares, me interesaba indagar en otro sentido. ¿Cuál era su experiencia en nuestro servicio? ¿Qué esperaban del sistema de salud? ¿Es exclusivamente un uso instrumental? Lo que me llevó a ampliar mis preguntas y centralizar mi investigación en el hecho asistencial y qué les aportaba.

d) Entrevistas semiestructuradas al personal sanitario

Así mismo, se realizaron 18 entrevistas semiestructuradas al personal de enfermería y personal médico del Servicio de Urgencias del HUVN donde son atendidos los jóvenes con IEA. Se realizaron 10 entrevistas al personal médico y 8 al personal de enfermería. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente preguntando acerca de sus opiniones y percepciones sobre la atención a este tipo de pacientes en nuestro servicio. Después fueron analizadas una a una e identificando las categorías.

Observé la escasez de estudios publicados de este tema, por lo que me interesaba saber su postura al respecto. Investigué acerca de sus opiniones, percepciones y actitudes ante el problema del alcohol en general y en el contexto de urgencias en particular. Indagué sobre la atención a estos jóvenes por el personal sanitario así como su opinión acerca de la posibilidad de una atención diferente y mejor.

Los objetivos se centrarían en estudiar la perspectiva de los profesionales sobre el consumo de alcohol en la adolescencia en general y los atendidos en nuestro servicio en particular. El muestreo ha sido intencional, según los perfiles establecidos, entre los profesionales que trabajan en el SUH. Seleccionamos a los profesionales que tuvieran un perfil diverso para valorar el máximo de posibles cogniciones acerca de la conducta abusiva de alcohol.

Los criterios de segmentación establecidos fueron:

Experiencia: Con experiencia amplia en el servicio (10 años de servicio o más) o nuevo en el servicio (alrededor de un año de experiencia en el servicio).

Hijos adolescentes: Con hijos adolescentes o sin hijos adolescentes.

Criterios de consistencia interna: Sexo y edad.

En principio se contó con cuatro perfiles, previendo la inclusión de tres personas por cada uno (o hasta lograr la saturación de la información).

La entrevista se confeccionó según un guión realizado *ad hoc* para esta investigación. Dicho guión ha tenido como objetivo explorar las opiniones del personal sanitario y ha sido igual para todos los profesionales. Ha incluido aspectos acerca de a) idoneidad de la atención; b) prevención e intervención; c) percepción gravedad; d) percepción de estigma; e) idoneidad del servicio; f) el papel de los profesionales ante las IEA.

2.1.2. Análisis cualitativo de los datos

a) Análisis de datos de las notas de campo de la observación participante

Se realizó en primer lugar un análisis del contenido manifiesto para posteriormente centrarnos en el contenido latente. Se realizó un proceso de codificación y extracción posterior de un índice de conceptos. Una vez ordenada y clasificada la información, se realizó un análisis inductivo en el que los patrones, los temas y categorías emergieron de los datos, realizando una comparación constante con los datos obtenidos de las demás fuentes y con las ideas y teorías de otros autores.

b) Análisis de los datos de las conversaciones informales

El análisis utilizado para el tratamiento de los datos ha sido el análisis del contenido manifiesto y latente.

Los y las jóvenes entrevistados utilizan el relato para construirse a sí mismos presentando una forma coherente de sí mismos, haciendo inteligible y significativo su relato cuando reflexionan sobre su conducta de consumo (PIÑA, 1989).

Los datos en la investigación cualitativa emergen de los discursos por lo general escritos. Un discurso es aquello que los sujetos dicen o manifiestan espontáneamente, como deseos, creencias, valores del hablante que exigen ser comprendidos e interpretados (ORTÍ, 1989, p. 198). Se intenta explicar la realidad social a través de los discursos de las personas que están viviendo esa realidad (ALONSO, 1998).

Se llevó a cabo un análisis de contenido. Tras la primera lectura general de las transcripciones, se realizó una primera identificación de códigos y categorías. Se realizó en primer lugar una codificación libre y posteriormente se realizó un segundo proceso de codificación dando entrada a procedimientos deductivos, y por tanto, tomando en consideración algunos términos clave identificados en la literatura. Esta primera confrontación de categorías sirvió para identificar criterios y unidades temáticas de interés y crear una guía de codificación. Como forma de conceder una mayor confiabilidad al proceso de análisis, antes de pasar a la codificación de todo el material, se llevó a cabo una selección de unidades de significado procedentes de las distintas entrevistas. Este proceso de triangulación permitió cotejar las categorías desarrolladas, testando así el nivel de consistencia y resolviendo las discrepancias surgidas. Tras el proceso de codificación, se extrajeron en forma de *verbatim*s las unidades de análisis en las que se identificó un contenido manifiesto o latente relacionado con nuestros objetivos. El análisis de estos datos permitió el establecimiento de interrelaciones entre los conceptos.

Las dimensiones de análisis de las conversaciones informales fueron:

- Narración personal de lo ocurrido
- Justificaciones de abuso
- Percepciones/sentimientos en contexto clínico
- Comportamiento en urgencias/interacción con personal sanitario
- Reflexiones/narraciones sobre adicción

c) Análisis de los datos de las entrevistas en profundidad

La estrategia de análisis ha consistido en el análisis del contenido, cuya característica principal radica en que la recogida de datos y análisis se efectúan de manera simultánea puesto que es necesario comparar la realidad observada con el análisis emergente, volviendo una y otra vez a los datos para ascender progresivamente hacia

la mayor comprensión de los mismos y dar consistencia a las interpretaciones (AMEZCUA ET AL., 2002). En este mismo orden de cosas, Silverman (2003) propone una línea de aproximación al análisis de las entrevistas que denomina enfoque narrativo y que se apoya en el análisis conversacional buscando identificar secuencias en la conversación, examinando cómo los entrevistados asumen roles diferentes a lo largo de la narrativa, centrándose en párrafos emergentes de significado y trabajando en retrospectiva para trazar la trayectoria mediante la cual esos significados emergentes se producen. La riqueza y utilidad de los relatos para investigar la experiencias subjetivas implicadas en procesos corporales tales como la experiencia de una pérdida de conciencia por el abuso de alcohol, constituyen una vía privilegiada para acceder al terreno de la subjetividad (ZAKRZEWSLO Y MARK, 2004).

La presentación de los datos consiste en un pasaje textual extraído del discurso del informante donde se identifica o ilustra la proposición propuesta por la autora.

Dimensiones de análisis

1 Bloque aspectos generales

- Contexto familiar
- Contexto cultural
- Contexto laboral y económico
- Creencias político-religiosas
- Relaciones: Familiares – amigos – pareja
- Aspectos generales de la vida

2 Bloque hábitos de consumo: alcohol y otras drogas

- La salida
- Experiencia primer consumo
- Consumo de riesgo
- Carrera de consumo de alcohol
- Conductas de riesgo

3. Bloque salud/enfermedad

- Concepto de salud
- Problemas de salud
- Salud psíquica

- Consumo de drogas

4. Bloque experiencia en Urgencias

- Acceso a Urgencias
- Toma de decisiones
- Desencadenante del proceso asistencial
- Atención en Urgencias
- Valoración de la atención
- Cambio de conducta posterior a la experiencia

d) Análisis de los datos de las entrevistas individuales al personal sanitario

Las entrevistas a los profesionales han sido grabadas íntegramente y transcritas literalmente. Se ha realizado un análisis de contenido del texto transcrito. Los discursos son analizados para su categorización y codificación. Este proceso nos va a permitir codificar los discursos mediante una serie de categorías que clasifican las diferentes dimensiones, con sus propiedades y atributos. Del mismo modo, conoceremos qué se desprende de los discursos y que nos permita describir y sintetizar las respuestas obtenidas para su interpretación y conclusiones. Las categorías de análisis serán planteadas desde la lectura detenida de los discursos obtenidos y atendiendo a los aspectos emergentes del mismo.

Las dimensiones de análisis de las entrevistas a los profesionales sanitarios fueron las siguientes:

- Percepción del consumo de alcohol como problema de salud.
- Experiencia y actitudes en la atención a jóvenes que han abusado del alcohol.
- Percepción sobre la importancia relativa que se le da en los Servicios de Urgencias.
- Idoneidad de los SUH para atender este tipo de pacientes.
- Atención propuesta para este tipo de pacientes.
- Atención diferencial según sexo.

2.2. El abordaje cuantitativo de las Intoxicaciones Étlicas en los Servicios de Urgencias

A través de una etnografía, uno puede obtener toda suerte de datos cualitativos, pero también puede obtener informaciones cuantitativas de diverso tipo que enriquecen el conjunto de la investigación (ROMANÍ, 1995).

A menudo la investigación cuantitativa se describe en términos de oposición a la investigación cualitativa. El trabajo cuantitativo se asocia a mayor positividad epistemológica, empleando datos duros, para centrarse en el hecho y en lo objetivo en vez de lo interpretativo o creativo que sugiere una investigación cualitativa más centrada en estudios menos estructurados, que producen textos largos y mayor número de datos de un número reducido de individuos investigados (MARTIN Y STENNER, 2004).

La recogida de datos de este método se caracteriza por ser sistemática estructurada. El análisis se basa en la estadística, con el fin de cuantificar la realidad social las relaciones causales y la intensidad (CEA D'ANCONA, 2001).

2.2.1. Participantes y técnicas de recolección de datos

Los instrumentos utilizados para la recopilación de datos de nuestro estudio fueron diversos. Utilizamos datos obtenidos de la revisión de HC, realizamos encuestas sobre alcohol y cuestionarios AUDIT a los jóvenes atendidos por IEA en el SUH.

a)Revisión de Historias Clínicas

Para la obtención de los datos de las **Historias Clínicas** se realizó una base de datos *ad hoc* donde se introdujeron los datos recopilados retrospectivamente de cerca de 400 historias clínicas de pacientes atendidos por causa de IEA. Más tarde se analizaron las variables y se relacionaron unas con otras para obtener los resultados.

Los datos registrados fueron los que posibilitaron los registros de las HC, en su mayoría datos demográficos, clínicos, motivo de consulta, prioridad de la atención,

duración de la estancia en Urgencias, cantidad de ingesta alcohólica, consumo de otras sustancias, antecedentes clínicos y utilización de recursos sanitarios que detallamos a continuación.

Se recopilaron las Historias Clínicas de las personas jóvenes (18-29 años) que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, tras un episodio de abuso de alcohol durante los años (2008-2014) en horario de 22:00 a 08:00.

Se ha realizado una revisión retrospectiva de 312 HC de pacientes jóvenes atendidos por IEA de los últimos seis años. Fueron seleccionadas por muestreo consecutivo, cumpliendo los criterios de selección. Se ha realizado un estudio observacional y descriptivo, analizando variables cualitativas y cuantitativas para la obtención de los objetivos planteados.

Variables del estudio

Variables socio/demográficas:

- **Edad** : Operativizamos agrupando en:
 - Menores de edad
 - De 18-21 años
 - De 21-24 años
 - De 25-29 años
- **Sexo**. Hombre (H) o Mujer (M)
- **Población o Ámbito de residencia**. Anotamos el lugar actual de residencia y lo operativizamos a través de dos opciones: procedencia **rural o urbana**.
- **Motivo de Consulta**: El motivo de consulta por el que acude el paciente queda registrado por la enfermera en su Historia Clínica durante la recepción del mismo en la consulta de Triage.

En nuestro caso en concreto es posible registrar el motivo de consulta de una IEA por diferentes discriminadores: nivel de conciencia alterada, agresión, historia inapropiada, intoxicación etílica, ingesta alcohólica, etc, lo que dificulta seriamente la extracción de datos e identificar a los pacientes por su verdadero motivo de consulta, que sería una IEA. En este estudio hemos elegido los más recurrentes para visibilizar esta realidad (ver en resultados).

- **Prioridad.** Se trata de conocer el grado de prioridad en la atención que han necesitado los jóvenes con IEA a su llegada al SUH y que es adjudicado en la consulta de Triage.

El Triage en Urgencias es un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en base a su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico (**Tabla 1**).

Tabla 1. Clasificación de prioridad asistencial asociada a tiempos de espera.



Fuente: Clasificación del Sistema Manchester de Triage.

La Clasificación de los pacientes en Urgencias se realiza por orden de prioridad asociada a la gravedad del proceso. En nuestro hospital se realiza un tipo de Triage que discrimina a los pacientes por colores/números/tiempo de espera según la gravedad del proceso por el que acude: Rojo-1, Naranja-2, Amarillo-3, Verde-4, Azul-5. Conocer la prioridad con que es atendido el paciente nos aporta datos acerca del estado de embriaguez con el que acude.

- **Nacionalidad.** Anotamos las nacionalidades de los jóvenes y después operativizamos en dos opciones: nacional o extranjero.
- **Acompañante.** Los jóvenes que son atendidos en los SUH o tienen el nivel de consciencia alterado, o están vomitando y con gran malestar general, por lo que necesitan transporte y ayuda para acudir. Nos interesaba saber quién o quiénes lo traían a Urgencias.

Hemos recogido las siguientes opciones:

- Familiares
 - Amigos
 - Pareja
 - Ambulancia
 - Guardia Civil
 - Solo
 - Otros
- **Estancia media.** Anotamos hora de entrada y salida del paciente para el cálculo en minutos de la estancia media en nuestro servicio.

Variables clínicas

- **Cantidad de la ingesta alcohólica.** Recogemos la cantidad de alcohol que el paciente afirma haber tomado y tomamos como medida la **UBE** (Unidad de Bebida Estándar). En España 1 UBE equivale a 10 g de alcohol puro. Se considera bebedor de riesgo un consumo semanal de 28 UBE (hombre) y 17 UBE (mujer) o la ingestión concentrada de 5 UBE o más en una sola ocasión, al menos 4 veces en el último mes (PNSD, 2007). La Unidad de Bebida Estándar es una forma rápida y práctica de conocer los gramos de alcohol consumidos y presenta una tabla de equivalencia con la cantidad de bebida alcohólica ingerida para calcular el consumo (**Tabla 2**).

Tabla 2. Unidades de Bebida Estándar.



TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	Nº DE UNIDADES DE BEBIDA ESTANDAR (UBE)
VINO	1 VASO (100cc.)	1
	1 litro	10
CERVEZA	1 CAÑA (200cc.)	1
	1 litro	5
COPAS	1 CARAJILLO (25cc.)	1
	1 COPA (50cc.)	2
	1 COMBINADO (50cc.)	2
	1 litro	40
GENEROSOS	1 COPA (50cc.)	1
	1 VERMUT (100cc.)	2
	1 litro	20

Fuente: Campaña Alcohol y menores. 2007. PNSD.

- **Tensión arterial (TA).** Baja: TAS <90mgHg – Alta TAS mgHg >130mgHg
- **Frecuencia Cardíaca (FC).** Cuantitativa. Baja FC <50lpm – Normal 60-90lpm – Alta >100lpm
- **Saturación de Oxígeno.** SaO₂. Cuantitativa. Baja < 90% Normal > 90%
- **Glucemia capilar.** Hipoglucemia <60mg/% Normal entre 90-120mg/% Hiperglucemia >120mgr/%
- **Ph en sangre (GSV).** Cuantitativa. Alcalosis > 7,44 Normal 7,36-7,44 Acidosis <7,36.
- **Nivel de consciencia.** Medida a través de la escala de Glasgow.²³
- **Drogas asociadas.** Recogeremos de la anamnesis si el paciente refiere haber consumido otras drogas y qué tipo de droga. Registramos los distintos tipos de

²³ **Escala Glasgow.** Los parámetros que evalúa la escala de Glasgow son las respuestas a la apertura de ojos, la respuesta verbal y la respuesta motora y, según cómo responda el paciente con IE, le otorgaremos una puntuación a cada una de estas respuestas y sumándolas todas obtendremos el grado de gravedad según la escala de Glasgow. Las Categorías del grado del estado del paciente según la escala de Glasgow son: leve entre 14-15, moderado entre 13-9 y grave desde menor de 8.

drogas y sus asociaciones y después agrupamos en drogas ilegales, drogas legales y fármacos.

- **Enfermedades asociadas y tipos de enfermedad.** Revisamos los antecedentes personales de los pacientes y anotamos aquellos que padecían alguna enfermedad. Registramos las más frecuentes:
 - Metabólicas
 - Respiratorias
 - Cardiacas
 - Digestivas
 - Psiquiátricas
 - Otros

Una vez identificados los sujetos, se han revisado una a una las HC para obtener las variables necesarias y se han registrado en una plantilla de datos diseñada *ad hoc*.

Limitaciones del estudio

Consideramos la posibilidad de un posible sesgo de selección, puesto que al hacer la selección a partir de las personas que ingresan en la franja horaria 22:00 a 8:00, quedarán por fuera todos los sujetos que sean atendidos a otra hora, aunque creemos que son pocos sujetos, ya que el patrón de consumo nórdico instaurado en la juventud coincide con el fin de semana y a horas nocturnas.

Por otro lado, al tratarse de un estudio retrospectivo y no existir un protocolo establecido de pautas de actuación ni de baterías analíticas para los pacientes con IEA, queda pues a criterio del médico o médica que los atendió, y en ocasiones no han incluido algunas de las variables requeridas, dando lugar a un porcentaje de datos perdidos.

b) Cuestionarios de identificación de abuso de alcohol. Test AUDIT

Se realizaron 80 cuestionarios AUDIT de pacientes atendidos con IEA en el Servicio de Urgencias y que se introdujeron en una aplicación informática realizada *ad hoc*, para facilitar el análisis cuantitativo de la muestra (**ilustración 3**).

Utilizamos este cuestionario para identificar de entre los jóvenes atendidos en el SUH por una IEA aquellos que presentaban un abuso de alcohol mantenido en su trayectoria de consumo. Los sujetos elegidos fueron aquellas personas jóvenes que acuden a SUH tras un episodio de abuso de alcohol y se les ha podido realizar el cuestionario AUDIT (**Anexo I**).

Los Criterios de inclusión elegidos fueron todos los jóvenes atendidos en el SUH con edades entre 18-29 años por causa de IEA en horario de 22:00h a 8:00h y que estén dispuestos a realizar el cuestionario. Se excluyeron por tanto aquellos jóvenes atendidos por IEA que se negaron a realizar el cuestionario o que pidieron el alta voluntaria.

Las Variables de estudio fueron:

Variable principal

- **Consumo abusivo:** s/n. Puntuación máxima de 40 puntos, con un punto de corte de 8 en varones y de 7 en mujeres.

Variables secundarias

- **Consumo de riesgo:**
 - Frecuencia de consumo (5 categorías)
 - Cantidad típica
 - Frecuencia de consumo elevado
- **Síntomas de dependencia**
 - Pérdida del control sobre el consumo
 - Aumento de la relevancia del consumo

- Consumo matutino: s/n

- **Consumo perjudicial de alcohol**
 - Sentimiento de culpa tras consumo: s/n
 - Lagunas de memoria: s/n
 - Lesiones relacionadas con el Alcohol: s/n
 - Otros se preocupan por el consumo: s/n

El método utilizado para la recogida de los datos ha sido el cuestionario AUDIT. Posteriormente se han incluido los datos en una plantilla, realizada *ad hoc* para su análisis. El cuestionario se ha realizado cuando el/la paciente va a ser dado de alta por la mejoría de los síntomas de intoxicación y previo consentimiento informado del paciente.

Ilustración 3. Plantilla de la hoja de registro del test AUDIT.

TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Id

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (Si nunca a consumido pase a las preguntas 9-10)

¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 es cero

¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de beber mucho el día anterior?

¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

Fuente: Elaboración propia a partir del test AUDIT.

El cuestionario AUDIT explora la cantidad y la frecuencia de consumo, la presencia de trastornos relacionados con el abuso de alcohol, la dependencia y las consecuencias de su consumo así como para el cribado de consumidores de riesgo. Consta de 10 preguntas con información sobre el consumo de alcohol y se realiza en un tiempo aproximado de 2 minutos. Las preguntas puntúan de 0 a 4 salvo la 9 y 10 que pueden puntuar 0, 2 o 4. Una vez realizado el cuestionario, se suman las puntuaciones y se apunta el total. Se considera consumo de riesgo y perjudicial puntuaciones iguales o superiores a 7 para las mujeres y 8 para los hombres.

Antes de decidir qué cuestionario homologado utilizaría para mi investigación, realicé una revisión bibliográfica sobre los test sobre alcohol que se han utilizado para identificar trastornos de consumo de alcohol, puesto que en principio mi mirada hacia los jóvenes que consumían alcohol se centraba en conductas de riesgo. Me decanté por el test AUDIT, porque me parecía que las dimensiones de análisis coincidían con mis expectativas de estudio. Sin embargo, en España había sido utilizado solo en AP y tenía dudas sobre si sería el idóneo para el contexto de Urgencias. Me puse en contacto con Antoni Gual, médico psiquiatra especialista en adicciones, con amplia experiencia en utilización de este test, quien me animó a utilizarlo en contexto

hospitalario de Urgencias. No obstante, hice una prueba piloto durante tres meses en el Servicio de Urgencias para explorar su viabilidad en este entorno.

c) Encuestas de alcohol a las personas jóvenes con IEA

Se realizaron 82 encuestas sobre alcohol, cuyos datos también se introdujeron en una plantilla realizada *ad hoc* para que fuera más fácil el análisis (Ilustración. 4).

Tras realizarle la encuesta AUDIT, les hacía una serie de preguntas más abiertas acerca de temas relacionados con el consumo de alcohol y su acceso y estancia en el SUH. Los sujetos de estudio fueron los jóvenes (18-29 años) que acudieron a SUH tras un episodio de abuso de alcohol y se les pudo realizar la encuesta *ad hoc* para IEA.

Variables de estudio

1. Variables Dependientes

- Cantidad de la ingesta medida en UBE.
- Percepción de la atención: En 2 categorías: Muy bueno/bueno y regular/malo

2. Variables Independientes

- **Socio/demográficas:**
 - Edad
 - Sexo
 - Población (según código postal)
 - Domicilio: familiar / residencia / independiente
 - N.º miembros de la unidad familiar
 - Nivel de estudios: Sin estudios y enseñanza primaria / E. secundaria / No Universitaria / Universitaria (International Standard Classification Educational)
 - Ocupación: eventual / fijo / cuenta ajena (Clasificación Nacional de Ocupaciones. CNO-94)
 - Padres: casados y pareja de hecho / separados.
 - Ocupación de la madre: Directivos / Mandos y Especialistas / Personal no cualificado (CNO-94).
 - Ocupación del padre: Directivos / Mandos y Especialistas / Personal no cualificado.
 - Otros: parado / jubilado
- **Características del entorno de los jóvenes**
 - Tipo de consumo alcohólico
 - Consumo hachís: s/n
 - Consumo de anfetaminas: s/n
 - Consumo de cocaína: s/n

- Consumo de tabaco: s/n
- Consumo de heroína: s/n
- Consumo de psicofármacos: s/n
- **Trastornos alimentarios:**
 - Régimen o restricciones: s/n
- **Actividades de riesgo practicadas por el consumo de alcohol:**
 - Relaciones sexuales sin protección: s/n
 - Conducción de vehículos: s/n
 - Peleas: s/n
- **Itinerarios de consumo**
 - Consumo en botellón: s/n
 - Consumo domiciliario: s/n
 - Consumo en discotecas o pub
 - Otros
- **Motivos de acceso a Urgencias:**
 - Miedo: s/n
 - Coma o inconscientes: s/n
 - Vómitos incoercibles: s/n
 - Otros
- **Acceso:**
 - Intención: propia / amigos-familiares
 - Reincidente: s/n
- **Expectativas:**
 - Atención sanitaria exclusivamente s/n
 - Ayuda psicológica: s/n
 - Recomendaciones preventivas: s/n
 - Derivación a centro especializado s/n

Para la recopilación de los datos se ha diseñado una encuesta de alcohol *ad hoc* para realizarla a los chicos y chicas con IEA de los SUH, que consta de una serie de preguntas cortas acerca de factores relacionados con el consumo y de su percepción acerca de la atención asistencial.

Ilustración 4. Plantilla de la hoja de registro de las encuestas de alcohol.

ENCUESTA A PACIENTES CON INTOXICACIONES ETÍLICAS EN URGENCIAS

Id **Fecha** **Hora**

Edad **Sexo** **Localidad**

Estudios **Curso** **Trabajo** **Dónde**

Trabajo de la madre **Nivel estudios de la madre** **Trabajo del padre** **Nivel estudios del padre**

Percepción de clase social

¿Qué días de la semana sueles beber?

Sólo los fines de semana (Señale más de un día, si se da el caso)

 Jueves Viernes Sábado Domingo

 A diario

 Cuando surge aunque no sea fin de semana

¿Cuáles son las actividades normales que realizas cuando sales de marcha?. Por orden

Beber en su domicilio

Botellón

Bares de Tapas

Pub

Discotecas

Otros

¿En qué lugar has bebido hoy?

En casa de un amigo

 Botellón

 Bares de tapas

 Discoteca

 Pub

 Otros

¿Con quién sueles salir de copas?

Amigos/as

 Novio/a

 Conocidos

 Solo para ver con quien me encuentro

 Otros

¿Cuándo has tenido una copas de más, has realizado alguna de las siguientes actividades que no hubieras realizado en caso de estar sobrio?

Relaciones sexuales sin protección o con alguien que no querías

 Conducir un vehículo

 Subir al vehículo de alguien que ha bebido

 Te has visto implicado/a en alguna pelea

 Otros

¿Aproximadamente a qué hora sales de marcha? **¿A qué hora te recoges?**

¿Cómo te desplazas a la zona de copas?

Andando

 Moto

 Coche

 Autobús

¿Cuándo vas de marcha, consumes algunas sustancias además de alcohol?

Hachis

Anfetaminas

Cocaína

Tabaco

Heroína

Psicofármacos

¿Qué motivo te trae a urgencias?

Miedo a entrar en coma

 Porque te traen tus amigos

 Porque te sientes muy mal

 Porque no paras de vomitar

 Porque estas inconsciente

 Otros

¿Cuándo sales de marcha piensas en la posibilidad de tener que venir a urgencias?

¿Has venido a urgencias en más ocasiones por la misma causa? **¿Cuántas veces?**

¿Te has emborrachado en otras ocasiones pero no has venido a urgencias? **¿Cuántas veces?**

¿Qué crees que ha ocurrido para que hayáis terminado en urgencias?

No he comido

Bebido más de la cuenta

Me ha sentado mal

No lo sé

Otros

¿Crees que el hecho de ser chico/a crea diferencias a la hora de consumir alcohol?

¿Qué diferencias crees que existen acerca de la forma de consumir entre chicos/as?

Los chicos beben más

Los chicos aguantan más

Las mujeres metabolizan peor

¿Crees que está peor visto que se emborrache una chica que un chico? ¿Por qué?

¿Qué esperas recibir en cuanto a asistencia se refiere en el servicio de urgencias?

Pasar la borrachera

Ayuda psicológica

Recomendaciones preventivas

Información y derivación a otros centros de ayuda

Otros

¿Cómo calificarías el trato que has recibido del personal sanitario?

Fuente: Elaboración propia.

2.2.2. Análisis de los datos cuantitativos

Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables recogidas. Para las variables cualitativas se ha estimado las frecuencias absolutas y relativas; para las variables cuantitativas, media, mediana, desviación típica, máximos y mínimos. Se ha realizado un análisis bivariante para estudiar la relación de todas las variables recogidas en las Historias clínicas con el sexo. En el caso de variables cualitativas, se ha realizado tablas de contingencia y se ha calculado el estadístico chi-cuadrado de Pearson o Fisher. Para las variables numéricas se ha utilizado el test t de Student. La normalidad de las variables se ha contrastado con el test de Shapiro-Wilks. El mismo análisis se ha realizado con las preguntas del test AUDIT y el cuestionario de alcohol. Se considera significativo un valor p inferior a 0,05. Los datos se han analizado con el software IBM SPSS Statistics 19.

Para concluir, referiremos que como no era posible abordar un formato concreto para todos los problemas que se pueden plantear en una situación de IEA en un Servicio de Urgencias, nos pareció que las entrevistas eran un excelente método. El ambiente informal de la entrevista alentó a los participantes a ser abiertos y reflexivos acerca de sus experiencias, permitiendo a la entrevistadora localizar los significados que los entrevistados daban a los acontecimientos, procesos y estructuras de sus vidas (MILES Y HUBERMAN, 1994). Los cuestionarios sobre abuso de alcohol y las encuestas de alcohol cortas, las conversaciones informales y la observación, eran realizados *in situ* cuando los pacientes estaban conscientes y previo al alta por mejoría de sus síntomas. Las entrevistas en profundidad eran realizadas fuera del contexto hospitalario, previo

acuerdo con los pacientes, y explicado el propósito y firmado consentimiento informado.

2.3. Aspectos éticos

Con el fin de generar los datos más fiables, los sujetos de la investigación cualitativa deben de estar seguros de que su anonimato será protegido en todo momento y de que pueden hablar y comportarse con honestidad y abiertamente (JONES, 1985). Además es necesario ganarse la confianza de todos los participantes en el estudio a través de garantías habituales de confidencialidad y una actitud sin prejuicios. Para ello he construido un sistema de codificación de los encuestados de manera que cada entrevista se pueda documentar sin ningún nombre real ni revelación de lugares específicos.

Los cuestionarios se han registrado en una base de datos que no contiene datos que permitan identificar a un sujeto determinado ni ningún dato identificativo de carácter personal. Se ha solicitado el consentimiento a todos los pacientes participantes en el estudio mediante el formulario específico diseñado. (**Anexo II**). Los formularios de consentimiento informado firmados por los pacientes se conservan en el archivo de la investigadora bajo custodia.

La investigación pasó por el Comité ético del hospital previo permiso oficial en el Departamento de investigación del hospital. Las consideraciones éticas se han aclarado en el momento de contactar con los sujetos, explicando la confidencialidad de la información recogida, la necesidad de grabar las entrevistas [en las que fue necesario] y el objetivo del estudio.

En todo momento se ha mantenido la confidencialidad de la información con arreglo a lo estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre que regula la Autonomía del Paciente y los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

Capítulo 3

LOS JÓVENES QUE PRESENTAN UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. UNA APROXIMACIÓN CUANTITATIVA

Este capítulo responde a los objetivos específicos acerca de comparar y describir los perfiles de los jóvenes que acudieron a urgencias por IEA, así como conocer la perspectiva de los chicos y chicas acerca del consumo de alcohol en el contexto del ocio, y qué esperan recibir de su asistencia en el Servicio de Urgencias; y al mismo tiempo identificar a los bebedores abusivos, esto es, aquellos jóvenes con consumo problemático de alcohol.

Para responder a nuestros objetivos hemos realizado una revisión retrospectiva de 312 HC de pacientes atendidos por IEA en los últimos cinco años, de los que se seleccionaron de manera intencional 82 pacientes a los cuales se les realizó una encuesta sobre consumo de alcohol y el test AUDIT.

Se ha utilizado un estudio observacional-descriptivo analizando variables cualitativas y cuantitativas para la obtención de los objetivos planteados. Para las variables cualitativas se han estimado las frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas, la media, desviación estándar y rango. Se ha realizado un análisis bivariante de todas las variables, desagregadas por sexo.

Los resultados han sido descritos en tres apartados. En la primera parte se describen los datos registrados en las historias clínicas acerca de los perfiles de los chicos y chicas que acceden a Urgencias por intoxicación etílica. A continuación, se atiende a cuestiones tales como datos sociodemográficos (edad, sexo, residencia, nacionalidad), antecedentes clínicos de relevancia y consumo de alcohol y drogas.

En el segundo apartado se describen los resultados de las entrevistas sobre alcohol realizadas en el Servicio de Urgencias, comenzando en primer lugar con algunas

características socioculturales de los jóvenes y sus padres e indagamos acerca de sus conductas habituales en el contexto del ocio recreativo, principalmente sobre consumos de alcohol y sustancias, así como otras conductas de riesgo. Por otro lado, respondemos a la visión de los jóvenes acerca de por qué acceden y qué esperan de la atención en el Servicio de Urgencias, así como sobre sus valoraciones personales sobre género e intoxicación.

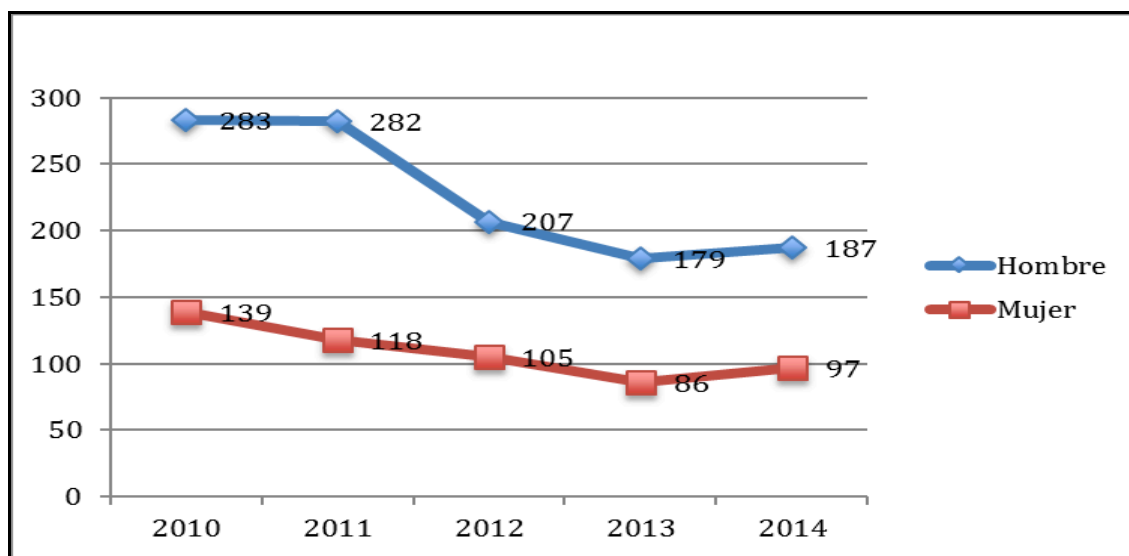
Para terminar, el tercer apartado responde a la identificación de bebedores abusivos entre el grupo de jóvenes entrevistados intencionalmente, analizando cuestiones acerca de consumos por atracción y síntomas relacionados con este tipo de consumos, como falta de control, remordimientos tras el consumo o agresividad.

En cuanto a los datos específicos de las Urgencias del HUVN, a continuación realizamos una descripción gráfica de la evolución temporal de los registros de Urgencias por intoxicación etílica de la franja etaria 18-29 años, diferenciado por sexo en el período de nuestro estudio en los años 2010-2014.

Evolución temporal de las intoxicaciones etílicas entre 2010-2014.

Los casos incluidos en este apartado pertenecen a los registros de Urgencias entre 2010 y 2014. En general, los registros por intoxicación etílica mostraron una tendencia descendente durante el periodo de 2010 a 2013 y comenzaron a ascender el año 2014. Con respecto a la evolución por sexo, los varones mantienen su incidencia anual durante los años 2010 y 2011 y esta comienza a descender a partir del 2012, mientras que las mujeres han ido descendiendo desde el principio hasta empezar el ascenso junto con los varones en el 2014. En total, fueron atendidos 1.683 chicos y chicas, de los cuales fueron 1.138 varones y 545 mujeres de edades comprendidas entre 18 a 29 años. La submuestra de 312 chicos y chicas de las HC que fueron estudiados para esta tesis estaría incluida dentro de estos datos.

Gráfico 1. Evolución temporal de intoxicaciones etílicas (2010-2014).



Fuente: Elaboración propia a partir de los registros de urgencias del HUVN.

3.1. EL análisis de los casos de las HC por intoxicación etílica aguda

Presentamos en este capítulo los datos que hacen referencia a la descripción de las características de los jóvenes atendidos en Urgencias.

a) La influencia del género y la edad en las intoxicaciones etílicas.

Los datos obtenidos de la revisión de 312 historias clínicas por causa de IEA en nuestro Servicio de Urgencias nos muestran que el 61,9% de las personas atendidas son chicos (n=193) y el 37,5% son chicas (n=117).

La edad de los pacientes, según las historias clínicas, muestra que la mayoría de los pacientes jóvenes atendidos con IEA pertenecen al tramo de 18-21 años (n=125; 40,1%, **Tabla 3**). Este dato coincide con los obtenidos en el test de consumidores abusivos (AUDIT), donde la mayoría de los pacientes que acudían por presentar intoxicación etílica aguda pertenecían a este tramo de edad. Cabe destacar que existe un 2,4% de pacientes atendidos entre 13-17 años (los menores de 13 años acuden al Hospital Materno Infantil y no son registrados en el Servicio de Urgencias del HUVN). Por otro lado, los datos indican que la edad media de las chicas es de 21,13 años y, en el caso de los chicos, de 21,94 años (véase **Tabla 3**). Debemos notar que no se

obtuvo la edad de 7 de los pacientes considerados, y tampoco se tuvo información del sexo en 2 pacientes. Las edades medias de las mujeres consumidoras de alcohol de nuestra muestra son algo menores que los varones, no observándose diferencias significativas entre las edades medias.

Tabla 3. Distribución de la muestra según la edad de los jóvenes atendidos por intoxicación etílica. Edad media según género.

		Frecuencia	Porcentaje			
Edad	Menores de 18	14	4,59			
	18-21	125	40,98			
	21-24	100	32,78			
	25-29	55	18,03			
	Mayores de 29	11	3,61			
Total		305	100			
	Sexo	N	Media	Desv. típ.	Mediana	P-valor
Edad	Hombre	188	21,94	3,59	21	0,091
	Mujer	115	21,13	3,37	20	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las Historias Clínicas del HUVN.

De las intoxicaciones atendidas en mujeres, estas ocurren en un mayor porcentaje antes de los 21 años (46,1%); de igual modo que los varones (37,8%), ($p=0,065$) (Tabla 4).

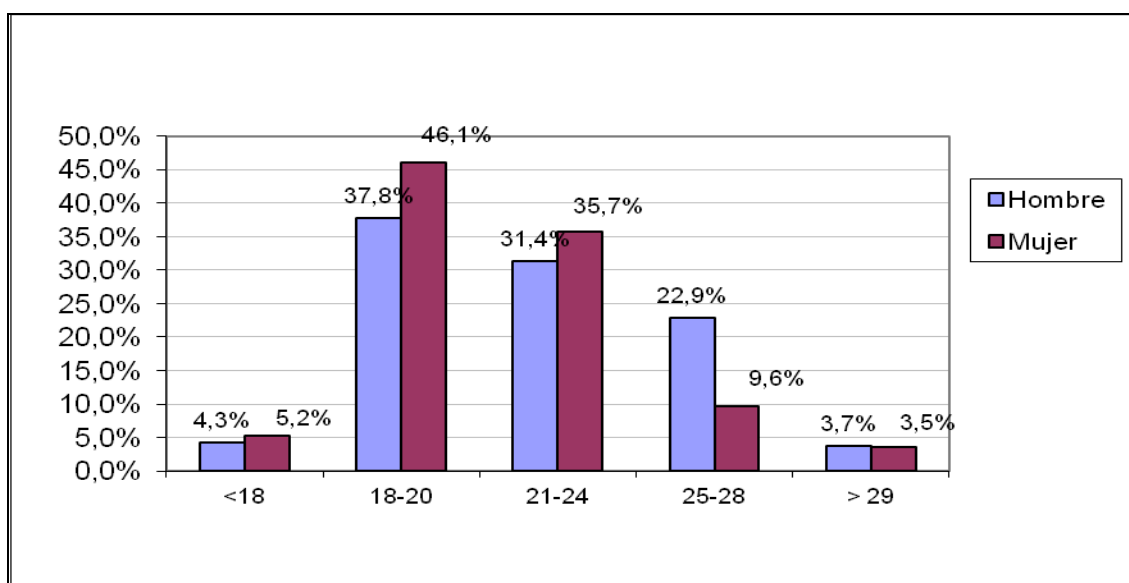
Tabla 4. El sexo por tramos de edad en los jóvenes con intoxicación etílica.

Edad recodificada		Sexo2		Total
		Hombre	Mujer	
Menores de 18	Recuento	8	6	14
	% dentro de sexo2	4,3%	5,2%	4,6%
18 a 20	Recuento	71	53	124
	% dentro de sexo2	37,8%	46,1%	40,9%
21 a 24	Recuento	59	41	100
	% dentro de sexo2	31,4%	35,7%	33,0%
25 a 28	Recuento	43	11	54
	% dentro de sexo2	22,9%	9,6%	17,8%
Mayores de 29	Recuento	7	4	11
	% dentro de sexo2	3,7%	3,5%	3,6%
Total	Recuento	188	115	303
	% dentro de sexo2	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

Por otra parte, nuestros resultados indican que el número de casos por intoxicación etílica, tanto en chicos como en chicas, se mantiene en porcentajes similares entre la franja de edad 18-24, en torno al 31-46% en ambos sexos; sin embargo a partir de los 25 y hasta los 29 hay una diferencia importante en el acceso, siendo mucho mayor en los varones (22,9%) que en las mujeres (9,6%) (**Tabla 4** y **Gráfico 2**). A partir de los 29 años ambos sexos se comportan en porcentajes similares, aunque con muy poca incidencia de atenciones 3,5-3,7% (**Gráfico 2**).

Gráfico 2. Tramos de edad y sexo en jóvenes con intoxicación etílica.



Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

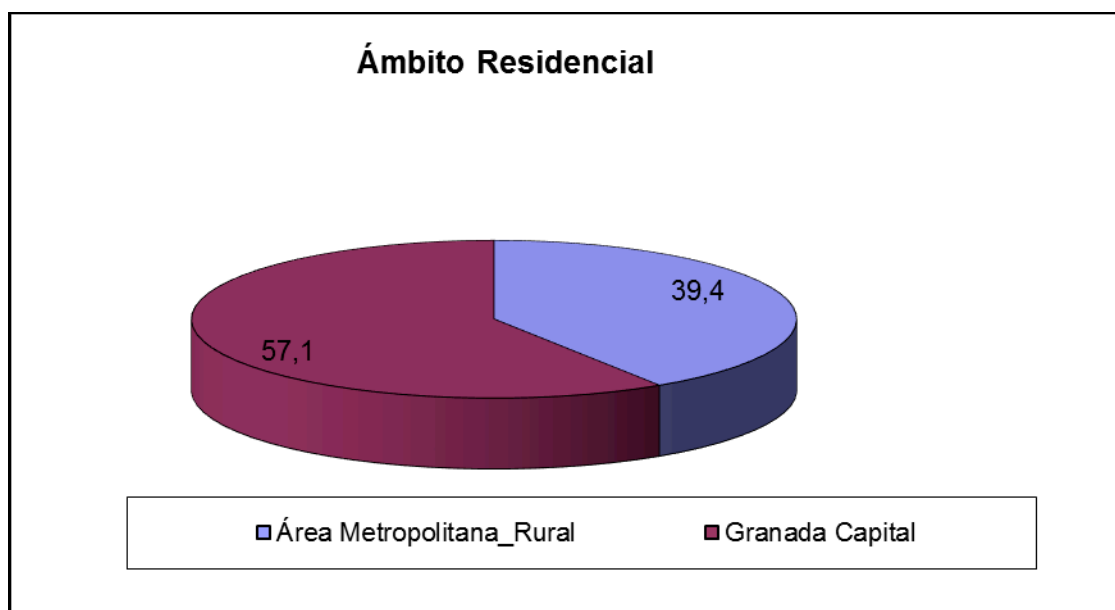
Es llamativo el gráfico anterior donde se observa que, tras un período mantenido de asistencias similares porcentualmente entre chicos y chicas, se abre un periodo en edades comprendidas entre 25-28 años en el cual las mujeres atendidas desciende drásticamente con respecto a los chicos. Este periodo se sitúa en el espacio en que las mujeres terminan sus carreras, abandonan la universidad y comienzan a buscar trabajo, lo mismo que los chicos, por lo que no justificaría la diferencia. Sin embargo, coincide un hecho biológico a tener en cuenta que sí afecta solo a las mujeres: el deseo de la maternidad.

b) El ámbito geográfico de residencia de los jóvenes con intoxicación etílica.

Al analizar la muestra observamos el lugar de residencia de los jóvenes atendidos y decidimos analizar los datos agrupando a los que residían en contexto local que hemos denominado rurales y los que residían en Granada capital, que llamamos urbanos.

Aunque los jóvenes realizaban la inmensa mayoría del consumo en la ciudad de Granada, no todos son residentes en Granada, sino que muchos residían en pueblos o ciudades cercanas y venían a consumir a la capital los fines de semana. Incluso algunos de los que habían sufrido una IEA en sus pueblos de origen eran trasladados en ambulancia desde los Centros de Salud (CS) del Circuito Metropolitano.

Gráfico 3. El ámbito de residencia en los jóvenes con intoxicación etílica.



Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

Los resultados ponen de manifiesto que el 57,1% de los chicos y chicas atendidos en el Servicio de Urgencias eran residentes de Granada capital, mientras que el 39,4% provenían del área metropolitana y zonas rurales cercanas a la capital.

Nos interesaba este dato por su relación con otro factor que también analizamos en este estudio, la siniestralidad vial, puesto que estos jóvenes necesitan desplazarse

desde Granada al pueblo después de la salida de marcha y habiendo consumido alcohol. Por lo general, no hay buenas combinaciones de autobuses y las líneas no empiezan hasta las 7-10 h de la mañana. Dicho esto, es obvio que muchos vienen en sus propios coches y conducen por carreteras secundarias donde las estadísticas informan que hay mayor siniestralidad.

De las 299 personas que acudieron a Urgencias, 122 procedían del ámbito rural y 177 procedían de un contexto urbano. Si lo desagregamos por sexo, el 65% (80) eran chicos y el 34,4% (42) eran chicas. En este sentido, hubo el doble de chicos respecto a su procedencia rural (**Tabla 5**).

Tabla 5. Distribución de la muestra del sexo de los jóvenes atendidos por intoxicación etílica según el lugar de residencia.

Ámbito de Residencia		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Área metropolitana y rural	Frecuencia	80	42	122
	Porcentaje	65,60%	34,40%	100,00%
Granada capital	Frecuencia	109	68	177
	Porcentaje	61,60%	38,40%	100,00%
Total		189	110	299
		63,20%	36,80%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

Por otro lado, si observamos la distribución de los jóvenes que acceden según el lugar de residencia, vemos que las chicas acceden de las zonas urbanas el 38,4%, en mayor proporción que las de la zona rural: 34,4%. Sin embargo, los chicos se comportan al contrario. Acceden de la zona rural el 65,6%, mientras que de la zona urbana 61,6% (**Tabla 5**).

Al analizar el ámbito de residencia comparando chicos y chicas que acceden a Urgencias por intoxicación etílica, observamos que hay un mayor porcentaje de varones (42,3%) que acceden de las zonas rurales que de chicas (38,2%). Mientras

que paradójicamente entre los que acceden de Granada capital son mayoría las chicas, ya que presentan un 61,8% frente a un 57,7% de varones. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,561$) (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de la muestra del lugar de residencia de los jóvenes atendidos por intoxicación etílica según el sexo.

Localidad recodificada		Sexo2		Total
		Hombre	Mujer	
Urbano	Recuento	109	68	177
	% dentro de sexo2	57,7%	61,8%	59,2%
Rural	Recuento	80	42	122
	% dentro de sexo2	42,3%	38,2%	40,8%
Total	Recuento	189	110	299
	% dentro de sexo2	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

c) La nacionalidad de los jóvenes con intoxicación etílica.

Observamos en la tabla 7 que el porcentaje de chicos y chicas que acceden al SUH tanto nacionales como extranjeros es similar.

Tabla 7. La nacionalidad y el sexo de los jóvenes con intoxicaciones etílicas.

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Origen	Nacional	165	101	266
		62%	38%	100%
	Extranjero	23	15	38
		60,5%	39,5%	100%
Total		188	116	304
		61,8%	38,2%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

Al analizar los datos atendiendo a la nacionalidad de los chicos y chicas que accedieron al SUH por intoxicación etílica, se observa que el 87,5% eran nacionales ($n=266$), mientras que el 12,5% eran extranjeros (Tabla 8).

Del mismo modo si comparamos el porcentaje de extranjeros, observamos que es similar entre hombres y mujeres, 12,2% frente a 12,9% ($p=1$). Exactamente igual se comportan los nacionales (Tabla 8).

Tabla 8. La nacionalidad y el sexo de los jóvenes con IEA.

Nacionalidad recodificada		Sexo2		Total
		Hombre	Mujer	
Nacional	Recuento	165	101	266
	% dentro de sexo2	87,8%	87,1%	87,5%
Extranjero	Recuento	23	15	38
	% dentro de sexo2	12,2%	12,9%	12,5%
Total	Recuento	188	116	304
	% dentro de sexo2	100%	100,0%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

Si se desagregan por áreas geográficas los extranjeros registrados, los datos ponen de manifiesto que el mayor porcentaje de los jóvenes atendidos son africanos, en su mayoría marroquíes (5,1%), seguido por sudamericanos (2,6%), europeos (2,5%) y asiáticos (1,6%).

d) Las unidades de bebida estándar consumidas por los jóvenes con intoxicación etílica.

Del mismo modo, de los datos obtenidos en las HC sobre las UBE que habían consumido el día de la IEA, los jóvenes varones habían bebido más que las mujeres.

Tabla 9. El sexo y las UBE en los jóvenes con intoxicación etílica.

	Sexo	N	Media	Desv típ.	P25	P50(Me)	P75	P-valor
UBE	Hombre	34	14,56	10,12	8,00	10,00	20,00	0,004
	Mujer	23	9,91	11,24	6,00	8,00	8,00	

Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

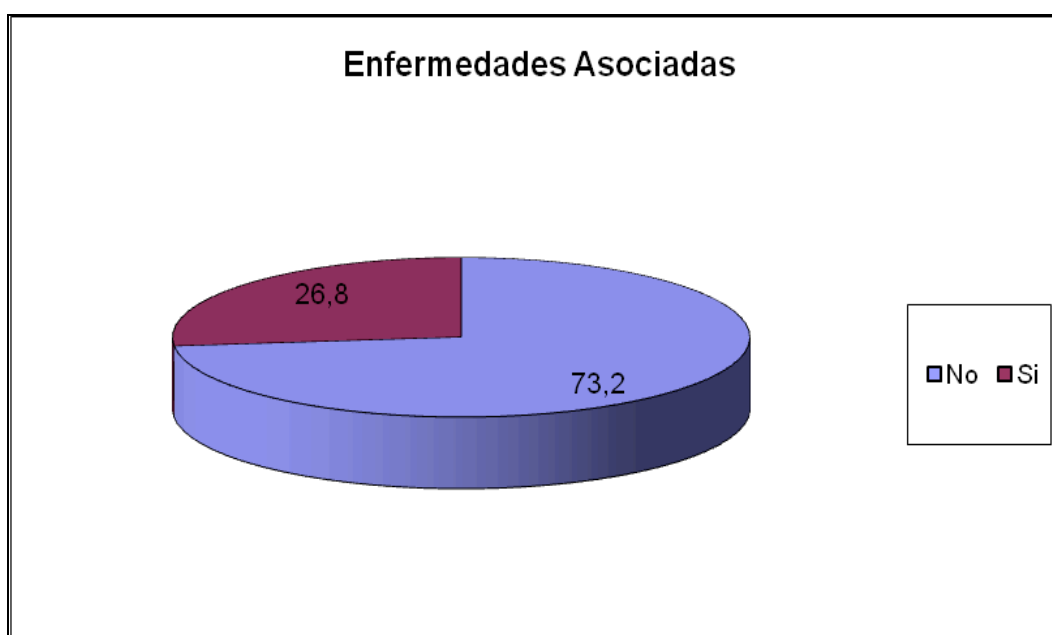
Aunque había muchos datos perdidos por no estar reflejados en las HC, en los que pudimos observar las diferencias que existen encontramos que son estadísticamente

significativas. Los chicos afirmaban haber bebido una media de 14,56 bebidas en un día de fiesta, mientras que las chicas aceptaban haber bebido casi 10 bebidas.

e) La influencia de los antecedentes clínicos en los jóvenes con intoxicaciones etílicas.

Los pacientes atendidos que no presentan antecedentes de enfermedad (o no ha sido registrada en su HC) representan el 73,2%, mientras los que padecen algún trastorno son un 26,8%. Nos interesaba ver esta variable sobre todo para saber qué tipo de enfermedad presentaban y si esta podría agravarse por la ingesta alcohólica o interaccionar con los fármacos que supuestamente tomaran los jóvenes. Es por ello que después cruzamos ciertas variables con el sexo. **Gráfico 4.**

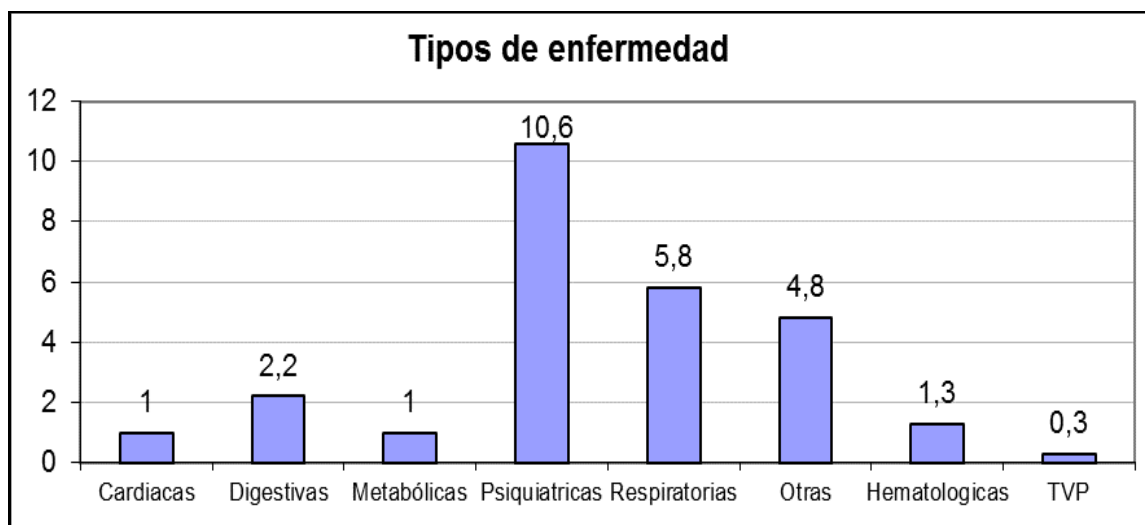
Gráfico 4. Antecedentes clínicos en jóvenes con intoxicación etílica.



Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

Al analizar las enfermedades que aparecían en los datos clínicos de los jóvenes atendidos pudimos observar siete patologías distintas que se repetían con más frecuencia.

Gráfico 5. Las enfermedades asociadas en los jóvenes con intoxicación etílica.



Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

La patología más frecuentemente registrada en las historias clínicas de los jóvenes con intoxicaciones etílicas eran los problemas psiquiátricos leves con un 10,6% de los casos (**Gráfico 5**). Datos similares han sido encontrados en otros estudios, con 9,8% de adolescentes con problemas psiquiátricos (MATALÍ COSTA ET AL., 2012). Estos jóvenes por regla general tomaban ansiolíticos y antidepresivos que potencian el efecto del alcohol.

f) El policonsumo de drogas asociado a las intoxicaciones etílicas.

El porcentaje de varones de nuestra muestra que consumían otro tipo de drogas asociadas al consumo de alcohol $n=64$ (81%) es mayor que los que no consumían: 55,3%. Mientras que las mujeres se comportan a la inversa. El porcentaje de mujeres consumidoras de drogas asociadas al alcohol es $n=15$ (19%), mientras que son mayoría las que no consumen $n=96$ (44,7%). Véase **tabla 10**.

Tabla 10. El sexo y el consumo de drogas en los jóvenes con intoxicación etílica.

Drogas asociadas	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
No	119	96	215
	55,3%	44,7%	100%
Sí	64	15	79
	81%	19%	100%
Total	183	111	294
	62,2%	37,8%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

Si comparamos los porcentajes entre chicos y chicas, observamos que el 35% de los varones tenían asociado consumo de drogas; sin embargo, en las mujeres esa cifra fue bastante menor, del 13.5%, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) (Tabla 11).

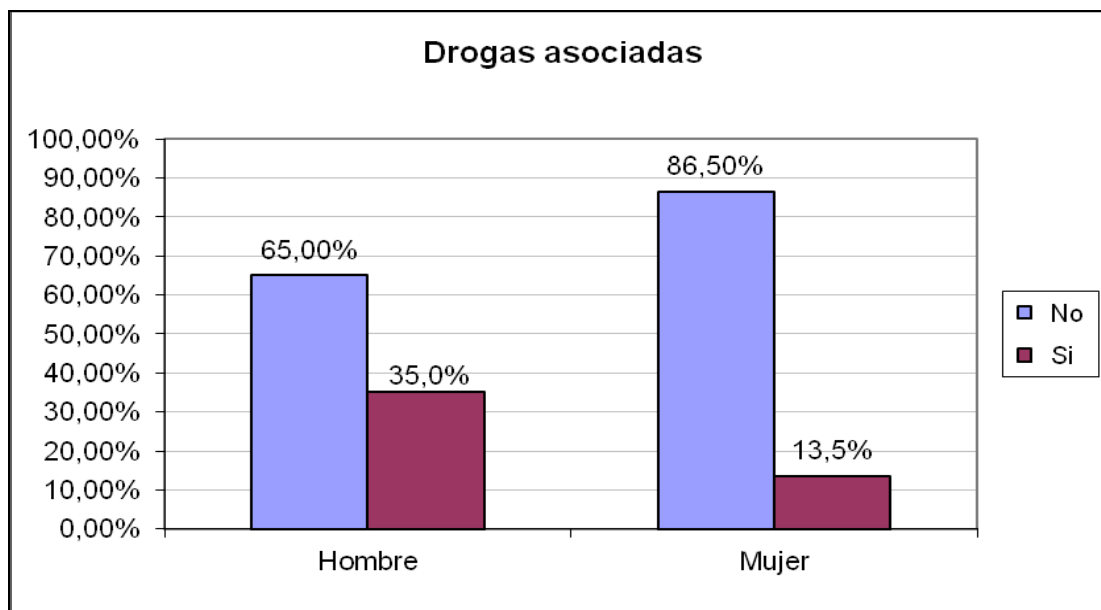
Tabla 11. Consumo de drogas asociadas según sexo.

Drogas asociadas2		Sexo2		Total
		Hombre	Mujer	
No	Recuento	119	96	215
	% dentro de sexo2	65%	86,5%	73,1%
Sí	Recuento	64	15	79
	% dentro de sexo2	35%	13,5%	26,9%
Total	Recuento	183	111	294
	% dentro de sexo2	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

En nuestra muestra, la mayoría de los jóvenes ($n=215$) con IEA no refiere haber consumido otras drogas asociadas, con respecto a los que si consumen ($n=79$). No obstante, el 26,9% de los atendidos había consumido, además de grandes cantidades de alcohol, alguna otra droga asociada (Tabla 11).

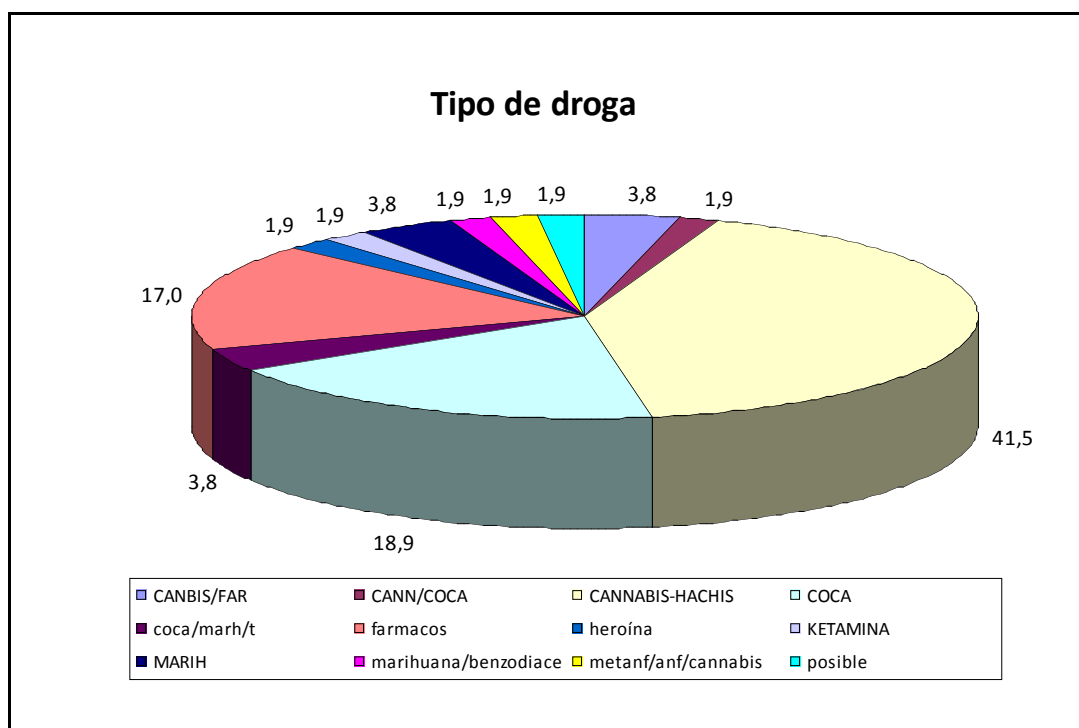
Gráfico 6. El sexo y el consumo de drogas en los jóvenes con intoxicación etílica



Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

Al cruzar la variable sexo con drogas asociadas, se puede comprobar que los hombres superan en mucho la asociación consumo alcohólico y consumo de otras drogas. Hay que tener en cuenta que este dato estará infravalorado, puesto que es habitual ocultar el consumo de otras drogas por miedo a que quede registrado en su historia médica o que se enteren sus padres o por el simple estigma que genera el ser consumidor de una droga, sobre todo si es ilegal. Tampoco se les hace de forma protocolizada análisis de tóxicos a todos los jóvenes, sino que se les hace solo a aquellos que están profundamente dormidos, con test de Glasgow bajo y que no reaccionan.

Gráfico 7. Tipos de drogas consumidos por los jóvenes en las intoxicaciones etílicas.



Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del HUVN.

Si distribuimos la muestra por tipos de droga, observamos que el porcentaje de los jóvenes de nuestra muestra que presentaban consumo de drogas asociadas son en su mayoría poli-consumidores.²⁴ Existe una especial predilección por el cannabis en el 41,5% de los jóvenes y un 18,9% de consumo de cocaína.

A continuación, expongo los datos de las encuestas de alcohol que le realizamos de manera intencional a 80 jóvenes de los que atendimos en el Servicio de Urgencias durante el periodo de nuestra investigación.

²⁴ En el gráfico 7 aparecen las drogas consumidas por los jóvenes de nuestra muestra que quedaban registradas en las HC, es por ello que algunas sustancias aparecen repetidas en algunas asociaciones de drogas. Entendiendo por policonsumo aquel patrón de consumo de más de una sustancia psicoactiva durante un mismo periodo de tiempo.

3.2. Análisis de las encuestas de alcohol realizadas a los jóvenes con IEA

El objetivo de estas encuestas ha sido conocer la percepción de los jóvenes acerca de su consumo de alcohol y los riesgos asociados a esta conducta, además de conocer por qué acceden a nuestro servicio y las expectativas creadas con respecto a la atención sanitaria.²⁵

Tabla 12. El sexo de los jóvenes encuestados con intoxicación etílica.

		Frecuencia	%
Válidos	Hombres	34	42,5%
	perdidos	1	1,3%
	Mujeres	45	56,3%
	Total	80	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas de alcohol realizadas en HUVN.

En relación a la distribución por sexos de los casos de intoxicación etílica, destacamos que aleatoriamente en este caso hemos entrevistado a más mujeres que varones, siendo estas el 56,3% de la muestra (**Tabla 12**).

²⁵ Aunque nuestra investigación es eminentemente cualitativa, participamos de la opinión de autores como Romaní quien considera que en el contexto de una investigación etnográfica también se pueden obtener informaciones cuantitativas de diversos tipos, de modo indirecto, con la utilización de algunas técnicas cuantitativas, en el contexto propio del proceso etnográfico enriqueciendo el conjunto de la investigación (ROMANÍ, 1997).

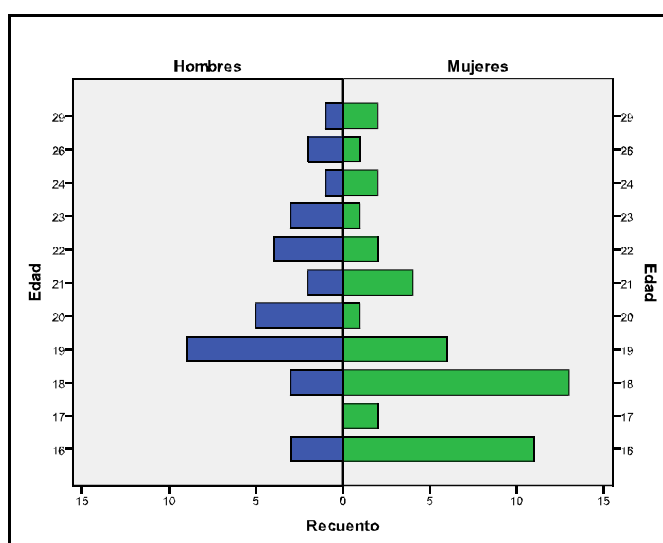
Tabla 13. La edad de los jóvenes encuestados con intoxicación etílica.

Edad		
N	Válidos	79
	Perdidos	1
Media		19,76
Mediana		19,00
Desv. típ.		3,183
Mínimo		16
Máximo		29
Percentiles	25	18,00
	50	19,00
	75	22,00

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

La media de edad de los chicos y chicas a los que les hemos hecho las encuestas de alcohol ha sido de 19,76 años, siendo la mediana de 19,00 (**Tabla 13**). Datos similares han aparecido en la muestra de los jóvenes de las historias clínicas analizadas anteriormente, en los que la edad media era de 21 años y la mediana de 20,00 (**Tabla 3**).

Gráfico 8. Distribución de la edad por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

Podemos observar que las chicas jóvenes que han sido atendidas en nuestro servicio con 16 y 18 años representan un porcentaje bastante mayor que los chicos atendidos con esa misma edad (**Gráfico 8**).

a) El nivel socioeducativo de los jóvenes con intoxicaciones etílicas en nuestro servicio.

En cuanto a formación, la mayoría de los entrevistados fueron universitarios con un 42,5% de jóvenes, mientras que un 38,8% aún están estudiando en secundaria. Un 17,5% estaría estudiando FP.²⁶

Tabla 14. Distribución de jóvenes encuestados según sus características sociodemográficas.

Pacientes		N=80			
Edad	19,76+/-3,18	Percepción clase social			
Sexo		Alto	5 (6,3%)		
Varón	34 (42,5)	Bajo	4 (5%)		
Mujer	45 (56,3%)	Medio	68 (85%)		
Nivel de estudio		Nivel estudios padre		Nivel estudios madre	
FP	14 (17,5%)	Primarios	27 (33,8%)	Primarios	35 (43,8%)
Instituto	31 (38,8%)	Secundarios	25 (31,3%)	Secundarios	18 (22,5%)
Universidad	34 (42,5%)	Sin estudios	1 (1,3%)	Sin estudios	1 (1,3%)
Con trabajo	15 (18,8%)	Universitarios	17 (21,3%)	Universitarios	17 (21,3%)

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

²⁶ Algunos autores consideran que donde más se ven reflejados los problemas del consumo de alcohol juvenil es en el ámbito escolar. Entre los problemas que supone está el fracaso escolar, el absentismo y que poco a poco se va dejando de participar en actividades escolares y extraescolares.

Un mayor porcentaje de madres tienen estudios primarios, seguido de un porcentaje similar de madres con estudios secundarios y universitarios. Los padres parecen tener un nivel de educación mayor que las madres, ya que un mayor porcentaje de ellos tienen estudios secundarios y formación universitaria.

La percepción de clase social entre los jóvenes encuestados es en su mayoría clase media: un 85% de los mismos. Mientras que los que se identifican incluidos en la clase alta son un 6,3% y en la clase baja un 5%.²⁷

b) La normalización de las borracheras y su asistencia en Urgencias.

Hemos preguntado a los jóvenes acerca de las borracheras como conducta habitual y su relación con la necesidad de asistencia hospitalaria. Los resultados son los siguientes:

De los jóvenes encuestados que respondieron a esta pregunta, n=48 (60%) se habían emborrachado con anterioridad, aunque sin acudir a Urgencias. Al desagregar las variables por sexo observamos los siguientes resultados.

²⁷ En ocasiones se ha relacionado el consumo intensivo de alcohol de los individuos a problemas sociales, familiares o económicos, y relacionado con estratos culturales bajos de la sociedad es posible que estos factores estén relacionados con los casos de dependencia en adultos. Sin embargo, la pauta de consumo juvenil que se produce en la mayor parte de los jóvenes es independiente de su edad, sexo, clase social u otros factores. Los jóvenes de nuestra encuesta atendidos en nuestro servicio son en su mayoría universitarios de clase media.

Tabla 15. La asistencia hospitalaria y el sexo de los jóvenes con intoxicación etílica.

¿Cuando sales de marcha piensas en la posibilidad de tener que venir a Urgencias?			
	Varón	Mujer	P_valor
Alguna vez	1 (3,13%)	2 (5%)	
No	27 (84,38%)	35 (87,5%)	
Sí	4 (12,5%)	3 (7,5%)	
¿Has venido a Urgencias en más ocasiones por la misma causa?			0,518
No	24 (80%)	33 (86,84%)	
Sí	6 (20%)	5 (13,16%)	
¿Cuántas veces?			0,111
Media	3	1,25	
¿Te has emborrachado en otras ocasiones pero no has venido a Urgencias?			0,331
No	1 (3,7%)	3 (12,5%)	
Sí	26 (96,3%)	21 (87,5%)	
¿Cuántas veces?			0,334
Media	8,59	5,13	

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

La mayoría de jóvenes no se plantean cuando salen de marcha que podrían acabar en Urgencias. Sin embargo, refieren haberse emborrachado en múltiples ocasiones tanto chicas 87,5% como chicos 96,3%, e incluso algunos, aunque pocos, son reincidentes y admiten haberse emborrachado en bastantes ocasiones; una media de 8,59 veces los chicos y 5,13 las chicas (**Tabla 15**).

Al analizar a los jóvenes que se habían emborrachado en varias ocasiones por grupos de edad y asociarlos en menores de 19 y mayores 19 años, observamos que las expectativas de los jóvenes no están relacionadas con sus conductas.

Tabla 16. La asistencia hospitalaria de los jóvenes por intoxicación etílica y grupo de edad.

EDAD	<19 años	>=19 años	P_valor
%	32 (40,51%)	47 (59,49%)	
¿Cuando sales de marcha piensas en la posibilidad de tener que venir a Urgencias?			0,025
No	22 (75,86%)	41 (95,35%)	
Sí	7 (24,14%)	2 (4,65%)	
¿Has venido a Urgencias en más de una ocasión por la misma causa?			0,045
No	24 (96%)	33 (76,74%)	
Sí	1 (4%)	10 (23,26%)	
¿Te has emborrachado en otras ocasiones pero no has venido a urgencias?			0,199
No	2 (18,18%)	2 (5%)	
Sí	9 (81,82%)	38 (95%)	

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

De los encuestados menores de 19 años, el 24,14% piensa en la posibilidad de tener que acudir a Urgencias como consecuencia del abuso de alcohol, frente al 4,65% de los mayores de 19 años ($p=0,025$). Sin embargo, el porcentaje de los que han acudido a urgencias en más de una ocasión por la misma causa es superior entre los jóvenes de más de 19 años (23,26% vs 4%; $p=0,045$) (**Tabla 16**).

En este mismo orden de cosas, en la tabla 18 vemos que si desagregamos por sexo, en el caso de menores de 19 años el porcentaje de mujeres que declara haberse emborrachado en otras ocasiones es mayor que el de los hombres (87,5% vs. 66,7%; $p=0,491$). Sin embargo, en el grupo de mayores de 19 años ocurre al revés, ya que el porcentaje de hombres que declara haberse emborrachado es mayor que el de las mujeres (100% vs. 87,5%; $p=0,162$).

Tabla 17. La asistencia hospitalaria de los jóvenes con intoxicación etílica por grupo de edad y sexo.

¿Te has emborrachado en otras ocasiones pero no has venido a Urgencias?					
Edad_2grupos			Sexo		Total
			Hombres	Mujeres	
<19	No	Recuento	1	1	2
		% dentro de Sexo	33,3%	12,5%	18,2%
	Sí	Recuento	2	7	9
		% dentro de Sexo	66,7%	87,5%	81,8%
≥19	No	Recuento	0	2	2
		% dentro de Sexo	0,0%	12,5%	5,1%
	Sí	Recuento	23	14	37
		% dentro de Sexo	100%	87,5%	94,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

Sin embargo, a pesar de consumir tanto alcohol, el 84,38% de los chicos y el 87,5% de las chicas no piensan en la posibilidad de tener que acceder a Urgencias cuando salen de fiesta, mientras que solo un 12,5% de chicos y un 7,5% de chicas sí barajan la posibilidad (**Tabla 15**).

Entre los jóvenes que atendimos, un 13,8% de los mismos afirma haber estado en algún SUH por esta misma causa, frente a un 72,5% que es su primera vez.

c) Las conductas de riesgo que asocian los jóvenes con episodios de intoxicación etílica.

Es sabido que la mayor morbilidad asociada al consumo de alcohol se da en el consumo no dependiente, es decir, en el esporádico que los jóvenes de nuestro estudio practican. Este hecho responde en mayor medida a la asociación del consumo de alcohol con conductas de riesgo que multiplican la posibilidad de complicaciones negativas.

Existe una extensa literatura sobre los comportamientos de riesgo en la juventud. En este sentido, habitualmente se ha asociado el consumo de alcohol con otras

conductas de riesgo. Nosotros hemos preguntado a los jóvenes sobre agresiones, seguridad vial al conducir ebrio o subir a un coche con conductor ebrio, utilización de vehículos para ir de marcha, relaciones sexuales sin protección o no deseadas, o asociar otras drogas al consumo de alcohol. Expondremos a continuación los principales resultados en relación a las conductas de riesgo.

d) Intoxicación etílica y agresiones.

Se ha asociado habitualmente el consumo de alcohol con conductas relacionadas con la violencia entre iguales. Conductas relacionadas con la desinhibición producida por esta sustancia. En nuestra encuesta, solo preguntaba acerca de agresiones físicas sin especificar ningún otro tipo de violencia.²⁸

Los jóvenes de nuestra muestra que se vieron implicados en peleas fueron el 13,8% global.

Tabla 18. La intoxicación etílica y las agresiones.

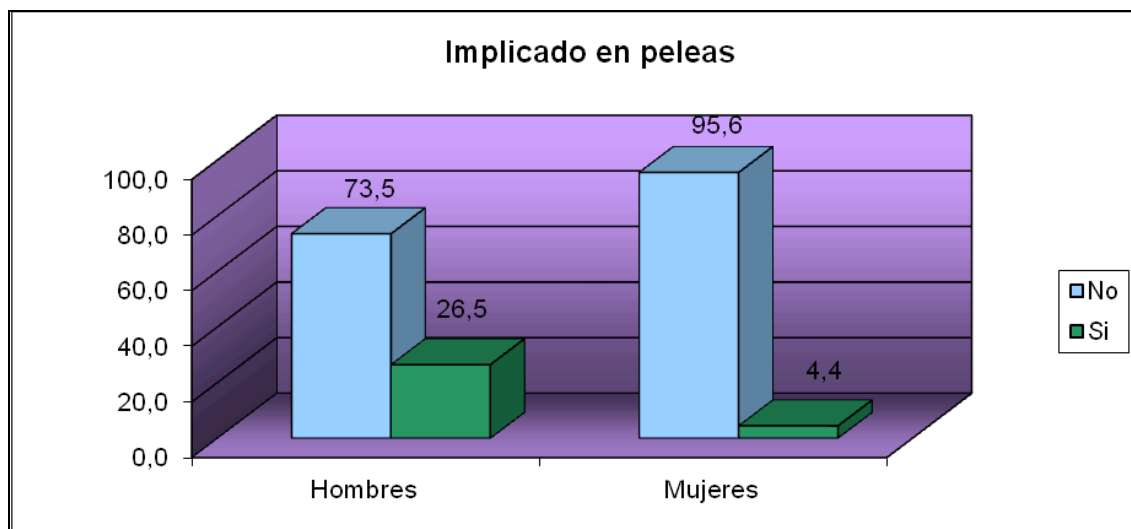
	Hombre	Mujer	P_valor
Implicado en pelea			0,008
No	25 (73,53%)	43 (95,56%)	
Sí	9 (26,47%)	2 (4,44%)	

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

Aunque la gran mayoría de los chicos y chicas estudiados no se ven implicados en peleas (el 95,56% de chicas y el 73,53% de chicos), observamos que el porcentaje de chicas que no se implican en peleas es muy superior al de chicos.

²⁸ Existen otros estudios que han analizado la violencia a fondo en contextos de ocio recreativo relacionados con consumos de alcohol y sustancias, encontrando hurtos, atracos, agresiones sexuales, violencia urbana, deterioro del mobiliario público entre otros (GARCÍA-CARPINTERO, 2008).

Gráfico 9. Intoxicación etílica con implicación en peleas por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

En este mismo orden de cosas, de los jóvenes atendidos por IEA a los que revisamos sus historias clínicas, se le realizó parte de lesiones a un 2,8% de los mismos, puesto que a causa del consumo de alcohol tuvieron un altercado que produjo lesiones leves en forma de cortes, botellazos, heridas, hematomas.

e) Intoxicación y relaciones sexuales.

Sabemos que el campo relacionado con las actividades sexuales en relación con el policonsumo es muy amplio y de la importancia de la violencia sexual sufrida por las mujeres en este contexto. Sin embargo, no nos parecía el lugar adecuado para abordarlo, ni era la razón de nuestro estudio, por lo que nos centramos más en la idea de si el consumo de alcohol facilitaba el hecho de despreocuparse en la toma de medidas de prevención o en la toma de decisiones de una pareja inadecuada sin incidir en la violencia.

En nuestro estudio afirman haber mantenido relaciones sexuales completas sin protección o con alguien del que se arrepienten o no hubieran querido un 16,3% global.

Al desagregar por sexo estas variables, observamos que las chicas toman menos riesgos que los chicos. La mayoría de las chicas encuestadas, 65,2%, afirma no tener

relaciones sin preservativo o no deseadas frente al 15,4% de las chicas que realizaron sexo sin protección o no deseado. Sin embargo, los chicos sí que refieren en un 84,6%% tener relaciones sin preservativo y con alguien del que se arrepintieron más tarde por causa de estar ebrio. Si comparamos chicos con chicas, observamos que los chicos mantienen conductas de riesgo en este aspecto muy superiores (32,35%) a las chicas 4,4%. Estas diferencias sí son significativas (**Tabla 19**).

Tabla 19. Intoxicación etílica con relaciones sexuales por sexo.

¿Cuando has tenido una copa de más, has realizado alguna de las siguientes actividades que no hubieras realizado en caso de estar sobrio?			
Relaciones sexuales sin protección/no quería	Hombre	Mujer	P_
No	23 (67,65%)	43 (95,56%)	0,003
Sí	11 (32,35%)	2 (4,44%)	

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas intencionales realizadas en el HUVN.

El haber mantenido relaciones sexuales bajo el consumo de drogas y alcohol, aun siendo un comportamiento minoritario, ha sido más prevalente entre los chicos que entre las chicas.

f) Intoxicación y seguridad vial.

Son pocas las personas jóvenes entrevistadas que afirman haber conducido ebrias; tan solo el 8,89% de las chicas y el 23,53% de los chicos encuestados. La inmensa mayoría de chicas entrevistadas no conduce ebria 91,11%.

Tabla. 20. Relación de la Intoxicación con la seguridad vial y el sexo.

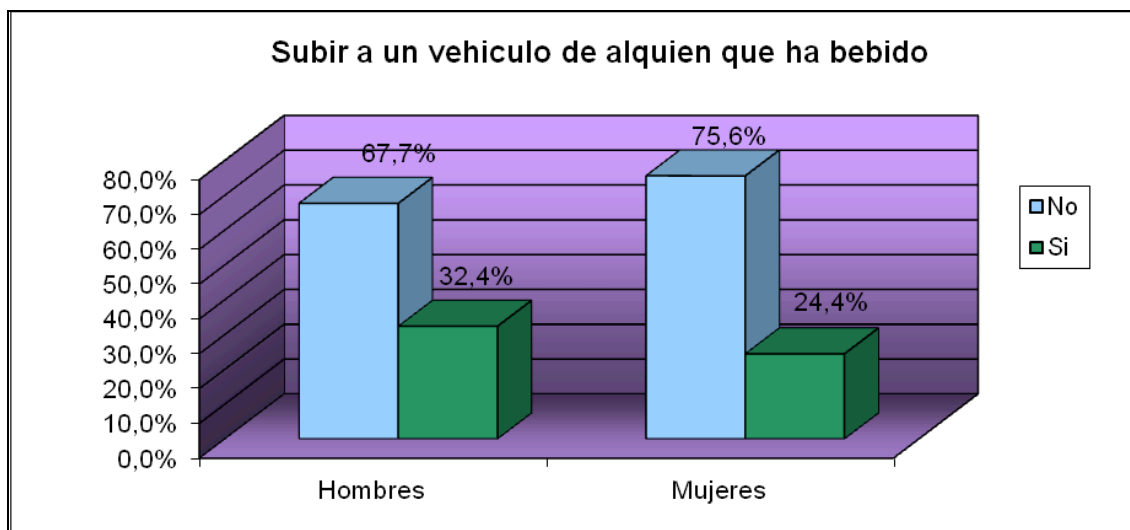
	Hombre	Mujer	P_valor
Conducir un vehículo ebrio			0,139
No	26 (76,47%)	41 (91,11%)	
Sí	8 (23,53%)	4 (8,89%)	
Subir al vehículo de alguien que ha bebido			0,601
No	23 (67,65%)	34 (75,56%)	
Sí	11 (32,35%)	11 (24,44%)	
¿Cómo te desplazas a la zona de copas?			
Andando			0,461
No	10 (29,41%)	18 (40%)	
Sí	24 (70,59%)	27 (60%)	
Moto			1
No	32 (94,12%)	42 (93,33%)	
Sí	2 (5,88%)	3 (6,67%)	
Coche			0,050
No	26 (76,47%)	23 (52,27%)	
Si	8 (23,53%)	21 (47,73%)	
Autobús			0,563
No	27 (79,41%)	32 (71,11%)	
Sí	7 (20,59%)	13 (28,89%)	

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

Así mismo, la mayoría de chicos y chicas prefieren ir andando a los locales de ocio, el 70,59% de los chicos y el 60% de las chicas. En este mismo orden de cosas, las chicas prefieren desplazarse a los lugares de copas en coche, mucho más que los chicos, un 47,73% de chicas frente un 23,53% de chicos. Del mismo modo, entre un 20-30% de chicos y chicas prefiere desplazarse en autobús a la zona de ocio.

Por otro lado, a la hora de subirse a un vehículo con conductor ebrio, se acercan las conductas de los jóvenes de nuestra muestra; un 24,44% de chicas frente a 32,35% de chicos han realizado esta conducta. Aunque siempre los chicos entrevistados son más temerarios que las chicas (**Tabla 20**).

Gráfico 10. El sexo de los jóvenes que suben al vehículo de un conductor ebrio.



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

g) Intoxicación y policonsumo de drogas.

Los datos surgidos de la implementación de nuestras encuestas de alcohol distan de los datos hallados en la revisión de las historias clínicas. Buscando una justificación plausible a esta diferencia, es preciso tener en cuenta que en las historias clínicas muchas veces no se refleja si han consumido otro tipo de drogas; en ocasiones ni se les pregunta y se asume que es una IEA pura. En nuestro cuestionario se les pregunta explícitamente a las personas jóvenes acerca del consumo de otras drogas. Hemos comprobado que los jóvenes de nuestra muestra, así como son muy proclives a hablar acerca del consumo de alcohol, sin embargo no están dispuestos en su mayoría a descubrir otro tipo de consumos, sobre todo si se trata de sustancias ilegales.

Únicamente han contestado a esta pregunta el 34% de los encuestados. Por otro lado, puede existir un alto porcentaje de respuestas falsas acerca del consumo y en ocasiones nos enteramos porque se les hace un análisis de tóxicos, pero este análisis no se hace por norma a todas las IEA, como hemos referido anteriormente. No obstante, hemos podido descubrir los siguientes resultados que exponemos en la tabla 21.

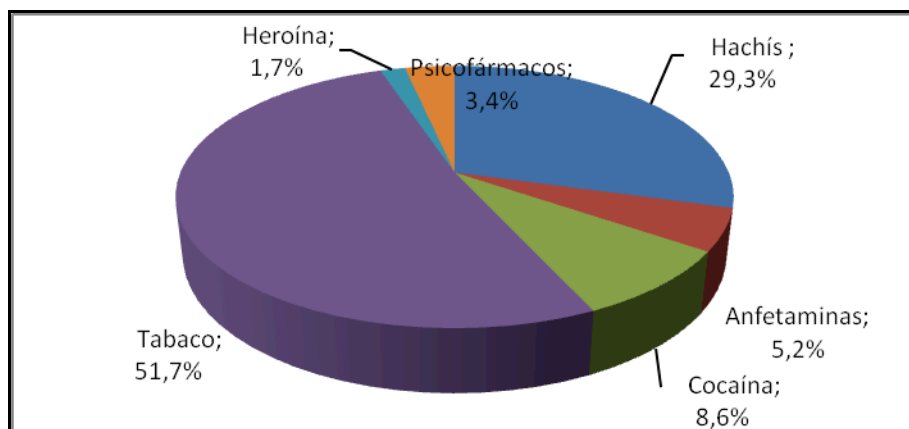
Tabla 21. El sexo y el consumo de sustancias de los jóvenes con intoxicación etílica

¿Cuándo vas de marcha, consumes alguna sustancia además de alcohol?	Hombre	Mujer	p
Hachís	8 (29,6%)	9 (29%)	0,919
Anfetaminas	2 (7,4%)	1 (3,2%)	0,574
Cocaína	3 (11,1%)	2 (6,4%)	0,647
Tabaco	13 (48,1%)	17 (54,8%)	1
Heroína	0 (0%)	1 (3,2%)	1
Psicofármacos	1 (3,7%)	1 (3,2%)	1

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

En este cuestionario, les preguntamos si consumen algún tipo de sustancia diferente al alcohol. En su mayoría eran consumidores de tabaco, en porcentajes muy similares chicos y chicas (38,2% vs 37,8%). Sin embargo, también han consumido hachís un 23,5% de los chicos y 20% de las chicas. Los consumos de las demás sustancias son muy bajos. Aunque los datos no son representativos y ya hemos considerado que los datos están infravalorados, creemos que podemos afirmar que los jóvenes de nuestra muestra son en su mayoría policonsumidores ocasionales y experimentales.

Gráfico 11. Intoxicación etílica por consumo de sustancias



Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

Los jóvenes encuestados en nuestro SUH son proclives a consumir, dentro de las drogas ilegales, en mayor medida hachís, la que consideran una sustancia natural y poco peligrosa; en nuestros datos son un 29,3% de los jóvenes en proporciones similares ambos sexos. Sin embargo, también consumen cocaína, aunque esporádicamente, un 8,6%, también en proporciones similares en chicos y chicas.

Relacionando los jóvenes encuestados por grupos de edad y tipo de droga, encontramos que los mayores consumos en todas las sustancias incluido el tabaco los realizaban los jóvenes comprendidos en edades de 18-21 años.

El consumo de psicofármacos se relaciona con la mujer adulta y la forma de resolver sus malestares en medio de dinámicas de género que favorecen dicho consumo (ROMO ET AL., 2006). Es por ello que justificamos el hecho de que los jóvenes de nuestra muestra hacen un consumo anecdótico de esta sustancia. También es cierto que la franja de edad analizada en nuestro estudio es de 18-29 años y es posible que se inicien en el consumo de psicofármacos en edades mayores.

Las tablas anteriores sobre consumo de sustancia sirven como descriptivo. Para observar si existían más diferencias, decidimos agrupar las variables en mayores y menores de 19 años como hemos hecho anteriormente con otros parámetros.

Tabla 22. Intoxicación etílica por tipo de sustancia y grupo de edad.

	<19 años 32 (40%)	>=19 años 47 (58,8%)	p
Hachís			0,576
No	27 (84,38%)	36 (76,60%)	
Sí	5 (15,63%)	11 (23,4%)	
Anfetaminas			0,733
No	30 (93,75%)	46 (97,87%)	
Sí	2 (6,25%)	1 (2,13%)	
Cocaína			1
No	30 (93,75%)	45 (95,74%)	
Sí	2 (6,25%)	2 (4,26%)	
Tabaco			0,553
No	22 (68,75%)	28 (59,57%)	
Sí	10 (31,25%)	19 (40,43%)	
Heroína			0,405
No	31 (96,88%)	47(100%)	
Sí	1 (3,13%)	0 (0%)	
Psicofármacos			1
No	31 (96,88%)	46 (97,87%)	
Sí	1 (3,13%)	1 (2,13%)	

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

La mayoría de los jóvenes de nuestra muestra (78,8%) niega consumir otra droga distinta del alcohol o simplemente no contesta.

Del 21,2% restante, un 10% afirma tomar hachís alguna vez en la vida, un 3,8% lo consume habitualmente los fines de semana y un 5% dos o tres veces por semana.

En cuanto al consumo de drogas asociado al alcohol, de los jóvenes de nuestra muestra, el 5,2% toma anfetaminas, un 2,3% habitualmente los fines de semana y el 2,9% de consumo experimental. En cuanto a la cocaína, la consume un 8,6%, el 1,3% habitualmente los fines de semana y un 7,3% de consumo experimental. El tabaco junto con el alcohol es la droga más consumida; el 22,5% de los chicos y chicas la

consumen dos o tres veces por semana, el 10,1% a diario, un 6,3% experimental, y un 2,5% los fines de semana. En cuanto al consumo de heroína, ya está en desuso entre los jóvenes actuales, el 97,5% no la consume ni la ha consumido nunca; sin embargo un 1,7% ha realizado un consumo experimental. Para terminar, el consumo de psicofármacos en nuestra muestra representa solo un 2,5% de consumo experimental frente a un 97,5% de no consumidores. Hay que tener en cuenta que los usuarios que acceden en nuestros servicios son muy jóvenes y aún no se han iniciado en el consumo de estos fármacos, y tienen más fácil acceso a las drogas legales.

h) Las causas que justifican las intoxicaciones: perspectiva de los jóvenes.

Los jóvenes suelen tener una idea de lo que les ha ocurrido en este día que justifique su estado de embriaguez, los motivos son obvios para un 40% de ellos, quienes afirman que han bebido demasiado. Sin embargo, algunos (18,8%) creen que les ha sentado mal, ese día concreto, en el cual han tenido que acceder a Urgencias, por algún motivo que no alcanzan a comprender. Otros (15%) lo relacionan con no haber comido y un 5% no sabe qué les ha pasado.

En cuanto a los motivos que aducen para justificar su estancia en nuestro servicio, estos son varios, la mayoría relacionados con el uso y abuso de alcohol como es lógico, pero también con la mezcla de otras drogas, el estado del ánimo o la enfermedad.

Los que dicen que han bebido mucho o muy rápido y han mezclado licores representan el 15,6%. Algunos creen que les han echado algo en la copa 3,9%. Así mismo, afirman que han mezclado alcohol con otras drogas el 9,1%. Mientras que algunos relacionan la inconsciencia con el mal estado de ánimo o la ansiedad al beber, 3,9%, otros lo relacionan con la diabetes 2,6%.

A continuación expongo los mas relevantes teniendo en cuenta que algunos de los jóvenes contestaron mas de una respuesta:

Tabla 23. Motivos de Intoxicación etílica

¿Qué crees que ha ocurrido para que hayas terminado en urgencias?	
Motivos	N (%)
No he comido	15%
He bebido más de la cuenta	40%
Me ha sentado mal	18,8%
Ha mezclado licores	15,6%
Han mezclado con drogas	9,1%
Estado de ánimo	3,9%
Enfermedad	2,6%
Le han echado algo	3,9%
No lo sé	5%

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

Si desagregamos por sexo, podemos comprobar que aunque es habitual que las mujeres lo relacionen con haber comido poco, en mayor medida que los varones, sin embargo, en nuestra muestra el 20,59% de hombres también ha referido esta justificación junto al 11,11% de las mujeres. Por su parte, los varones entrevistados tienen claro que han bebido en exceso (55,88%) en ese día y ese es el motivo que les trae a Urgencias. Por su parte, las chicas solo admiten tal motivo en un 26,67%. Sin embargo, otros (13,45%) afirman que no saben por qué se han puesto tan mal si beben lo mismo que otros días, sin relacionarlo con ningún motivo específico.

Tabla 24. Motivos de intoxicación etílica por sexo.

Motivos de IEA por sexo	Hombre	Mujer	p
¿Qué crees que ha ocurrido para que hayas terminado en Urgencias?			
No he comido (15%)			0,398
No	27 (79,41%)	40 (88,89%)	
Sí	7 (20,59%)	5 (11,11%)	
He bebido más de la cuenta (40%)			0,016
No	15 (44,12%)	33 (73,33%)	
Sí	19 (55,88%)	12 (26,67%)	
Me ha sentado mal (18,8%)			0,257
No	30 (88,24%)	34 (75,56%)	
Sí	4 (11,76%)	11 (24,44%)	
No lo sé (5%)			0,130
No	34 (100%)	41 (91,11%)	
Sí	0	4 (8,89%)	
Otros. No especifica (27,5%)			0,859
No	24 (70,59%)	33 (75%)	
Sí	10 (29,41%)	11 (25%)	

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

Observamos que los chicos tienen menos problemas en afirmar que han bebido mucho, por lo que las diferencias de ese motivo específico son significativas.

i) Las expectativas asistenciales de los jóvenes con intoxicación etílica.

Los chicos que atendemos en Urgencias no perciben un riesgo en el consumo que realizan. Ya exponemos en el capítulo de resultados cualitativos los argumentos que esgrimen para ello. Sin embargo, les preguntamos qué esperaban recibir en nuestro servicio al respecto de la IEA y la mayoría (57,5%) lo que quieren es pasar la borrachera sin más pretensiones mientras que el 31,3% creen que no estaría mal recibir recomendaciones preventivas. Algunos pocos querrían recibir ayuda

psicológica (6,3%). Y, por último, creen necesitar que los derivemos a centros especializados el 5%.

Tabla 25. Las expectativas asistenciales de los jóvenes con intoxicación etílica.

Intoxicación_Expectativas	
¿Qué esperas recibir en cuanto a asistencia se refiere en el Servicio de Urgencias?	N (%)
Pasar la borrachera	46 (52,8%)
Ayuda psicológica	5 (5,7%)
Recomendaciones preventivas	25 (28,7%)
Información y derivación a otros centros de ayuda	4 (4,5%)
Otros	7 (8,0%)

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en el HUVN.

Nos interesaba saber qué tipo de argumento utilizaban los jóvenes para justificar la intoxicación y si había diferencias en los argumentos utilizados entre chicos y chicas.

Tabla 26. Relación intoxicación etílica con expectativas asistenciales por sexo.

¿Qué esperas recibir en cuanto a asistencia se refiere en el Servicio de Urgencias?			
	Hombre	Mujer	p
Pasar la borrachera			0,150
No	11 (32,35%)	23 (51,11%)	
Sí	23 (67,65%)	22 (48,89%)	
Ayuda psicológica			1
No	32 (94,12%)	41 (93,18%)	
Sí	2 (5,88%)	3 (6,82%)	
Recomendaciones preventivas			0,682
No	25 (73,53%)	30 (66,67%)	
Sí	9 (26,47%)	15 (33,33%)	
Información y derivación a otros centros de ayuda			0,309
No	31 (91,18%)	44 (97,78%)	
Sí	3 (8,82%)	1 (2,22%)	
Otros			0,692
No	32 (94,12%)	40 (88,89%)	
Sí	2 (5,88%)	5 (11,11%)	

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas de alcohol realizadas en HUVN.

Aunque casi el 50% en ambos casos no quiso contestar a esta pregunta, nuestros datos muestran que las chicas estaban más dispuestas a recibir ayuda psicológica y recomendaciones preventivas que los chicos, mientras que ambos, en similares proporciones, lo único que esperan es pasar la borrachera.

j) El motivo de acceso de los jóvenes al SUH por una intoxicación etílica.

En cuanto a los motivos de acceso a nuestro servicio SUH por sufrir una intoxicación etílica, nuestros datos aportan que la mayoría (38,8%) se expresan en términos de encontrarse muy mal, otros (35%) porque los traen los amigos, el 27,5% porque no paran de vomitar, el 22,5% porque están inconscientes y el 3,8% por miedo entrar en coma (**Tabla 27**). La mayoría de jóvenes expresaron mas de un motivo.

Tabla 27. Los motivos de acceso por intoxicación etílica.

¿Qué motivo te trae a Urgencias?	
Causa búsqueda asistencial	N (%)
Miedo a entrar en coma	3 (3,8%)
Te traen tus amigos	28 (35%)
Te sientes muy mal	31 (38,8%)
No paras de vomitar	22 (27,5%)
Estas inconsciente	18 (22,5%)
Otros	11 (13,8%)

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas de alcohol realizadas en HUVN.

Podríamos aunar los motivos, miedo a entrar en coma, con estar inconsciente, con el que me traen los amigos. En todos los casos están inconscientes, representarían el 61,2%. El 38,8% restante de los que se encuentran muy mal, están semiinconscientes. En realidad, han consumido tanto alcohol que han alterado el sistema nervioso central de tal manera que necesitan corregir la IEA con ayuda médica. Si desagregamos los datos según sexo obtenemos los siguientes resultados en la tabla 28.

Tabla 28. El sexo y los motivos de acceso por Intoxicación etílica.

¿Qué motivo te trae a Urgencias?			
	Hombre	Mujer	p
Miedo a entrar en coma			0,574
No	32 (94,12%)	44 (97,78%)	
Sí	2 (5,88%)	1 (2,22%)	
Te traen tus amigos			0,005
No	16 (47,06%)	36 (80%)	
Sí	18 (52,94%)	9 (20%)	
Te sientes muy mal			0,457
No	19 (55,88%)	30 (66,67%)	
Sí	15 (44,12%)	15 (33,33%)	
No paras de vomitar			0,488
No	23 (67,65%)	34 (77,27%)	
Sí	11 (32,35%)	10 (22,73%)	
Estás inconsciente			0,117
No	22 (66,67%)	38 (84,44%)	
Sí	11 (33,33%)	7 (15,56%)	
Otras			0,749
No	30 (88,24%)	38 (84,44%)	
Si	4 (11,76%)	7 (15,56%)	

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas de Alcohol realizadas en HUVN.

Encontramos diferencias significativas en el apartado «te traen tus amigos» en el caso de los varones (52,94%), quienes ven vergonzoso que un chico tenga que asistir a Urgencias por este motivo, pues se supone que los varones tienen que controlar los consumos y siempre argumentan que han venido porque los amigos se han asustado y los han traído, pero que ellos no hubieran venido si hubieran podido decidir.

Del mismo modo, en la revisión de HC pudimos registrar que el 60% de los jóvenes son acompañados por algún amigo o familiar, de los cuales un 26% de los casos solicitan previamente una ambulancia.

Tanto en España como en otros países se han realizado estudios sobre la inadecuación del consumo de recursos, entre ellos no solo la asistencia sanitaria sino el uso de ambulancias públicas para su traslado, y se ha creado un debate al respecto de si es lícito hacer este tipo de gasto para situaciones teóricamente banales como las intoxicaciones etílicas en perjuicio de otras necesidades más graves. Un debate que también han mantenido algunos profesionales de Urgencias al que hacemos referencia en el capítulo de la perspectiva profesional.

k) La influencia del género en las intoxicaciones etílicas.

Los jóvenes en general, tanto chicas como chicos, se relacionan y beben en igualdad e incluso, según las estadísticas, en algunos tramos de edad las chicas han superado a los chicos en consumo de alcohol (PNSD, 2014). Cuando les preguntamos qué diferencias encuentran en la manera de beber, un 75% afirman que no hay ninguna, mientras que un 25% piensan que sí, atribuyendo estas diferencias a que los chicos beben más, un 65,7%, aguantan más, el 25,7%, y que las mujeres metabolizan peor un ,58% (**Tabla 29**).

Tabla 29. Diferencias de género en el consumo alcohólico.

¿Qué diferencias crees que existen acerca de la forma de consumir entre chicos/as?	
	N (%)
Los chicos beben más	23 (65,7%)
Los chicos aguantan más	9 (25,7%)
Las mujeres metabolizan peor	3 (8,5%)

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas de alcohol realizadas en HUVN.

En cuanto a la percepción de chicos y chicas al respecto de si está peor visto que se emborrache un chico o una chica, refieren que es lo mismo el 52% de los entrevistados, un 15% piensan que está peor visto que sea una chica la que se emborracha. En cuanto al motivo en el que se basan para realizar esta afirmación, el 7,6% hace referencia a que es algo cultural, especificando que asistimos a una

sociedad machista y retrógrada, un 8,9%. Otros aseguran que la diferencia estriba en que las chicas son más responsables 1,3%.

3.3. Análisis de los Test AUDIT

Hemos identificado a través del test AUDIT cuántos de los jóvenes entrevistados eran bebedores abusivos. Los resultados de nuestra muestra son los siguientes.

a) La edad y el sexo de los bebedores abusivos

Recogimos una muestra de 82 jóvenes y encontramos que la mayoría eran bebedores abusivos en su consumo habitual de fin de semana y no exclusivamente el día que fueron atendidos en urgencias.

Tabla 30. Los consumidores abusivos.

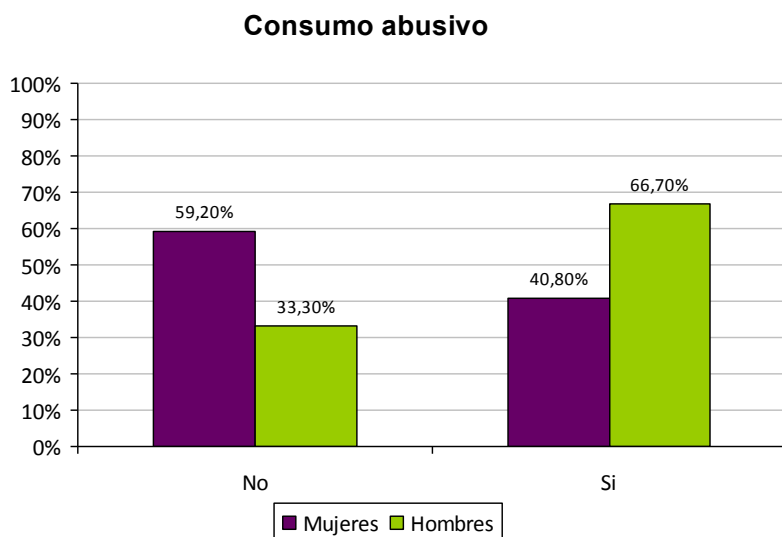
Consumo abusivo	Frecuencia	Porcentaje
No	40	48,8
Sí	42	51,2
Total	82	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir del Test AUDIT.

Los resultados de nuestra muestra –y según ellos mismos nos informan con respecto a su conducta habitual de consumo alcohólico– es que un 51,2% de los jóvenes que atendimos en el Servicio de Urgencias es consumidor abusivo.

Nos interesaba saber qué diferencias existen en el consumo abusivo entre los hombres y las mujeres que hemos encuestado en Urgencias y para ello hemos cruzado la variable consumo con el sexo y hemos encontrado los siguientes resultados (**Gráfico 12**).

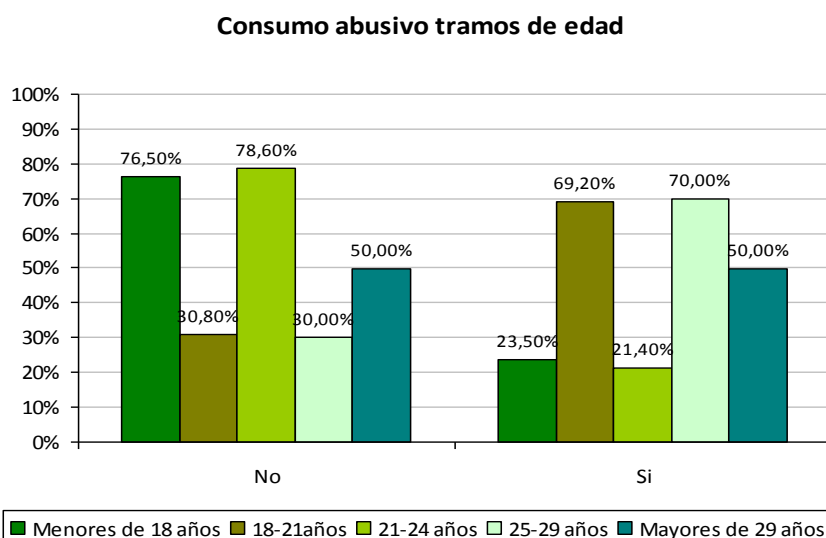
Gráfico 12. El sexo de los consumidores abusivos.



Fuente: Elaboración propia a partir del Test AUDIT.

Si observamos el consumo abusivo determinado por el Test AUDIT y discriminamos por sexo, vemos que las mujeres en un 59,2% no son bebedoras abusivas de riesgo, mientras que los varones sí que lo son en casi el 67% de los casos. Las diferencias que hay entre ambos grupos son estadísticamente significativas. Volvemos a encontrar que los varones son consumidores abusivos de riesgo en mayor medida que las chicas. Pero si introducimos la variable edad podemos observar en qué tramo de edad existe más consumo de riesgo (**Gráfico 13**).

Gráfico 13. La edad de los consumidores abusivos.



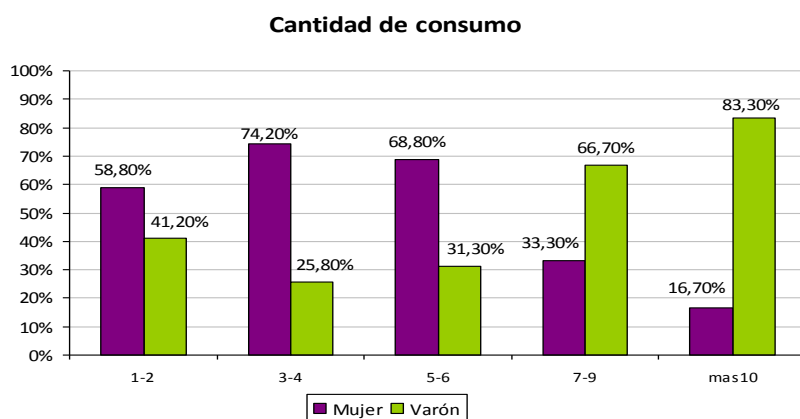
Fuente: Elaboración propia a partir del Test AUDIT.

Podemos observar que los jóvenes de nuestra muestra en los tramos de edad de 18-21 y 25-29 años han sido identificados como bebedores abusivos de riesgo. Esto significa que los más jóvenes están realizando consumos al mismo nivel de riesgo de los adultos.

b) El *binge drinking* en los jóvenes con intoxicación etílica.

Dentro del grupo que identificamos por consumo abusivo, hay jóvenes que tienen un consumo muy preocupante, ya que beben más de 10 copas en una salida de fiesta. En el gráfico siguiente podemos ver la distribución de copas que se toman por sexo los jóvenes encuestados.

Gráfico 14. El sexo de los jóvenes que realizan *binge drinking*.



Fuente: Elaboración propia a partir del Test AUDIT.

Como nuestros datos indican, las chicas encuestadas mantienen un consumo moderado alto estableciendo su consumo predominantemente en 3-4 copas en un 74,20% de chicas. Sin embargo, casi el 67% de las mismas también mantienen un consumo de alcohol de 5-6 copas en una sola vez. Por su parte, el 83,30% de los chicos mantiene unos consumos muy altos, hasta llegar a 10 copas o más y desmarcándose significativamente de las chicas.

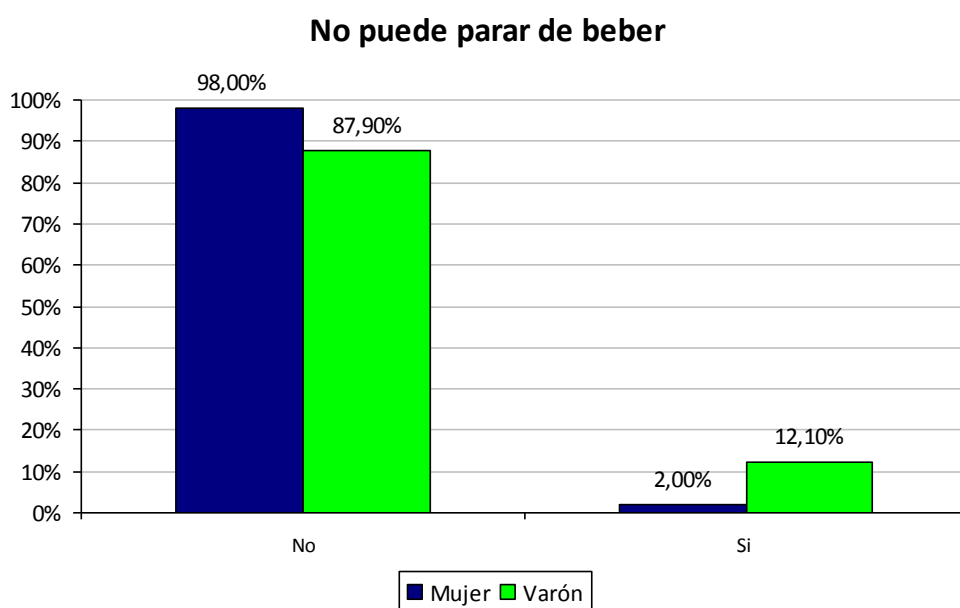
El consumo por atracón está más asociado a grupos etarios más jóvenes, siendo más habitual entre jóvenes de 16-24 años y descendiendo a partir de los 25 años (*Los andaluces y las drogas*, 2011). En nuestra muestra, se confirman los datos entre los chicos y chicas más jóvenes, sin embargo, en vez de descender a los 25 años como

dicen las encuestas estatales, vuelven a subir a partir de los 25-29 y es después de esta edad cuando empiezan a descender.

c) La influencia de la falta de control en las intoxicaciones etílicas.

Algunos de los jóvenes encuestados han referido que una vez que comienzan a beber no tienen dominio sobre sus actos y expresan no poder dejar de beber.

Gráfico 15. Consumidor abusivo con falta de control por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir del Test AUDIT.

Aunque es un porcentaje muy pequeño, el problema de la falta de control es más significativo en varones que en mujeres. Este síntoma es muy importante al estar relacionado con problemas de adicción a largo plazo y tiene mucho que ver con la asunción de los riesgos asociados al rol masculino del que ya hemos hablado a lo largo del estudio.

d) La reflexión posterior a las intoxicaciones.

Parece que las mujeres encuestadas tienden más a considerar su actitud tras una IEA y se sienten peor que los chicos cuando han sufrido una intoxicación, sobre todo si han requerido asistencia sanitaria.

Tabla 31. Remordimiento tras la ingesta abusiva por sexo.

		Remordimientos		Total
		No	Sí	
Sexo	M	45	4	49
		91,8%	8,2%	100,0%
	V	32	1	33
		97,0%	3,0%	100,0%
Total		77	5	82
		93,9%	6,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir del test AUDIT.

Como vemos en el gráfico, las chicas suelen tener más remordimientos que los hombres tras un consumo abusivo de alcohol. Las chicas de nuestra muestra tienen remordimientos en un 8,2%, mientras que solo el 3% de los chicos tienen remordimientos tras las intoxicaciones etílicas. Esto tiene que ver con la gestión de la construcción de las feminidades para encajar en un panorama social cambiante.

Capítulo 4

EL CONSUMO DE ALCOHOL: EXPERIMENTANDO EL TIEMPO Y EL ESPACIO DEL OCIO RECREATIVO

Mi hogar está en un lugar céntrico de la ciudad, muy cerca de las discotecas de moda. Justo en la plaza debajo de casa hay una discoteca, Campus, a la que le han cambiado la estética para intentar atraer a otro tipo de jóvenes, en este caso universitarios, que suponen les serán más rentables que los anteriores (fiestas *light*), puesto que las estadísticas públicas hablan que son los mayores consumidores de alcohol. Estamos al principio del curso académico y Granada es eminentemente una ciudad universitaria, los/las jóvenes ya han empezado las clases y aún no tienen ni mente ni materia de estudio.

Las noches de jueves, viernes y en menor medida los sábados, pero casi nunca los domingos, es habitual ver un gran trajín de jóvenes que llenan las calles, los bares y pubs y más tarde las discotecas. Es divertido, alegre y colorista ver el bullicio y la vida de chicos y chicas arreglados, bien vestidos, las chicas jóvenes con las faldas cortas y los tacones largos. Los chicos con sus peinados engominados y bien trajeados para aparentar mayor edad y que les dejen entrar en las discotecas.

Me levanto a las 6:00 para trabajar de turno de mañana. Ha pasado la noche del sábado pero podría ser la de cualquier viernes del mismo modo. Cuando salgo a las 6:50 a sacar a mi perro aún siguen las y los jóvenes más trasnochadores saliendo de la discoteca y se reúnen en corros alrededor de la plaza, aún con copas en la mano. Algunos jóvenes totalmente desmadejados son llevados del hombro del amigo que aún guarda el tipo. Otros gritan y corean un chascarrillo en italiano al parecer muy divertido que ocasiona las carcajadas de los demás. Suelen meterse conmigo y mi bulldog, y a menudo se acercan a acariciarlo. Poco a poco salen de la discoteca hasta que cierran las puertas de local, pero los jóvenes suelen quedarse bastante rato después en los bancos de la plaza comentando cómo ha ido la noche. Normalmente la plaza queda llena de basura y vasos tipo cubalibre, botellas de cerveza y bolsas y papeles de bocadillos improvisados a media noche. En algunas ocasiones, algún grupo rompe el mobiliario o intenta levantar o tumbar los contenedores de basura.

A las 7:10 cruzo la plaza en dirección a la parada del autobús, mientras espero que llegue, observo bandadas de jóvenes que suben de la discoteca de moda que está un poco más abajo. El espectáculo ahora no es jovial ni colorista. Las chicas ya no tienen sus colores en las mejillas y los labios sino que sus caras son monotemáticas, la pintura ajada de los ojos y ni asomo de color en mejillas ni labios, palidez de cara y coletas descolgadas, los tacones en la mano y andando descalzas algunas y otras con sus manoleínas de recambio, las más precavidas. Los chicos, mucho más ruidosos, con las camisas abiertas y cruzando la acera de lado a lado en su lucha por ir avanzando.

A las 7:20 llega el autobús y al subir observo que algunos jóvenes que vienen de fiesta ya habían subido en la parada anterior cerca de la discoteca, enfrente de mi asiento hay sentados una pareja. El chico aún conserva el tupé que con cantidades importantes de gomina creó saliendo de su frente, su tez blanquecina del mismo tono monótono que su novia; no se dirigen la palabra, los dos tienen la mirada perdida mirando al frente. Pasa la siguiente parada y entran cuatro jóvenes con claro estado alcohólico que son incapaces de mantenerse derechos con las vestidas del autobús y van rodando de un lado al otro del vehículo. En la siguiente parada entran siete chicas muy divertidas siguieron la marcha como si de la discoteca se tratase, una de ellas insta a las demás a seguir una suerte de coreografía cantando una canción que todas conocen y corean agitando los brazos por encima de la cabeza y bajándolos alrededor del cuerpo. Tienen un gran repertorio que me fue animando el trayecto; cuando se les acaba el repertorio novedoso, le cantan al conductor si quiere ser conductor de primera, acelera, acelera... y vuelven a empezar intentando llevar la coreografía lo mejor que pueden cuando el autobús gira o acelera cayéndose unas encima de otras, lo que les ocasiona una gran carcajada. Me bajo en mi parada y me dirijo hacia el hospital con la idea de mirar en la estación clínica del hospital para ver cuántos jóvenes han venido esta noche con IEA, como hago todos los fines de semana para ir colgándolos en mi base de datos. Mi sorpresa es que no había venido ninguno esta noche ni la anterior. Me pregunto qué habrá sido de los cientos de jóvenes que se habrán emborrachado hasta el punto de la IEA y no han accedido al centro, porque es evidente que el abuso de alcohol por los jóvenes se ve todos los fines de semana por cualquier calle o plaza que te dirijas y es algo ya tan habitual que a nadie le sorprende. Los que tenemos hijos e hijas adolescentes, que estamos vigilando y les vemos llegar a veces bien y otras veces menos bien, podemos hablar

con ellos e ir informándoles y advertirles de los peligros. Pero siempre me preocupan los jóvenes, que son la mayoría en una ciudad universitaria como la nuestra, que viven en pisos de estudiantes o residencias, que se desplazan a la ciudad a estudiar en la universidad y que sus padres no saben cómo se divierten sus hijos ni si ponen en peligro sus vidas cada fin de semana. Quizás las autoridades tendrían que hacer algo al respecto (Notas de Campo: sábado, 2013, febrero). Este capítulo utiliza datos procedentes de las observaciones y entrevistas realizadas a los jóvenes que asisten al Servicio de Urgencias con una IEA.

.....

El consumo problemático de sustancias psicoactivas debe de ser analizado como un constructo que no solo tenga en cuenta cuestiones sanitarias sino legales, económicas y socioculturales.

Hemos de observar el uso de sustancias psicoactivas desde una perspectiva antropológica, lo que implica tener en cuenta los contextos donde se sitúan los individuos además de a ellos mismos, dando valor a los datos socioculturales (ROMANÍ, 2012).

Es necesario tener en cuenta la manera en que los jóvenes viven el espacio de ocio y cuáles son sus conductas y expectativas en ese contexto para comprender por qué traspasan la línea de la diversión y entran en el espacio clínico. Los jóvenes que llegan al Servicio de Urgencias han sufrido una IEA por consumir alcohol excesivamente.

Se define droga como cualquier sustancia química de origen natural o sintético que puede ser usada con propósitos no médicos como alterar la percepción, el estado de ánimo u otros estados de conciencia (GOSSOP, 1996). Incluiríamos en este grupo tanto las drogas legales como las ilegales (FOLGAR, 2002).

Los jóvenes que atendemos en Urgencias pretenden con su uso y abuso de alcohol alterar el estado de conciencia como veremos más adelante. Lo que no pretenden es terminar en el SUH; esta circunstancia casi siempre es fortuita.

Entre los jóvenes que hemos entrevistado, el consumo de alcohol y la necesidad de atención en los SUH por una IEA constituyen un fenómeno dinámico que comienza habitualmente a los 13 años, subiendo el porcentaje de atenciones progresivamente, alcanzando la cumbre en 20-24 para ir descendiendo sobre los 25-29 años. Más adelante veremos las explicaciones que los mismos jóvenes expresan de su relación con el alcohol y el cambio de sus hábitos.

En los resultados obtenidos en esta investigación, destaca que las personas jóvenes tienen un patrón de ocio recreativo muy preciso donde se abusa del alcohol habitualmente, que consiste en salir cada fin de semana a divertirse y donde es inconcebible la diversión sin el consumo alcohólico. Por lo general, tienen dos patrones muy diferentes; el de ir de «tranqui» [hacen referencia a ir de tapas,

tranquilos], donde beben vino o alcohol sin intención de emborracharse, pues solo beben una o dos cervezas o vinos o incluso no consumen alcohol en absoluto, y la idea es comer con los amigos y charlar en bares o terrazas donde se puedan comunicar. Incluso la indumentaria es más sencilla, vaqueros nada de tacones, más informal. En esta ocasión llegan temprano a casa.

La otra versión es ir de «copas», de «finde» o de «marcha», de «fiesta»; en esta salida las chicas se arreglan muchísimo, se pintan mucho más, llevan vestidos más elegantes y tacones altísimos. Por su parte, los chicos también se arreglan mucho más, porque a las discotecas no los dejan entrar si no parecen mayores y, sobre todo, nada de zapatillas deportivas. Los chicos más jóvenes van de traje de chaqueta para parecer mayores y traspasar la barrera de los porteros de los locales más estrictos. En esta ocasión, la intención es terminar en discotecas hasta la mañana siguiente y después desayunar o tomar chocolate con churros y llegar de mañana a acostarse. Por este motivo, suelen salir los viernes o sábado para quedarse en la cama toda la mañana siguiente. En esta ocasión es cuando sí beben con intención de desinhibirse, reírse, bailar y coger el punto (Notas de Campo: 2012, abril). La idea es llegar a casa más o menos bien, pero es en este contexto donde surgen los estados de inconsciencia y rompen de repente el esquema anterior y terminan en otro contexto muy diferente, yo diría que opuestamente diferente: en el espacio clínico. Digamos que el patrón de consumo excesivo es el detonante que hace que se dé esa ruptura brusca entre el esquema cognitivo de ocio recreativo de los jóvenes y las circunstancias posteriores a la pérdida de consciencia donde se despiertan en un contexto clínico muy diferente al esquema con el que salieron a divertirse.

Hemos dividido los resultados en dos grandes bloques: El primero (que hemos identificado como espacio público en contraposición con el espacio clínico), centrado en sus experiencias con el consumo de alcohol en su contexto de ocio recreativo. Para ello nos interesaba conocer la relación del sujeto con la sustancia, desde su inicio al consumo hasta la actualidad. Les hemos preguntado acerca de las cantidades consumidas, itinerarios de consumo, expectativas, motivaciones, experiencias de borracheras, sensaciones positivas y negativas experimentadas durante el consumo. Les hemos pedido que describan sus experiencias del día en que sufrieron la IEA, dónde estaban, qué bebieron y las estrategias terapéuticas que realizaron para evitar venir a Urgencias.

El segundo bloque está centrado en su experiencia en el contexto clínico, comenzando por la fase de acceso a los Servicios de Urgencias. Dentro de este bloque indagamos sobre qué causa desencadena el acceso al SUH, quién toma la decisión, cómo se organizan y se ayudan entre ellos. Hemos preguntado qué recuerdan de la sobredosis, el despertar en la clínica, sensaciones, estigmatización, justificaciones del consumo puntual de la intoxicación, reflexiones y narrativas sobre la adicción, cambios de actitud y propuestas de intervención.

4.1. Experimentando el tiempo y el espacio recreativo y de consumo de alcohol

Hemos preguntado a los jóvenes acerca de su relación con el consumo de alcohol y su trayectoria de consumo. Encontramos oportuno comenzar con su primera experiencia, cómo fue, en qué contexto, con quién se produjo el inicio al consumo y cuáles fueron las sensaciones en ese primer momento.

4.1.1. Formas de inicio del consumo de alcohol

Nuestros datos muestran que el alcohol es una sustancia extremadamente fácil de conseguir incluso por menores de edad y muy económica. Al ser una sustancia legalizada en nuestra sociedad tampoco está mal visto que consuman las personas menores. Se entrenan en el consumo desde que son adolescentes, a veces junto a sus familiares puesto que nuestra sociedad relaciona cada evento festivo-religioso con esta sustancia.

A menudo las primeras experiencias tanto con el alcohol como con otras sustancias legales e ilegales se realizan con hermanos o amigos y amigas mayores como referentes, quienes les inician y les facilitan el acceso al consumo.

Con 15 años también, en Antequera, con compañeros de clase, eran repetidores, mayores que nosotros y un amigo y yo, también de 15 años, ellos tendrían 16-17 y estaban más acostumbrados a comprar alcohol y querían hacer botellón, pues fue en fin de semana, en ese momento que fue, hace 6, 7 años, podías hacer botellón donde

quisieras, por la noche nos fuimos a un descampado apartado porque éramos pequeños y ahí nos fuimos un par de horas y ahí bebimos unos cubatas (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Creo que fue el cumpleaños de los 16, de las primeras veces o la 1ª pero si no fue esa, pues de las primeras y fue con los amigos, estaba incluso mi hermano y me lo pasaba bien, me sentía a gusto, empezaba a beber, era un botellón porque coincidía mi cumpleaños y el de otro amigo que era un poquito antes y lo celebramos juntos pues en la calle, el botellón, en el pueblo y mezcla... fue, de las veces que he mezclado. Es cuando peor me he puesto (Entrevista nº 6. Carlos, 25 años).

En ocasiones el inicio del consumo se convierte entre las personas entrevistadas en la primera borrachera y se produce en el entorno familiar. En las entrevistas realizadas es frecuente que esto ocurra si los padres son consumidores habituales. El acceso al alcohol lo obtienen en su propia casa. En la mayoría de las primeras veces que prueban el alcohol y se emborrachan, no es algo intencionado. En el caso de Penélope, sus padres tuvieron conocimiento del hecho. Sin embargo, en el caso de Eva no se enteraron y fue premeditado. Así nos explicaron cuando las entrevistamos.

La primera vez que me emborraché... tenía yo trece años... fue aquí en Almuñécar ¡muy chica!, tenía 13-14 años en una barbacoa en casa de mis padres. Tenía todavía la casa antigua. Estábamos todos, y empezamos a beber las niñas en plan de broma, de broma de broma y ¡bum! me caí al suelo redonda (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

Mi primera borrachera fue mi primera experiencia con el alcohol. Pues fue en el portal de mi amiga Carmen que nos echamos cada una en una botellilla pequeña bebida de la casa de nuestros padres, creo que era ron y Beefeater. Nos bajamos a la calle y, antes de salir, cogimos y de la Coca-cola caliente, empezamos a beber y nos bebimos dos copas y nos pusimos ya fatal. Es el recuerdo de las dos tontas de vamos a beber antes de ir a la discoteca de Motril. ¡Ahí en el portal mismo! (Entrevista nº 2. Eva, 22 años).

Hemos encontrado en el caso de Antonio, cuyos padres le habían alertado de los peligros del consumo, que se inició con más precaución que otros y no se emborrachó. El motivo del inicio en este caso, como en muchos otros de los chicos y chicas

entrevistados, fue la curiosidad de que amigos y conocidos ya se habían instaurado de manera habitual en el consumo de alcohol de manera intensiva.

Bueno, sentirme no me sentí especialmente ni bien ni mal, tampoco es que bebiera mucho pero siempre por probar, me parece que fue con 16 años o 17, con unos vecinos de aquí de donde vivo, ellos solían ir mucho a un pub y yo no estaba acostumbrado porque mis padres me decían que no fuera a esos sitios y yo tampoco tenía mayor interés, pero bueno ya me picaba un poquito la curiosidad y lo 1º que bebí me parece que fueron unos chupitos, no recuerdo de qué pero tampoco bebí gran cantidad y no sentí nada especial ni bueno, ni tampoco mal (Entrevista nº 3. Antonio, 22 años).

Entre los chicos y chicas entrevistados es común la intoxicación en la primera experiencia. Este es el caso de María, una joven que se inició en el consumo de alcohol con 17 años y se emborrachó. En otras ocasiones nos han comentado en sus entrevistas, como en el caso de María, que se inician en el instituto, porque al ser menores de edad no han empezado a frecuentar las salidas nocturnas y se saltan alguna clase para quedar con los amigos y consumir, generalmente a escondidas. A partir de este día, esta joven empezó a consumir de manera habitual y excesiva.

Creo que tenía 17 años, estaba en el instituto, compramos para hacer botellón, compramos una botella de vodka para tres, al final uno se encontró con otros y al final nos quedamos con esa botella para mi amigo y para mí, y ¡uf! ¡Imagínate!, ¡colocón del 15!, y esa no fue la 1ª vez, porque la 1ª vez bebí muy poquillo porque era la 1ª vez y esa fue la 1ª gorda, en el botellón (Entrevista nº 4. María, 27 años).

Me tuvieron que sacar del baño y me tuve que tomar un Red Bull y un asco que sabía a jarabe y dices: ¡no vuelvo a beber!... [...] ¡Hasta la semana siguiente! Tuvieron que venir a por mí, llamando a la puerta, que yo diciendo, estoy bien, estoy bien, pero claro no estaba bien y me sacó uno de mi instituto que estaba ahí, en brazos, ahí dando el espectáculo, qué vergüenza. Estaba consciente pero el cuerpo no me respondía (Entrevista nº 4. María, 27 años).

Estas últimas décadas la publicidad se ha dirigido hacia la feminización del consumo intensivo de alcohol. El tratamiento que los medios de comunicación hacen de determinadas bebidas contribuye de manera importante a generar una determinada imagen social sobre el consumo de alcohol y modifica la percepción sobre las mismas.

En este sentido, entre las entrevistas realizadas, con más frecuencia las chicas suelen relatar, como en el caso de Patricia, que la primera experiencia con el alcohol la realizan con bebidas dulces o licores con leche. Este es el motivo que argumenta esta joven para excederse en el consumo, sin darse cuenta de que se estaba intoxicando. Patricia se inició en el consumo de alcohol con 16 años y se intoxicó de tal manera que terminó en Urgencias. Según nos cuenta esta joven, sus amigos insistían en que bebiera hasta la intoxicación. El papel que juega el grupo de iguales en esta etapa de desarrollo juvenil es un tema ampliamente conocido y que va a influenciar conductas de riesgo posteriores.

Me gustó, que si pruebas esto, lo otro, ¡qué chulo!, creo que tomé Cacique. Me insistieron a probar varias cosas y tabaco. Me dieron Baileys, creía que era batido de chocolate y me bebí uno y otro pensaba qué dulce está esto y qué rico ¡me bebí seis, oye seis y con 16 años! (Entrevista nº 10. Patricia, 20 años).

En este caso el que se inició en el consumo con bebidas dulces fue Alberto, quien considera que comenzó el consumo de mayor porque su primera experiencia la tuvo a los 18 años. A menudo, como en el caso de Alberto, el consumo es tan rápido que creen que no se están intoxicando y siguen bebiendo hasta que empiezan a sentirse mal y tienen que ayudarle los amigos a llegar a su casa en el mejor de los casos, y en otros casos les tienen que llevar a Urgencias.

En Alfacar, en mi pueblo, en un botellón que hicimos. Empecé tardecillo, a los 18 años. Compramos entre todo alcohol. Al principio, pues digo si esto no se sube, pensaba ¿por qué se emborrachará la gente?, luego ya sí, y notaba que estaba guay, al principio estaba guay luego ya empecé a ponerme malo y tuvieron que llevarme a casa. Que me encontraba bien, notaba un poquillo de mareo y creía que me enteraba de todas las cosas, que me enteraba, que no me aburría, más despierto, eso notaba yo al principio, luego ya empecé a sentirme mal. No sé cuánto bebí pero, bastantillo. Creo que fue Malibú. Como está muy dulzón, es más suave pero luego te pones malísimo. Me tuvieron que llevar a mi casa porque estaba muy malo (Entrevista nº 5. Alberto, 28 años).

En otras ocasiones, suelen referir que el inicio del consumo comienza con el primer día que los padres los dejan salir de noche y que habitualmente coincide con su cumpleaños o mayoría de edad. Este es el caso de Jorge, que como es menor de

edad no lo dejan entrar en discotecas. Sin embargo, el acceso a los pubs suele ser menos prohibicionista y les sirven cerveza a menores. Esta es una bebida con menos graduación alcohólica por lo que se marean, pero no se intoxican.

Pero no recuerdo. Yo la primera vez que lo probé y tal. Lo que me acuerdo es eso... cuando cumplí más o menos 16 o 17 años que salí con un colega por la noche. Yo antes no salía por la noche porque como tengo cara de niño no me dejaban entrar en ningún sitio. Nosotros nos íbamos a los bares así *heavy*, que eran los que nos gustaban y empezamos a salir por allí y allí pues sí que empezamos a beber cerveza y era sobre todo con uno o dos colegas que tenía por ahí. [...] Una o dos cervezas o tres ya eran mucho e iba yo... ya... jejeje. No llegabas a marearte ni nada de eso... No, no, te ponías más contento y eso pero no, no, te emborrachabas ni nada por el estilo (Entrevista nº 8. Jorge, 21 años).

Uno de los mayores problemas relacionados con las intoxicaciones en personas jóvenes es el fácil acceso al alcohol. No solo lo consiguen fácilmente en cualquier comercio sino que en los mismos bares les sirven el alcohol sin ningún tipo de traba aunque no hayan cumplido la mayoría de edad. Otro de los condicionantes favorecedores de la intoxicación, unida al fácil acceso, es que tiene un precio bajo, asequible al bolsillo de cualquier joven. A continuación podemos leer la extensa narrativa de Maika en su primera experiencia con el alcohol con final de intoxicación etílica con el grupo de amigos. En el caso de Maika, su intención era no solo de iniciarse en el consumo de alcohol sino de intoxicarse junto con su grupo de amigos y buscó el establecimiento apropiado para tal fin.

Es que éramos menores... 16 años, yo tenía 16 años. Mi «ciego» grande fue... Yo empecé ese verano, que me hablaron de un bar que ponían unas jarras que las llamaban bombas, «mogollón» de bebida alcohólica blanca, tequila... mnnnn. Sí, transparente, que no tuviera color. «Poooo»... JB, alcohol diferente «mezclao» y luego tinto de verano y además zumo de mora. «Pa» que no estuviera tan malo.. Pero tú decías ¡cómo me voy a beber eso! Pero era una jarra y «to» barato y eran 2,5 euros, ¡jo! Era un «chollo»...Pues al principio íbamos a ese bar. [...] Claro una jarra de cerveza, un jarrón de esos. Por eso fuimos, «pos» «tos» mis amigos la primera vez y...es que vamos...te tomabas una de esas y... es que... al principio, ¡es que estaba hasta mala! ¿Eh? ¡Estaba muy mala! Te la servían con pajita, entonces te lo bebías con pajita y tardabas más, ¡porque como estaba malo! ¿Qué pasaba? Que como estaba tan barato... que te bebías una y a los 10 minutos ¡yo que sé! Al ratillo ya te

notabas «to» «contentilla». ¡Y vamos a ver!... una bomba y otra bomba y al final terminamos con... yo me tomé tres bombas y... bueno el «ciego» lo pillamos tres amigas y yo. Dos, fuimos a Urgencias y la otra se la llevaron «pa» su casa porque se la encontraron en un charco «tirá»... «¡joju!»... (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

En ocasiones utilizan la expresión «¡A muerte!», que significa que tienen intención de intoxicarse hasta que el cuerpo aguante. En el caso de Maika, como vemos en su entrevista no tiene reparos en probar cualquier sustancia y asoció al consumo de alcohol también pastillas. Las condiciones ambientales, sociales y culturales del contexto donde se desenvuelve Maika con su grupo de amigos han favorecido esta forma de inicio y su posterior relación con las sustancias.

Bueno, pues eso, tres nos tomamos tres bombas cada una, o sea, que litro y medio y a parte otras tres con pastillas. Pero las otras tres ya estábamos «cieguísimas», venga convenciendo a los amigos «pa» hacer mocho, ¡venga, vamos hacer mocho!... ya ellos no bebían, bebíamos... que una se daba la vuelta, las otras dos bebían... no sé... ya era ¡a muerte!, nos duraban las bombas «pos» segundos. Ya las tres las compartíamos, era poner las bombas y hacer ¡puf! y entre las tres a carrera a ver quién se las bebía y entre las tres... ¡ Y así terminamos! «pos»... (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

En nuestras entrevistas, los jóvenes han referido en muchas ocasiones que la primera borrachera coincide con una festividad especial. Habitualmente son las fiestas locales de los pueblos o en fiestas multitudinarias, que los jóvenes se han apropiado, como la de San Juan, en las playas en verano o la de la Fiesta de la Primavera. Estas últimas son conocidas como fiestas de alcoholización juvenil. Nuestros informantes nos explican sus experiencias en este tipo de eventos.

En el caso de Patricia, la invitaron a las fiestas de su pueblo de origen. Los padres se despistan relajados con los amigos, mientras los jóvenes se agrupan a parte. Esta joven, que tenía 16 años cuando se inició por primera vez en el consumo de alcohol, refiere que fueron los chicos varones los que la instaron a beber e incluso la invitaron.

La primera vez que bebí fue a los 16 años. Estaba con mis primas y mis primos en mi pueblo. Me invitaron la gente del pueblo, los niños, eran las fiestas de mi pueblo y me mareé sin darme cuenta (Entrevista nº 10. Patricia, 20 años).

La festividad de San Juan, como muchas otras fiestas religiosas, está ligada al consumo de alcohol. En esta fiesta, se celebra el solsticio de verano y su rito principal consiste en encender hogueras «purificadoras», que al margen de las funciones ancestrales que tuvieron estos ritos en otras épocas y en otros lugares de la península, actualmente en Andalucía los jóvenes le han dado otra versión. En toda la costa mediterránea, los jóvenes se dan cita para desplazarse a las playas a pasar la noche en torno a las hogueras comiendo y haciendo botellón. Jorge tuvo su primera experiencia de inicio de alcohol y borrachera con final en Urgencias en una festividad de San Juan y así nos lo relata en su entrevista.

Fue con 18 años, que era San Juan y fuimos a hacer una moraga en la playa y nada, compramos ron y eso y nada quedamos en que cada uno llevaba para comer y eso y las Coca-colas y nada, uno llevaba tortilla, otro llevaba filetes, otro llevaba otra cosa, y después, todo el mundo comía de todo. Comiendo... entre comida..., ¡bueno la verdad es que no comí una mierda!. Y empecé a beber, por tinto de verano y eso y bebí, bebí, pues ¡yo qué sé! casi una botella de «Sandevil» de esa. Y después ya, sí... después comenzamos con el ron y eso y yo era la primera vez, ya ves que desde entonces no puedo tomar ron, me da mucho asco (Entrevista nº 8. Jorge, 21 años).

La influencia del consumo de alcohol y del día mismo de la primavera en los jóvenes es tal, que aquellos jóvenes menores de edad como Eva que tiene 15 años y no pueden acceder al macrobotellón en las grandes ciudades por ser menores de edad, realizan un botellón paralelo en sus propios pueblos. Eva se ha iniciado en el consumo de alcohol bien joven con resultado de intoxicación aguda y ha sido trasladada en ambulancia al SUH inconsciente.

Eva tiene 15 años es de Fuente-vaqueros; hoy se celebra el Día de la Primavera en Granada. La ha traído la ambulancia inconsciente y se encuentra adormilada en el pasillo echada en una camilla. Cuando le pregunto si viene del botellón, me dice que sí, pero no es el botellón de Granada sino el del pueblo. [Los pueblos hacen su propia Fiesta de la Primavera, para los jóvenes que como Eva son menores y su familia no la deja acceder a Granada, al evento] (Diario de Campo. Conversación informal nº 23. Eva, 15 años).

4.1.2. Modelos de consumo de alcohol: frecuencia y cantidades

Las personas jóvenes en general no consumen habitualmente la misma cantidad de alcohol, sino que existen cambios según el día, tipo de fiesta, amigos y amigas con los que salen, época del año, ciudad o país donde se encuentren, etc.

Por otro lado, refieren cambiar la intensidad de consumo, especialmente después de la experiencia en ser atendido en Urgencias. Las personas jóvenes que hemos entrevistado habitualmente refieren la disposición de minimizar la ingesta, y es posible que tengan más cuidado para no tener que volver. Según ellos mismos verbalizan, siguen intoxicándose durante un tiempo. Sin embargo, los jóvenes a las que pudimos hacerle entrevistas en profundidad y les preguntamos acerca de su recorrido secuencial de consumo, desde su inicio a la actualidad, refieren comenzar una cantidad de consumo, que va aumentando durante un tiempo y se estabiliza en un consumo intensivo normalizado y mantenido que pueden ser de meses o años para posteriormente descender y llegar a practicar un consumo social. Este cambio en el consumo lo atribuyen a diferentes causas: motivos de salud, tener pareja estable, cambio de grupo de amigos, desear otras cosas en que invertir el tiempo, etc. Los motivos más significativos y reiterativos los vamos a analizar con más detalle a continuación. Consideramos al respecto que podrían ser utilizados para enfocar programas de reducción de daños en las políticas públicas.

Como hemos referido en el capítulo de metodología, hemos utilizado varios tipos de entrevistas a distintos chicos y chicas consumidores de alcohol y que han tenido experiencia en un Servicio de Urgencias por IEA. En el momento de la entrevista, cada joven se encontraba en una fase distinta de su vida y por ende en diferentes fases de consumo de alcohol. Es por ello que los *verbatim*s utilizados a continuación corresponden a distintos tipos de jóvenes en distintas edades y que se encuentran en diferentes estadios del proceso que hemos identificado anteriormente. Esto es, si la entrevista se la hemos realizado a un o una joven que en el momento del registro tiene 29 años como Penélope o 27 como María, nos pueden contar una «historia de consumo» de alcohol desde los 15-16 años que comenzaron hasta el momento actual e identificando ellas mismas momentos de intensificación y decrecimiento de consumo de alcohol. Sin embargo, otros jóvenes se encontraban en el inicio del consumo, o en una etapa de consumo intensivo como Alberto.

Alberto, de 21 años, nos ofrece una narrativa del consumo con propósito de fórmula matemática, relacionando el beber con la cultura y la cantidad de alcohol ingerida con la idiosincrasia de cada individuo, más el tiempo.

Las primeras veces no bebía mucho, no creo que mucho 4, 5 o 6. No, ahora bebo más, no siempre pero normalmente a lo mejor 9 o 10. Es que beber lo normal puede ser que cada uno tiene su medida, igual para una persona 3 es mucho y para otro es lo normal, para mí lo normal es 7 o 6, a lo mejor si te bebes 6 en una noche, no en una hora, en 5 o 6 horas, pues 5, 6, 7. A lo mejor hay días especiales que el tiempo que estás fuera es más largo o más cultura de beber más, pues Nochevieja los cotillones de barra libre o fiestas de Primavera o de Cruces que estás desde el mediodía y te tiras hasta las 12 o la 1, esos días sí se bebe más por cultura y por tiempo que estás en la calle, bebes más (Entrevista nº 1. Alberto, 22 años).

El consumo regular por los jóvenes es a menudo excesivo y no suelen tener en cuenta un número limitado de copas a priori, casi siempre va relacionado con el ambiente y la eventualidad que se encuentren cada día o si tienen un motivo especial para beber como fiestas especiales, cumpleaños, etc donde suelen aumentar su consumo. Los jóvenes tienen preferencia por el fin de semana para consumir alcohol, generalmente viernes, sábados. No se entiende salir de fiesta sin beber, lo uno lleva a lo otro. Paloma nos cuenta que no tiene una cantidad prefijada para beber, parece que depende de las circunstancias del día, o bebe 1 o 5.

Pues el fin de semana... yo he llegado a salir viernes, sábado y domingo. Jejeje. De salir el viernes y acostarme el sábado a las diez y salir el sábado y acostarme el domingo a las diez... Pero luego realmente no tengo una cantidad fija. Es lo que me apetece. [...] unas veces me bebo 1 y otras veces me bebo 5. [...] Entonces nos íbamos al Bonilla a tomar vino dulce, luego te ibas a tomarte unas copas... a lo mejor me tomaba 5 copas que tampoco... y me ponía malísima, malísima, malísima. 5 y te estoy diciendo muchas... jejeje porque no... eran tantas, pero al mezclar aquello me sentaba fatal al estómago. Yo depende, me podré tomar 6 o 7» (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Lo que sí hay son diferentes formas de salida entre las personas entrevistadas, dependiendo de cada una de ellas el consumo varía, como hemos referido anteriormente. Salida de tarde o tapeo o «tranqui» o de fiesta propiamente dicho, que se sale más tarde sin relación con la comida y se sale para beber y bailar. El consumo

intensivo está relacionado con la salida de noche. En este caso lo habitual es comer en casa y salir tarde. Las personas jóvenes entrevistadas aseguran combinar dos patrones de consumo diferenciados: el patrón mediterráneo para tapear y el nórdico para la fiesta nocturna.

No, porque comemos antes. A ver, cuando voy a salir [de fiesta], yo como en mi casa antes. Ceno y me voy (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Pues como vivo donde vivo pues nos vamos a los Pajaritos o a la plaza de toros de tapas luego vamos y nos quedamos ahí o de copas por ahí y si nos quedamos ahí es un día tranquilo, si no, nos vamos a Pedro Antonio y nos echamos unas copillas y si no, nos vamos al botellón y si no, a [...] que pillas de camino (Entrevista nº 4. María, 27 años).

La salida de fiesta precisa de una organización: dónde se va a ir, con quien, la hora, quién se hace cargo de las compras del botellón, etc... A veces se reúnen en el café para organizarlo, otras veces sencillamente a través de whatsapp y otras veces en el mismo botellón. Así nos lo cuenta Jorge en su entrevista:

No, bueno de tapas siempre de cerveza o tinto. Yo no suelo beber Coca-cola ni nada de eso. Pero de tapas los fines de semana. Lo que pasa es que, de tapas vas, te tomas las tapas y generalmente no acabas yendo a ningún lado [...] Si vamos de tapas, seguimos bebiendo, pero poca cosa. Que después no tienes por qué beber, te puedes tomar solo una copa. No es una cosa que sigue. Lo que no he puesto ahí que algunas veces los fines de semana también por la tarde, lo típico te vas a tomar café y luego ya enganchas (Entrevista nº 8. Jorge, 21 años).

Cuando vamos de bares después nos vamos de pub. Es que depende, ahora no tengo muchas ganas de salir. Prefiero salir por el mediodía que salir por la noche. Me voy de cervecillas, ya como con las tapas y luego el café. Si vamos a salir por ejemplo por la noche, quedamos por la tarde para tomar café y organizarnos y quedamos por la noche (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Los itinerarios del consumo de alcohol cambian, dependen de las expectativas del grupo. La fiesta propiamente dicha casi siempre tiene incluida la discoteca como colofón. Por el contrario si van de tapas a veces puede que se tomen una copa en un pub, pero no van a la discoteca y vuelven antes a su casa.

Si salimos de bares salimos antes nos tomamos unas tapillas y luego a algún pub, pero si salimos de discotecas sí hacemos antes botellón. Si salimos de bares salimos antes. Si salimos de discoteca y botellón normalmente a las 23h pero en Granada un poco más tarde, a las 24h. [...] Bueno a veces te tomas tus cervecillas con tus tapas y después te tomas un café y sigues con tus copillas y a lo mejor llegas a tu casa a las doce de la noche pero se bebe menos (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

En verano y fiestas se sale más a menudo y se intensifica el consumo al estar más tiempo en la calle. Las épocas del año también modifican los patrones de consumo. Favorece beber en épocas estivales, de ahí que se celebre el Día de la Primavera cuando empieza el buen tiempo y apetece más salir y socializarse. En general, se sale sin ningún tipo de idea premeditada para esperar cómo se presenta la noche. Si se encuentran buen ambiente, entonces, como refiere Maika, «encarta» ir de botellón después de haber ido de tapas aunque no estuviera previsto. Pero esto suele pasar más a menudo en verano que en invierno. Habitualmente, como afirma Maika, en el botellón suelen beber más porque es más barato.

Otros veranos salimos todas las noches a tomarnos cervezas, al parque o de tapillas, no siempre, un martes, ¡bueno es que si nos encarta!, nos vamos a la Explanada a tomarnos una copilla o dos, ¿sabes?, al salir de tapas «pos» luego... una copilla. Pero no hasta las tantas, a no ser que sea jueves o viernes ¿sabes?... Pues las tapas... ¡eso es lo importante! Normalmente vamos a sitios donde ponen tapas buenas. Si vamos de tapas, no vamos «cenaos». Entonces vamos a un sitio que ponen buenas tapas (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Pues bastante, porque piensa que el botellón te cuesta 3 euros y bebes... ¡vamos! Puedes llegar a beber... lo que pasa, que como hay gente que bebe más y que bebe menos. Pero te puedes... ¿en un botellón? 6 o 7 copas mínimo (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

a) El descontrol

En ocasiones las personas entrevistadas refieren falta de control y una vez que empiezan a beber no pueden parar de beber. Habitualmente se recomienda desde las políticas de reducción de daños que se prefije una cantidad de copas de antemano y limitarse a ellas para no fluctuar en el consumo dependiendo de circunstancias externas a uno mismo que te pueden llevar a la intoxicación si te dejas llevar por el

grupo. Pero, aunque tienen esa intención, como Patricia nos explica, tienen poca fuerza de voluntad. Esa falta de control puede ser un síntoma de posibles problemas de adicción como en el caso de Penélope, que se ha instaurado en consumos excesivos con lagunas de memoria, desplazándose del grupo de amigos y consumiendo sola. Así nos lo contaba cuando la entrevistamos:

No, no tomo ninguna medida, vamos que no puedo, a veces digo, hoy voy a tomarme nada más que una cerveza, pero después de la cerveza, me pido la copa. Es que me pasa eso si es por ejemplo un martes, por ejemplo que no salgo, me voy a tomar solo una cerveza pero si después resulta que salgo, ya me tomo la copa (Entrevista nº 10. Patricia, 20 años).

Bueno cuando empiezo a beber, ya no puedo dejar de beber. Las últimas veces que yo he bebido que no ha sido que me lleven a mi casa... sino que yo he pedido un taxi que he estado en una boda o hace dos fines de semana que salí... no me acuerdo... Ni dónde he estado. [...] Sí, he llegado, me he duchado, como algo, me tomo mi neobrufen, me acuesto y cuando me he levantado por la mañana digo ¿Dios mío dónde estuve anoche? Mis amigas me llaman y me dicen: pero Pilar ¿qué hacías en tal sitio sola anoche?. Y yo decirle ¡qué dices!. Lo que estás oyendo» (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

El porcentaje de jóvenes que instauran un consumo regular excesivo mantenido en el tiempo y que conduzca a la adicción no está establecido estadísticamente. Las encuestas abarcan edades de 15 a 64 años, donde las cifras están alrededor de 0,2% de la población general (PULIDO Y COLABORADORES, 2014). No obstante, hay jóvenes que se instauran en una adicción y que no buscan ayuda. Es el caso de esta joven de 29 años quien nos narra su experiencia actual con el alcohol.

[...] Pero un día de diario normal me levanto, desayuno nada, y me voy a trabajar, cuando salgo, lo primero que bebo es una cerveza con una tapa en el primer bar que haya cerca de mi casa. Un día de diario, mínimo, tres cañas no me las quita nadie. Si me enrolló pues sigo bebiendo, ya un Ribera, un yo no sé qué. Si no me enrolló, pues ya está. [...] Pero me enamoré de mi amigo Gordon con tónica a los 17 años y allí empecé a beber. Y otra vez, y ya sí bebía asiduamente. Y cambié a Rives con Coca-cola y bebía uno con Coca-cola y otro con Fanta. [...] Pero ahora los fines de semana siempre jueves, viernes y los domingos siempre como fuera, tanto con mis amigos,

como con mi familia y ya te digo, siempre terminamos de comer y pacharán y del pacharán a las copas (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

Penélope, en su trayectoria de consumo, llega a igualar las cantidades de alcohol consumidas habitualmente por los varones de su grupo.

Bueno, empezamos con cervezas, luego vamos al vino, es que somos muy tradicionales, pasamos de las cañas, que no te tomas más de 2 o 3, cuando sales de noche después, una botellica o dos de vino caen y si van muchachos cae la cuarta y ya es que ni preguntan, directamente las copas. Yo me doy cuenta que las mujeres beben menos que los hombres. Lo que sí me doy cuenta, es que yo voy al par de ellos, que soy la mujer de Johnny Walker jejeje. Cuando ellos rellenan, relleno yo también,... digo como el que no quiere la cosa ¡eh! lo mismo...(Entrevista nº 11. Penelope, 29 años).

b) Intensificación de consumo en las fiestas. El desmadre-padre

En ocasiones hacen referencia a la cantidad de consumo según el tipo de evento. En el caso de las fiestas de varios días ininterrumpidas, dicen que pueden consumir alcohol todo el tiempo, que lo toleran mejor porque el cuerpo se habitúa. Este es el caso de Maika, quien nos comenta que tras varios días bebiendo intensamente el cuerpo te acepta el alcohol a cualquier hora del día.

Pero, sin embargo, cuando llevas dos o tres días bebiendo ya te digo te entra... te puedes tomar una copa a las tres de la tarde, a las 11 de la mañana o a las seis que es que te habitúas a beber un par de días mucho y te entra, tienes como alcohol en el cuerpo (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Nos comenta Maika en su entrevista, que en ocasiones quedan para realizar una Gran Fiesta, todo el fin de semana cuyo objetivo es estar intoxicados todo el tiempo. Para ello eligen un cortijo o chalet para no tener que conducir y poder beber sin límite. A pesar de practicar un consumo intensivo, esta joven entrevistada no considera que sea una conducta problemática, porque es un hecho puntual y no se necesita el alcohol a diario, aunque nos afirma que después de tres días bebiendo sin parar el organismo le pide seguir bebiendo. A continuación expongo la narrativa de una fiesta de tres días de «intoxicación seriada».

¡Pero es que tampoco somos borrachos, que bebamos siempre!. Yo bebo, sí, bebo un día a la semana y tampoco me «hincho», solo en las fiestas grandes, en plan cortijo. [...] En mi peña, cada equis tiempo, hacemos una fiesta en un cortijo, por eso mismo, porque tenemos amigos de por ahí y «pa» que se queden «to» la noche allí y puedan beber a gusto y... eso. ¡Ahí sí, pues a lo mejor me «hincho!». Pero como son días puntuales, pues no pienso eso. Porque tampoco, que no me hace falta... «Pa» pillarte un «ciego»... cuanto menos sales más «pillas» el ciego, yo creo. Porque estás menos «acostumbrá» a beber. Nos tiramos tres días en un cortijo, ¡tres días bebiendo! Que estamos bebiendo alcohol y luego agua, cuando tenemos un ciego, como queremos seguir con la gente y queremos aguantar porque son tres días y tenemos que aprovechar... «pos» nos bebemos un «puñao» de copas, nos vamos muy «ciegos»... ¡pues, venga, ahora nos «hartamos» de agua «pa» que nos baje un poquillo...! [...] «pos» otra vez, seguimos, así, «pa» que no nos siente mal y nos pongamos «chungos». ¡Claro!, a lo mejor hacemos barbacoa y como mucho, a las 5 de la mañana, nos entra el hambre, otra vez [...] «Pos» otra «sartená» de barbacoa y... por las mañanas vino, sí, y el tercer día... ¡como son tres días seguidos!... El primer día, bebemos así en plan... por la noche alcohol, al día siguiente así «pa» comer vinillo o cerveza, luego por la noche, otra vez alcohol. Pero ya el último día es que te levantas y te entra el alcohol perfectamente, son tres días tan seguidos que dices ¡hay que ver que ahora mismo me tomaba una copa y llegas a tu casa y son las siete de la tarde y dices ¡tío! ¿«pos» no me apetece un pálido con Coca-cola? ¡De la costumbre de estar ahí, tres días a piñón!. ¡Pero sabemos cómo controlar para que no...! «Pa» no cortarnos el rollo... ¡como son tres días o cuatro...! ¡No te vas a poner mala y vas a cortar...! ¡Sí, ya medio controlamos! Que si bebemos... ¡«pos» agua! Y comemos un poquillo «pa» que se asiente el estómago (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Algunos jóvenes que van al extranjero, ya sea por turismo o por estudios, realizan cambios en los hábitos de consumo, lo que conlleva problemas de salud relacionados con el alcohol y otras drogas y de seguridad de la vida nocturna. Al estar en contextos diferentes, desarrollan hábitos más intensivos que en su lugar de origen. A menudo, los jóvenes han relacionado el patrón de borracheras en el contexto del Erasmus. Este es el caso de Carlos, quien nos comenta que intensificó su forma habitual de consumo en su estancia en el extranjero con una beca Erasmus.

Sí, hace dos años estuve de Erasmus en Italia y a la semana era 2 o 3 veces, si no emborracharse al menos beber más de la cuenta. Antes del Erasmus, salía un par de veces al mes (Entrevista nº 6. Carlos, 25 años).

Otro modelo de consumo es el que suelen realizar en el botellón, donde nuestros informantes nos explican que intensifican generalmente el consumo.

c) El botellón como espacio de ocio colectivo

El botellón es el punto de encuentro para iniciar la fiesta, ponerse al día de las últimas noticias del grupo de amigos y conocidos, así como organizarse el itinerario posterior mientras se esperan unos a otros. En este espacio es más fácil hablar que en las discotecas, donde la música dificulta la conversación.

Sí, pero normalmente en el botellón nos contamos de «to», nos hartamos de contarnos cosas siempre, de hablar, de recordar cosas, de contarnos chistes... entonces ya cuando llegamos a la discoteca ya hablamos de cosas que han pasao esa noche... siempre cuando llegamos... ¿has visto quién se ha «liao»? O ¿has visto esa que no se qué? Y entonces... (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Del mismo modo, en el botellón se inicia el consumo de alcohol y se comparten bebidas y confidencias. Nuestra informante nos cuenta que es un espacio de socialización donde mientras esperas a los amigos vas saludando a los conocidos y charlando con gente con la que habitualmente no te encuentras y se ponen al día de lo ocurrido en las vidas de unos y otros. Maika nos cuenta en su entrevista que hay chicos y chicas que solo conoce del botellón pero es agradable charlar con ellos mientras van llegando los amigos de su grupo.

Pero lo bueno que tiene es que tu vas al pabellón y como es un edificio cuadrado, tú dices, te echas tu copilla y estás «aburría» y alguna amiga... ¡vamos a dar una vuelta! y te das una vuelta y siempre encuentras a alguien que conoces, te paras, hablas... es lo bueno, que es un sitio... ¡Que es un punto de encuentro!. Que va mucha gente... te das un paseillo y siempre te encuentras a alguien. En las explanadas también, lo que pasa es que la gente hace botellón... al final, entonces, como es una cosa así... redonda [mueve la mano en círculo], entonces ya va llegando la gente, pues vas de un banco a otro saludando a la peña, que es lo bueno que tiene el botellón, que vas viendo no solo a tu gente, sino gente que hace botellón que conoces... ¿que cómo está?, que no sé qué... y entonces es «guay» (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Nos comentan los jóvenes que han participado en esta investigación que sienten que el consumo de alcohol produce una exaltación de la amistad. Esta sustancia es utilizada por las personas jóvenes como facilitador de las relaciones sociales. Maika refiere que, a propósito del botellón, haces nuevos amigos y te reencuentras con antiguos conocidos a los que considera «colegas», esto es, no son amigos pero tampoco desconocidos totales. Esta joven de 21 años siente que son sus compañeros porque realiza actividades en común aunque solo se vean para consumir alcohol y compartir hielo o vasos.

[...] ¡Qué va! No. Es por hablar. Es eso que en los botellones, te encuentras mogollón de gente que no sales con ella. Y dices ¡hostias, mira esta que hace tiempo que no la veo! Y es lo guay, encontrarte a gente que hace tiempo, que no ves. Pero bueno, que es colega,... pues te paras... te tomas una copa con él. Es gente que te invita en los botellones, también hay mucho compañerismo. Muchas veces viene alguien y te dice mira, ¿me dais hielo? Pues, toma hielo o mira, ¿tenéis un vaso por ahí? y la gente es lo bueno, que se ayuda mucho, en ese aspecto (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

d) Adquisición de alcohol

Una vez decidido que van a hacer botellón, las personas entrevistadas adquieren las bebidas antes de salir. Generalmente, compra las bebidas el que tiene más cerca el establecimiento elegido o el mayor de edad en caso de menores. Calculan lo que van a beber y hacen un «mocho» (recogida de dinero entre los componentes del grupo para comprar la bebida). Suelen adquirir las bebidas en supermercados en horas de comercio y en las tiendas denominadas de los «chinos» fuera de horas comerciales. A veces en lugares clandestinos.

Solemos comprar en licorerías en horas de comercio y después de las doce en los chinos. Si, los chinos son más caros, ellos lo compran en tiendas normales, o del Mercadona y tienen que sacarle ahí el euro. Decimos pues 4 o 5 euros cada uno o compramos pues 7 euros, pues según... (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Pues, antes, comprábamos en una tienda que era de unos chinos, que cierran a las diez, pero la policía les ha «pillao» vendiendo alcohol a menores, entonces... !ESTO ES SECRETO! [...] «Pos» ha «cogío» la «china» y ahora nos distribuye el alcohol a nosotros. Pero nosotros somos ya mayores y la conocemos hace mucho tiempo... a los

menores ya no les vende [...] Y si no, «pos» vamos a un «supermercao» a comprar, también hemos «ío» a un «supermercao» a comprar (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Generalmente, hacen un cálculo aproximado del consumo de cada miembro del grupo, dependiendo del consumo estimado que prevén beber cada uno. Los chicos calculan la misma cantidad entre ellos y las chicas también. Sin embargo los chicos, según nos han explicado, consumen más y pagan más. El cálculo viene a ser los chicos el doble que las chicas. Así nos cuenta Maika la manera de calcular las bebidas con su grupo de amigos.

Y... entre que vengan, que compramos... siempre discusiones y el «mocho». Sí, hacemos un mocho. Ponemos 3 euros cada uno o 5 y compramos [...] Decimos [...] Bueno, ¿qué hay que comprar? Tantas botellas,... 2 de ron, si hay 2 de ron «pos» 3 de Coca-cola, otras 3 de otra cosa [...] lo que a la gente le guste, porque no sé, no vas a ir a un botellón con algo que a la gente no le guste. Normalmente nos ponemos de acuerdo. A lo mejor mis amigos lo que hacen, los niños, se pillan una botella entre dos. Normalmente, beben en parejas, ¡porque son unos bestias!. Las niñas no. Nos ponemos 4 o 5 «pa» una botella y si nos falta pues les pedimos. A ellos, a los niños sí, una botella por cada dos (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Pues si lo planeamos así vamos al Mercadona o vamos a Hiperacor. Depende. Pues se compran, por un lado [...] se compra... ¿? Mis amigos compran una botella por cada tres los chicos y una por cada cuatro o cinco las chicas (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

En las narrativas de las entrevistas, algunos jóvenes nos han explicado cómo adquieren las sustancias de consumo, el alcohol principalmente, pero también otras sustancias psicoactivas. También nos han hablado con naturalidad de sus experiencias, de los efectos conseguidos y del amplio conocimiento que tienen de las sustancias a su alcance y de las mezclas entre ellas.

e) Formas de policonsumo de drogas asociadas al consumo de alcohol

Aunque el consumo de alcohol y tabaco siguen siendo los componentes clave de la vida nocturna, la realidad es que se han asociado otro tipo de sustancias a la experiencia del ocio recreativo entre las personas jóvenes entrevistadas. En muchas

ocasiones, el consumo de alcohol ha ido asociado al consumo de otras sustancias ilegales. Algunos jóvenes de nuestro estudio han podido adquirir en los mismos locales de ocio, drogas ilegales sin ningún tipo de problema y sin tener que desplazarse a buscar la sustancia, aunque se trate de una droga ilegal. Suelen juntarse y hacer un mocho como con el botellón para que les salga más barato. Así nos cuenta Roberto cómo adquiere cocaína con su grupo de amigos.

En la calle, hoy día, se puede conseguir fácilmente, no hace falta [...] vamos, la última vez, llamamos por teléfono, sin conocerlo. Era amigo, de una amiga, de un compañero. Mira, soy tal amigo de tu amigo de Marbella [...] quedamos y ahí aparcó un coche blanco. Pues mira, soy Roberto, le dimos el dinero y nos lo dio. Un gramo: 50-60 euros. De un gramo pueden salir unas 10-12 dosis, lo que se llaman rayas. Claro, un gramo entre 5, que cada uno 3 rayas, y sale a 10 euros. Las drogas hoy en día son fáciles (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Algunos de los jóvenes entrevistados son verdaderos expertos en el tema de las sustancias, sus mezclas y los efectos esperados con cada una de ellas. Consideramos por tanto importante tenerlo en cuenta a la hora de valorar la asistencia en los Servicios de Urgencias. A menudo, se atiende en Urgencias a personas jóvenes con consumo combinado de alcohol y otras drogas ilegales y que se suelen distinguir de los chicos y chicas que solo han consumido alcohol, que presentan un perfil menos grave a priori.

f) Diferentes sustancias y diferentes expectativas

En ocasiones se les atribuye al alcohol y a otras drogas una serie de efectos no conocidos científicamente pero que están dentro del imaginario colectivo de los jóvenes y se transmiten de los jóvenes expertos a los iniciados, dando lugar a creencias singulares y a veces efectos míticos.

Algunos jóvenes, como Roberto, a quien le gusta probar nuevas sensaciones, suele utilizar el consumo de la cocaína para minimizar el efecto depresivo del alcohol para posteriormente seguir bebiendo.

Claro, sale por 60 euros se juntan 4 y llaman medio a la mitad de un gramo, con la mitad tienen 2 y 15 euros cada uno, pues 60 euros, pues con 15 euros y con eso, yo que tengo

unos síntomas muy fuertes, pues lo utilizo, como fármaco, de manera más «medicinal». Que me estoy hartando de alcohol y tengo ganas de meterme 3 o 4 rayas, en el momento que yo vea que estoy muy borracho... Porque lo que hace es anularte los efectos del alcohol. No hiperactivo. Porque otras drogas te vuelven hiperactivo y esta lo que hace es volverte muy alerta. Te quita todos los síntomas, como más depresivos del alcohol (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Sin embargo, este joven utiliza el hachís para potenciar el efecto del alcohol. Según Roberto, ambas sustancias potencian sus efectos si se consumen juntas.

Pues... normalmente no, pero una o dos veces al mes, a lo mejor consumo hachís. Porque me multiplica el efecto tanto del hachís como del alcohol (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

A Roberto le gusta experimentar con las sustancias. Según el estado de ánimo y el momento en que se encuentre, utiliza una u otra droga junto con el alcohol. Nos explica, en este caso, su experiencia con el éxtasis, al que le atribuye efectos potenciadores de los sentimientos, hiperactividad, fuerza y euforia.

Pero el éxtasis es más de hiperactividad, una sensación de fuerza y mucha más euforia que la cocaína, es mucha hiperactividad, y sensaciones de que el alma se te va a salir de dentro, mucha fuerza (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

g) Itinerarios de consumo

Generalmente, las personas jóvenes entrevistadas tienen similares itinerarios de consumo. Se reúnen en casa de alguien o en el botellón para coger el puntillo y economizar gastos para después ir de pub y/o discotecas. En algunas ocasiones, comen en sus casas y otras van de tapas y «siguen la marcha» en lugares en los que consumen alcohol.

A continuación, éste joven describe una salida de fiesta reglamentaria con todos los pasos del itinerario en el que se producen consumos de alcohol. Antes de las 2:00-3:00h de la madrugada, no van a las discotecas porque consideran que todavía no hay ambiente. En las discotecas suele comenzar el ambiente requerido cuando han cerrado los pubs y los jóvenes se desplazan a las discotecas creando colas interminables en las puertas de las mismas. Así nos lo contaba Roberto:

Pues sobre las 12 salimos, hacemos botellón a veces en el piso y otras veces en la zona habilitada y pues estamos de 12 y media hasta las 3 y nos bebemos 3, 5, 4, depende, vamos a una discoteca y estaremos pues de 4 a 7 y cuando salimos vamos a comer algo antes de acostarnos o si tenemos todavía ganas de cachondeo, compramos unas cervezas y vamos a casa de alguien y estamos ahí hablando (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Según nos cuentan cuatro de las chicas entrevistadas, cuando salen se dejan llevar por las circunstancias y el ambiente creado por el grupo, no predeterminando la evolución del itinerario, pudiendo parar en cualquiera de las etapas descritas anteriormente. Otras veces, comienzan con poca gana, con intención de volver pronto, pero se van animando conforme van pasando por los itinerarios de consumo. Así nos lo cuentan en sus entrevistas:

Normalmente quedamos por la tarde noche, sobre las 9, nos vamos de tapas a barecillos, nos tomamos un par de cervezas, 3, 4 como mucho, luego a copas a un pub, si el ambiente está bien, que hay gente y la gente baila, nos quedamos en el pub bailando y si no vamos a una discoteca y ahí hasta la hora que nos apetezca (Entrevista nº 2. Eva, 22 años).

A lo mejor no tengo muchas ganas pero ya te animas, te pones de cachondeo que si te ríes, que te lo estás pasando bien [en el botellón]... pues ya nos vamos de fiesta. Empezamos con los pubs y luego de discotecas. Sí, después del botellón, vamos de discotecas o de pubs, todo depende de la gana de fiesta que tengas (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Nos solemos ir de tapillas, luego en un pub a tomar unas copillas y luego si encarta pues a la discoteca, pero si encarta, que encarta muchas veces... vamos al «Tercer aviso» o al «Arena», a veces en uno de chupitos y otro... Que... ¿a ver?... el «After» que era como glamouroso (Entrevista nº 4. María, 27 años).

Yo intento salir siempre, los viernes. Ayer fue viernes e hicimos botellón. [...] Sí, pero que si no... Claro que hace dos semanas hicimos aquí botellón y moraga, yo pillé una increíble. Jajaja. Pues cuando se nos gastan las botellas, jajaja o estamos ya hartos porque hace frío, si han «sobrao» botellas, las guardamos y nos vamos a un pub, porque como ya tienes el puntillo, pues seguimos bebiendo copas. [...] el botellón como «mu» temprano empieza a las 11 o 11:30. Pues a las 3-3:30 que es una hora buena «pa» irte a los pubs o a los «chiringüitos» que ya hay gente, ya está eso «animaílo» y es la hora buena para ir. [...] ¡Claro! A ir medio «entonaos», ya jajajaja. [...] A veces en

invierno nos «encarta» que después de los pubs nos vamos a la discoteca. Pero si nos «encarta» (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

En el itinerario de consumo gestionan sus recursos económicos, tanto en el «mocho del botellón» como en los posteriores puntos del recorrido. Si tienen tiempo y dinero van a la discoteca y si les queda poca noche van a los pub que no tienen que pagar entrada.

Pero si vas a ir a una discoteca y tienes que pagar una entrada para estar solo media hora, para eso te vas de pub (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

El modelo ideal de fiesta incluye desayuno. En las descripciones que hemos recogido, nos comentan que normalmente cortan la música en las discotecas a las 6-6:30 y mientras recogen la ropa del ropero y salen a la calle son las 7-7:30h, se quedan charlando alrededor de la discoteca, mientras algunos se dispersan cogiendo taxis, otros se sientan esperando en la parada del bus y algunos que siguen con ganas de charlar se van a desayunar. Normalmente tienen preferencia por el chocolate con churros en algún local o pasan por las croissanterías (abiertas estratégicamente en ese horario los fines de semana, en el camino de vuelta de las discotecas) y se compran una empanada o un trozo de pizza para el camino a casa.

Normalmente nos vamos al café Futbol a tomar chocolate con churros y comentamos las incidencias de la noche o charlamos de cosas que en la discoteca no hemos podido, porque la música está muy alta y no se puede charlar. Otras veces, si no hay ganas, pasamos por la croissantería de Recogidas que nos pilla de camino y que está abierta y pedimos una empanada de atún que a esas horas te entra que ni te cuento (Conversación informal nº 22. Lorena, 18 años).

Nos recogemos, pues no sé, depende a las 8 o las 10 de la mañana ya desayunadas» (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

4.1.3. Etapas en el consumo de alcohol

Generalmente, las personas jóvenes entrevistadas no suelen tener un tipo de consumo estándar durante su etapa de normalización del consumo. Sin embargo, posterior a esta etapa, nuestros informantes –salvo alguna excepción– han ido reduciendo el consumo de alcohol. Hemos recogido los argumentos que han expuesto para modificar el consumo, en su trayectoria con la sustancia, que pasamos a describir a continuación.

a) Escalada de consumo de alcohol

Después de la primera experiencia, aunque haya sido desagradable e incluso se hayan mareado y vomitado, por lo general siguen aumentando la cantidad de ingesta. Generalmente, es en esta etapa de aumento de consumo donde suelen tener la IEA que les lleva a las Urgencias. Este es el caso de Paloma, que en esa etapa afirma que salía y bebía todos los días.

Ahí sí bebía más porque estaba más tiempo en la calle. Cuando a mí me pasó lo de ir al hospital estaba en esa etapa de salir todos los días. Salía todos los días. Todos los días salía en esa época (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

De eso no me acuerdo pero como era chico [...] empecé bebiendo bastante menos cantidad de lo que puedo beber ahora, a lo mejor comencé bebiendo 5 o 6 copas ahora bebo 8-9 o media botella de alcohol destilado (Entrevista nº 6. Carlos, 25 años).

b) Fase adaptativa de autocontrol

Maika refiere seguir consumiendo e incluso más con el paso de los años. También hace referencia a la tolerancia de la sustancia con el tiempo. Al principio del consumo se emborrachaba más, pero con el tiempo bebe más cantidad pero ya no se emborracha. Esta joven comenzó a beber a los 16 años y ahora, 5 años después, se encuentra en la normalización del consumo abusivo. Hay jóvenes que siguen manteniendo estos consumos y otros, como hemos visto antes, que lo modifican descendiendo el consumo hasta un consumo social moderado. En el caso de esta chica, habrá que esperar unos años para saber cuál va a ser su tendencia. Así nos lo relata en su entrevista.

A los años ya lo tenemos «controlao», ya no pillamos los «ciegos» así mu... No bebemos menos. Vamos bebiendo más, pero más moderadamente. También porque cuando eres más joven bebes «pa» pillar el «ciego». Y para contar al día siguiente el «ciego» que pillaste. Ahora bebes más tranquila, también bebes más, porque bebes más tranquila y te entra «mogollón» el alcohol. Bebes más a gusto y te entran las copas. «Pos» ya ves, te entra una más «tranquilica», luego otra más rapidillo, luego te entran solas. Pero paras un poco. Entonces la verdad que bebemos más, pero controlamos más (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

A veces expresan que la experiencia de consumo hace que vayas controlando la ingesta en el punto que tu organismo no se resiente. Afirman que se puede conocer el límite personal de consumo alcohólico de cada individuo. Hacen referencia a los cambios en el organismo según aumentas el consumo. Otra cosa es que quieran.

Tu puedes beber y no emborracharte porque, ahora tú te conoces a ti misma y sabes a ver, que si pasas de... a ver, que tú te lo vas notando, porque el cuerpo te va cambiando... sabes a qué velocidad te lo tomas o... (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

c) Fase de estabilización del consumo

Finalmente y relacionado con el tiempo, expresan una fase de madurez, una fase de estabilización del consumo a nivel grupal en unos niveles en los que no sufren intoxicaciones etílicas, desvinculándose de otro grupo de jóvenes que sí realizan un consumo intensivo pero que no es lo habitual.

Aunque hay gente para todo... es que hay gente como te he dicho antes, hay gente que bebe por beber pero cuando pasan unos años ya eres más consciente... Yo no conozco gente mayor, de mis amigos, que se pille un «peo» de estos tremendísimos (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

4.1.4. Cambios en el patrón de consumo

El patrón de consumo de María, que ahora tiene 27 años, es similar a otras jóvenes, aunque el motivo por el que baja la intensidad del consumo sea diferente, pero sirve de referencia para ver las oscilaciones que trascurren en los itinerarios de intoxicación. Comenzó a beber a los 17 años, fue aumentando el consumo durante años,

estabilizándose en un consumo alto hasta los 24, que ha ido descendiendo hasta beber un día esporádico, un consumo moderado-bajo en un espacio de 11 años.

Sí, pero no en plan ya no bebo más, porque está mal o no me acuerdo, si no que el propio cuerpo conforme pasaban los años al día siguiente la resaca era insoportable, que a lo mejor con 24 años podía salir 4 días seguidos y estar mala un rato pero yo eso lo hago ahora, salgo un día y me tiro 3 malos, sobre todo mala de estómago, unas ganas de vomitar... (Entrevista nº 4. María 27 años).

Del mismo modo, Carlos nos explica en su entrevista que tuvo que cambiar sus hábitos de consumo, obligado por sus problemas digestivos y no porque pensara que bebía en exceso.

Me he puesto malo muchas veces y todas las veces he tenido que ir a Urgencias después. La borrachera la he pasado en mi casa, pero el dolor de estomago y los vómitos son los que me han hecho ir a Urgencias. Y es esta causa la que me ha hecho moderarme. Ahora consumo una o dos cervecillas con las tapas y los fines de semana 1 o 2 copas como mucho (Entrevista nº 5. Alberto, 28 años).

a) Cambio de grupo de amigos

María cambió de grupo de amigos porque ya tenía intereses diferentes a la bebida que sus amigos no habían adquirido. Nos contaba cómo sintió que la presión del grupo de amigos es más fuerte cuando eres más joven y más vulnerable. En el caso de esta chica, mientras sus intereses estaban en la diversión y coincidía con los intereses del grupo, disfrutaba de los consumos y las borracheras, pero ahora que sus intereses son distintos, se aparta voluntariamente del grupo.

No, por eso ya no nos vemos tanto, a ellas les gusta más salir de fiesta que a mí y yo prefiero estudiar, el cine, la cultura. Antes teníamos todas las mismas ganas de fiesta, ahora pues... más con mi novio (Entrevista nº 4. María, 27 años).

b) La pareja como factor protector

Diferentes factores contribuyen a cambios en el consumo de alcohol. Anecdóticamente, el tener pareja puede contribuir como factor protector del consumo intensivo. Fue uno de los motivos del cambio de conducta en María como hemos comentado anteriormente, y lo es también en otros como Carlos, Paloma y Penélope:

No, lo que pasa es que con él [novio] nos vamos antes... entonces bebo menos porque con él no suelo quedarme hasta las 8 de la mañana. Porque si él no va a bailar pues me aburro y yo ir a una discoteca a bailar a ir con mis amigos pero a bailar y si no pues te aburres (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Luego me paré mucho cuando me fui a vivir a Inglaterra, pero no bebía porque mi pareja no bebía (Entrevista nº 11 Penélope, 29 años).

En ocasiones, proyectan otras metas en relación a la pareja que los lleva a centrarse en estabilizar su conducta. Otro de los motivos, como argumenta Carlos, es tener responsabilidades que llevar a cabo. Del mismo modo, en el caso de Paloma las responsabilidades académicas hacen que moderen el consumo durante la semana.

Se puede decir que porque me he estabilizado, también tengo novia, también el año pasado tuve una cantidad bastante grande de asignaturas que no me permitían beber tanto. Ahora, como he perdido un poco el hábito, ya no me apetece tanto y ahora mismo, pues tengo el curso y me quiero centrar para ver si enfoco por ahí mi futuro (Entrevista nº 6. Carlos, 25 años).

Porque ahora con la facultad tienes que estudiar... y tienes que... pero antes cualquier fiesta o cualquier día, era bueno para salir. Ahora ya no. Ahora ya es más... (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

c) Cambios de actitud personales

Con el paso de los años, y la madurez algunos jóvenes de esta muestra, cuentan con la posibilidad y capacidad de articular el dominio sobre sus necesidades y se van separando paulatinamente del grupo de iguales. Algunos jóvenes, como Paloma, que

empiezan a experimentar esta fase de individualización, son capaces de visualizarse fuera del grupo. Es el comienzo de un cambio conductual hacia consumos más bajos.

Que yo, cuando empecé a ver... que mis amigas es que se ponían... ¡sí muy divertido muy divertido! Pero, se tiraban por el suelo, se ponían a rodar por el suelo, a llorar... A mí aquello ya no me hacía tanta gracia. El hecho de emborracharse ya no lo veía tan divertido. Al principio, sí, era muy divertido, estaba divertido la borrachera, tú estabas en tu mundo, te sentías... jejeje... pero luego, dejaba de ser divertido cuando veías... yo... cuando veía lo que hacían mis amigas (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

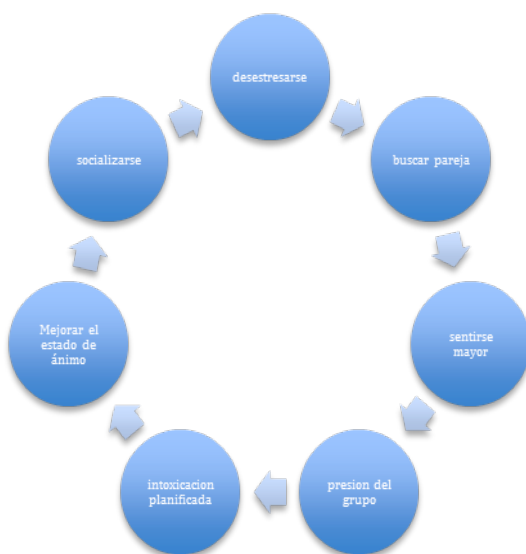
Claro ahora con los años se modifica tu relación con el alcohol por así decirlo. A principio bebes por beber y por emborracharte y que te dé risa... También es porque los demás lo hacen, tu grupo de amigos beben y tu también. En mi grupo, no había nadie que no bebiera. Yo, por ejemplo, ahora si no me apetece, aunque hagamos botellón, me llevo un zumo o bebo Coca-Cola, nada más... o... (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

4.1.5. Motivos de consumo

a) Divertirse y compartir experiencias con amigos y amigas

El consumo de alcohol es un fenómeno grupal. Las personas entrevistadas refieren con frecuencia que el motivo de salir y consumir es relacionarse con los amigos y amigas. No se trata de quedar con el amigo o amiga, a los que ves todos los días en clase o en el trabajo exclusivamente. Se trata de reunir a un grupo de personas con los que mantienen una relación más estrecha, pero también conocidos y amigos más lejanos, con los que tienen contacto por las redes sociales y no se ven a menudo. No se trata de tener una conversación trascendental, sino ir charlando un poco con unos y con otros de manera superficial. A menudo, según nos comentan los entrevistados, cada uno de los que han sido citados traen a otras y otros amigos, que se inician en el grupo y es la manera de conocer gente nueva, que no es del todo desconocida y quizás comenzar una relación sentimental (Nota de Campo. Conversación informal. Granada, 2010, octubre).

Ilustración 5. Motivos de consumo de alcohol.



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas para la tesis.

En el gráfico anterior se resumen los motivos expresados en las entrevistas realizadas. A continuación detallamos los discursos recogidos a cada uno de ellos.

b) La socialización

Roberto nos cuenta en su entrevista que cuando salen de fiesta las reuniones son multitudinarias. Uno de los mayores atractivos de salir de fiesta es charlar con muchos amigos a la vez durante toda la noche, distribuyendo el tiempo en relacionarse un tiempo con cada uno de los grupos.

Y estás de reunión con los amigos, hablas de muchas cosas, sin esa excusa no te reúnes, a lo mejor quedas con un amigo o dos a tomar café, pero a tomar café no te reúnes con 8 o 10 personas, esos momentos estás viendo a 10, 15 amigos y por ese motivo estás ahí hablando (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

En los discursos recogidos a lo largo del trabajo de campo, es habitual referir varios grupos de amigos y amigas con los que quedan en diferentes momentos y con los que realizan distintos tipos de consumos, pero cuando se trata de tus amigos más

cercanos, suelen dejarse llevar, consumen más y ocupan más espacio de tiempo y diversión.

Pues es que tengo varios grupos. Tengo muchos amigos... que no salimos todos en la misma pandilla. A veces salgo con compañeros de clase. Tengo amigos que salgo de vez en cuando a tomarme algo, para vernos... pero con mis amigos normalmente cuando salgo llego sobre las 8 de la mañana. ¡Jeje! (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

c) Sentirte mayor

Entre los motivos que argumentan para consumir, aparece recurrentemente la búsqueda de la desinhibición y el sentirte mayor. De hecho, muchos se inician en su 18 cumpleaños como fecha clave del paso a la adultez. Y es en la mayoría de edad de algún chico o chica del grupo donde muchos se inician y no pocas veces sufren su primera borrachera. Jorge y Roberto se sentían mayores bebiendo y realizando las mismas conductas que su grupo de amigos ya iniciados y que eran mayores que ellos. Sin embargo, Roberto está además predispuesto a la experimentación de nuevas sensaciones como motivación principal de consumo.

Pues un poco de euforia, sentirte más mayor, lo que supone probar cosas nuevas [hace referencia a otras drogas] y después los efectos. Los efectos del alcohol, pues... un poquito de mareo, un poco más de tontería de la cuenta (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Porque era el cumpleaños de un amigo y el mío. y el de mi amigo era pues seis años mayor que yo y como también salía con los amigos de mi hermano que es 4 años mayor que yo y como era mayor pues hacían botellón y bebí con ellos, más bien por hacer lo que hacían ellos, al fin y al cabo, sentirme más mayor (Entrevista nº 8. Jorge, 21 años).

d) La presión del grupo de amigos

El grupo de iguales es considerado uno de los más importantes predictores de consumo intensivo de alcohol. María expresa en su entrevistas la idea de que si formas parte del grupo, tienes que beber como todos; es una experiencia común, una práctica fundamental para mantener la permanencia grupal. La idea es coger el puntillo con todos y estar en la misma onda que los demás. Pero algunas veces, como refiere la entrevistada, se pasaba y se intoxicaba.

Creo, que yo bebía, porque como los amigos lo hacía... pues, [...] y cuando pillabas el puntillo estaba guay, pero claro eso no lo controlabas, decías esto no me pongo mala, hasta que te ponías mala (Entrevista nº 4. María, 27 años).

La mayoría de jóvenes se sienten influenciados inevitablemente por su grupo de iguales, especialmente al inicio del consumo. Paloma, si quería salir con sus amigos, tenía que realizar las mismas conductas que ellos si pretendía ser aceptada como miembro del grupo. Entre los jóvenes entrevistados, no todos los grupos de jóvenes se comportan de la misma manera. Aunque siempre sienten cierta presión para beber, como refería María, en ningún momento nos contó que la obligaran sino que era una decisión propia. Sin embargo, el grupo que frecuentaba Paloma era más coercitivo. En este sentido, expresa un sentimiento de inevitabilidad. Refiere sentirse obligada a beber.

No era pasárselo bien, era beber ¡era como una obligación! Que salías y estabas obligada a beber. ¡PORQUE LOS DEMÁS BEBÍAN! (Entrevista nº 9. Paloma 23, años).

e) Intoxicación planificada

Algunos de los jóvenes entrevistados se intoxicaron sin haber tenido intención previa, sino que nos expresan en las entrevistas que ha sido una situación fortuita, no buscada. Mientras que otros y otras jóvenes se planifican y ejecutan las ocasiones de consumo con intención toxicofílica. Nuestros informantes Alberto y Jorge determinan de antemano su propia embriaguez.

Sí, bebo con intención. O porque te apetecía emborracharte y hacer tonterías (Entrevista nº 5. Alberto, 28 años).

Sí, claro, en alguna ocasión me he dicho hoy sí, hoy sí va a caer. [...] Sí porque llevaba mucho tiempo [...] y digo [...] he dicho, ¡pues hoy va a caer!. Hoy va a ser el día mejor. Hoy. Yo, generalmente, cuando me emborracho, sé que me voy a emborrachar. Otra cosa es, que muchas veces, es que empiezas y te lías. Generalmente, sí, yo cuando [...] sí que me voy a emborrachar. Yo lo sé, cuando quiero emborracharme. (Entrevista nº 8. Jorge, 21 años).

Para algunos de las personas jóvenes entrevistadas, el beber se ha convertido en una búsqueda rápida de la embriaguez como objetivo. Algunos de los y las jóvenes muestran intención clara de realizar este patrón de consumo e incluso tienen que superar contratiempos para llevar a cabo el objetivo previsto. Como es el caso de Maika, quien nos comenta que sale con sus amigos con intención de emborracharse, porque le gusta beber al ritmo de su grupo, aunque ello suponga no salir con su novio, quien no participa de esa intensidad de consumo. Maika realiza dos tipos de consumo: uno excesivo con sus amigos y uno moderado con su pareja.

Que además me «hincho», es que nos gusta, es que mis amigos tienen un ritmo de beber... que no tiene mi pareja, entonces cuando estoy con él bebo poco y cuando estoy con mis amigos, pues... bebo a su ritmo (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

f) Mejorar estado de ánimo

La relación entre baja autoestima y riesgo de consumir abusivamente alcohol es un tema referido en ocasiones por los chicos y chicas entrevistados. Los jóvenes esperan, al consumir alcohol, los efectos placenteros de una ingesta moderada, lo que no se relaciona con la ingesta abusiva que realizan con la que consiguen efectos perjudiciales que no desean. Por otro lado, el efecto más esperado por los chicos y chicas es un estado de ánimo más positivo, creen que el consumo de alcohol les va permitir sentirse mejor y confiar más en sí mismos. Algunas jóvenes, como Patricia, buscan la borrachera para minimizar los sentimientos de tristeza. Esta joven de 20 años afirma consumir porque estaba deprimida.

Estaba emocionalmente mal... pero no tomo medidas para no beber, allí fue el inicio de beber (Entrevista nº 10. Patricia, 20 años).

Pero, en ocasiones, las expectativas acerca de la borrachera no se cumplen. Esta chica relata cómo las expectativas creadas son mejores que la realidad posterior y que lo que se intuía como divertido terminaba no siéndolo en absoluto.

Al principio sí. Había veces que no era tanto el hacerlo como el decirlo. Era... uhhhh nos vamos a pillar un «peo»... esta noche nos vamos a pillar un «peoooo». Que yo cuando empecé a ver... que mis amigas es que se ponían... sí muy divertido muy divertido... pero... (Entrevista nº 7 Maika, 21 años).

Esta chica vuelve a relacionar los estados de ánimo y la baja autoestima con el consumo de alcohol. Le atribuye efectos positivos al alcohol, del que espera obtener cómo sentirse más fuerte, más locuaz y capaz de realizar cosas, de las que sin el efecto del alcohol sería incapaz. En realidad, algunas de estas personas lo que esperan al consumir, como en el caso de Penélope, es mejorar sus carencias personales.

Pues, porque me siento más fuerte, más capaz de hacer las cosas que sin copas. No sé explicarme, como que soy más Penélope, que sin copas. Yo ahora estoy pasando por una época un momento que me quiero bien poco, me tomo una copa y parece que me sube un poco. Hablo más, me comunico más, soy capaz de esto... (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

El consumo de alcohol ha sido descrito por las personas jóvenes entrevistadas desde una perspectiva de búsqueda de diversión y desinhibición. El conjunto de creencias y expectativas al respecto de los beneficios y efectos del consumo que tienen las personas jóvenes entrevistadas a menudo está relacionado con actitudes más positivas hacia el consumo de alcohol. Este es el caso de Eva, que relaciona el consumo de alcohol con efectos positivos como reírse y estar más contenta.

Sí, en plan de vamos a ponernos contentas, para reírnos o simplemente por eso... Claro, digo, porque la risa, te empezabas a hablar con todo el mundo, te desinhibías, que si mira este... (Entrevista nº 2. Eva, 22 años).

g) Para desestresarse

Las personas entrevistadas durante la época de exámenes han tenido estrés y presión y no han salido de marcha durante varias semanas; cuando terminan y salen tienen intención de emborracharse para «desquitarse», como si lo necesitaran. Son dos espacios totalmente opuestos los que practican los jóvenes: un tiempo de abstinencia durante los exámenes y un tiempo de borrachera posterior.

Sí, bebo para emborracharme. Pues por haberme quitado la presión, haber salido de una época de mucho estrés y decir, en cuanto salga de esa época me voy a emborrachar y me da igual todo [risas] (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

En ocasiones, algunos de los jóvenes entrevistados hacen referencia a salir de la presión de la casa familiar. Patricia, que no es estudiante, sino que trabaja en un comercio, busca en la salida de fiesta con las amigas y amigos un espacio de distensión, relajación, búsqueda de nuevas amistades e incluso pareja. Sin embargo, refiere su casa como un lugar donde no le dejan espacio para desarrollar sus gustos. Considera que sus padres ejercen sobre su vida una actitud demasiado restrictiva y opresiva, y necesita salir para despejarse.

Porque mis padres no me entienden, y yo como no soy de contarle las cosas a nadie, pues me encierro yo sola, y lo paso mal. Ellos no me entienden, mi madre me pregunta: ¿qué te pasa? y yo me meto en mi cuarto y me hincho de llorar. Son muy estrictos, no quieren que salga tanto. ¡No te gastes el dinero o, haz esto, o lo otro! y yo me agobio, porque yo no hago nada malo, yo ni drogas, yo, es con mi ropa, con mis cosas, con mis caprichos, mi trabajo. Me gusta salir, ir a la Mae [discoteca de moda] y beberme mi copilla, es normal. Yo cuando tenía mi novio, sí salía todos los días. Pero yo ahora, pues estoy sola, y me gusta conocer a gente. Yo en mi casa no puedo estar sola y ellos no me entienden. Que si no salgas, que si llegues antes a la casa. [...] si estoy en casa por la mañana [...] no puedes poner la tele [...] que si ayuda en casa... ¡¡¡¡¡madre mía!!!! (Entrevista nº 10. Patricia, 20 años).

En este caso, Penélope de 29 años también expresa sensación de agobio en el ambiente familiar y la salida de casa tiene connotaciones de desahogo de responsabilidades y de búsqueda de complicidad en el grupo de amigos. Esta joven

nos comenta que su padre es bebedor habitual y se pone muy pesado, y la salida del espacio familiar se convierte en una liberación.

Por encontrarme con mis amigas, por romper la rutina, porque mi casa es muy incómoda, entre la enfermedad de mi madre y las copas del otro [su padre] mi casa es muy incómoda. Mi padre es un coñazo, porque con el lobazo, le da por decirte lo que yo te quiero, venga darte besos, entonces sales y te vas de marcha (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

h) Encontrar pareja

A menudo, la respuesta de los motivos de beber va unida a los motivos de salir, porque, como hemos dicho, una cosa va ligada a la otra. Algunos de los chicos y chicas entrevistados salen y beben para relacionarse y ligar. Estos son los casos de Patricia y Penélope, que quieren buscar novio a la vez que evadirse de las responsabilidades cotidianas.

Salgo para buscarme un novio, ¡pero que no me sale!, porque me agobio en mi casa, para ver a mis amigas y desconectar un poquillo porque en mi casa no puedo beber ni fumar (Entrevista nº 10. Patricia, 20 años).

Entonces sales y te vas de marcha. También por conocer a alguien, aunque por la noche [...] ni por la mañana (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

4.1.6 Historias de borracheras

La borrachera es una circunstancia esperable e incluso buscada dentro del contexto de la diversión entre las personas entrevistadas en nuestro estudio y vista con normalidad dentro del espacio de ocio. En realidad, van buscando los efectos agradables y placenteros que esperan conseguir a través del alcohol. Sin embargo, no siempre los consiguen porque los consumos intensivos que practican los hacen experimentar situaciones desagradables e inesperadas como las IEA. Por otro lado, aunque es habitual emborracharse cada fin de semana, no todos acceden a los SUH. Eva afirma en su entrevista que las borracheras son algo habitual y normal en cualquier día de salida y que nadie se escandaliza de ello, pues están acostumbrados a ver a las personas jóvenes borrachas.

¿Borrachera? [...] ¡Claro! [...] porque es que todo el mundo está acostumbrado a verlo y lo consideran normal (Entrevista nº 2. Eva, 22 años).

Este joven considera que los que acceden a Urgencias por borracheras es porque no están acostumbrados a beber como él. Las intoxicaciones recurrentes son lo habitual en los días de fiesta. Roberto afirma emborracharse 3 o 4 veces al año. Además refiere en incontables veces presentar lo que él denomina «síntomas de alcohol», y asegura que cuando vomita se siente mejor.

Para mí no, para la gente que bebe menos, pues sí, pero vamos, tienes síntomas de alcohol, de estar más o menos borracho, pero no. Bastantes veces me he emborrachado a lo largo de mi vida, las 3 o 4 al año. Me habré puesto con náuseas, vómitos y en cuanto he vomitado la sensación ya ha sido mejor (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Vomitarse como medida de minimizar los efectos negativos para después seguir bebiendo es una práctica común entre los jóvenes consumidores de alcohol que han participado en esta investigación. Paloma nos contó así cómo utilizaba esta conducta en su época de mayor consumo:

Sí, ya soy más... tendría 16 o 17 años... que ya llevaba bebiendo unos cuantos años... que sí... que me había puesto mala de vomitar, pero a lo mejor vomitaba y me quedaba en la gloria y ya me quedaba bien (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

a) Pérdida de control

En algunas ocasiones, sobre todo cuando se produce el inicio al consumo de alcohol, la intoxicación sucede como algo fortuito porque aún no tienen calculado la cantidad con el efecto deseado, no se sabe cómo regular el consumo. Juan Antonio nos cuenta en su entrevista que perdió el control sobre sus actos. Sin embargo, Eva y su amiga después de vomitar, aunque no perdieron el conocimiento, estuvieron horas sin poderse mover.

Un poquito de pérdida de control de la situación pero nunca me ha pasado olvidarme de lo que ha pasado, pero sí que te desinhibe un poquillo más y como que pierdes un poquillo el control de la situación (Entrevista nº 3. Juan Antonio, 22 años).

Estábamos en «Due», una discoteca, nos metimos, fue entrar y dijimos vamos al servicio y ya no nos levantamos, yo me puse a vomitar, ella también fatal, estuvimos casi dos horas que no nos podíamos mover. Dijimos, ¡claro! mezclamos bebida blanca, con la otra, que es malísimo, y que tampoco comimos. Fue a las 12 de la noche, en plan de vamos a beber para ponernos graciosas y ya no nos pudimos menear más (Entrevista nº 2. Mujer, 22 años).

b) El subidón

El emborracharse durante la fiesta es algo habitual. En este sentido, todas las personas jóvenes entrevistadas han manifestado haberse emborrachado alguna vez. Entre las personas jóvenes con las que hemos hablado, aunque no tenían intención previa de emborracharse, terminaban emborrachándose, porque no tenían un control de lo que bebían, ni se ponían un tope. En ocasiones, beben una copa detrás de otra sin control y cuando se dan cuenta ya tienen todo el efecto del alcohol acumulado. Es a este efecto a lo que llaman en nuestras entrevistas «subidón» y así nos lo explica Eva al narrar la IEA que ocasionó su atención en Urgencias:

Pues nos fuimos con unos amigos por Motril de tapas, una cerveza y luego dos vinos y en el pub de Vélez dos cubatas. Pero los dos riojas y los cubatas en el pub de Vélez, que es el único [...] que ese hombre te echa todo esto de alcohol, [señala con los dedos pulgar e índice] pues te lo echa aquí, [...] y dos de él es como cuatro en cualquier otro sitio y con lo que llevaba de antes me dio un «subidón» de alcohol. Otras veces no me ha pasado, me cogería el cuerpo de otra manera y con eso de subir todo de tirón pero no fue beber copas y copas, pero bueno... la mezclilla, pero bueno. Es que fue estar con la copa y decir voy al servicio, como me siente muchas veces no me levanto, me da el bajón, no me encontraba mal, pero vamos, es que tampoco lo noté sino que fui a hacer pis y ahí me quedé. Estaba un poquillo y al sentarme ya... mi amiga me dijo, Eva, Eva, pero no, yo creo que estaba, para mí fue como dormirme, que no era dormirme. (Entrevista nº 2. Eva, 22 años).

Yo creo que ha surgido, nunca he bebido con la intención de emborracharme, he empezado a beber y hasta que la he pillado sin darme cuenta (Entrevista nº 6. Carlos, 25 años).

Me he emborrachado porque he mezclado bebidas, vino blanco con copas. Pero te notas que te mareas, que no controlas, que te dan vueltas las cosas, sobre todo con el

tema de los chupitos... que no los controlas... te bebes cuatro chupitos y ¡ya!... Son vasitos pequeños de alcohol puro que mezclas con Beefeater, te vas tomando uno con la excusa [...] lo mezclas y [...] ¡ya!... (Entrevista nº 10. Patricia, 20 años).

c) Lagunas mentales

Las personas que participaron en esta investigación, aunque en pocas ocasiones, deciden ir a urgencias, es frecuente tomar medidas para intentar corregir los efectos indeseados y muchas de las veces se intoxican hasta el punto que no recuerdan lo que hicieron ni cómo llegaron a casa. Así nos cuenta María sus experiencias de borracheras:

Sí, pero no tanto, bueno, aquella vez del hospital, pero creo que ya no tantísimo de tener que darme un Red Bull, de no acordarme de las cosas, que llegas a tu casa bien y dices, no me acuerdo cómo llegué, bastantillas veces, además. [...] Muchas veces no he recordado lo que había hecho, otras veces me acuerdo dónde hemos estado, pero hay días que no he sabido cómo he llegado a mi casa o quién me ha llevado. No sabes si has visto a alguien conocido o si has estado soñando (Entrevista nº 4. María, 27 años).

En los procesos de las borracheras los jóvenes experimentan situaciones de riesgo ante la vulnerabilidad de no recordar lo que han hecho o con quién han estado durante espacios de tiempo más o menos largos. Carlos de lo único que se acuerda es que se divirtió, sin embargo asegura no recordar parte de la noche ni siquiera si ha llegado a caerse y perder el conocimiento.

Sí, es que no me acuerdo tampoco, es que parte de la noche no la recuerdo, qué dije, me lo pasé bien pero al día siguiente es cuando te arrepientes, cuando me emborracho bastante, al día siguiente empiezo vomitando. Tengo lagunas durante la noche, bastantes lagunas, pero perder el conocimiento de llegar a caerme creo que no (Entrevista nº 6. Carlos, 25 años).

Las creencias de las personas jóvenes entrevistadas acerca de los efectos del alcohol, suelen estar distorsionadas. A menudo, idealizan los beneficios del consumo, seguramente porque no quieren cambiar de conducta, como Maika. Esta joven en su entrevista minimiza los síntomas desagradables enfatizando los buenos momentos.

Aunque se sintió físicamente mal y estuvo el día siguiente vomitando, asegura sin embargo cuando la entrevistamos que se lo paso genial:

El día de las bombas, yo me lo pasé muy bien, sin contar «to» el «chungazo». Y cuando estuve fatal, el día siguiente que pillé el «ciego», me levanté super mal, que bebía agua y la vomitaba porque el alcohol lo tenía en el cuerpo, pero me lo pasé muy bien, me lo pasé súper bien. ¡Qué pasa! (Entrevista nº 7, Maika, 21 años).

Es común en nuestras entrevistas que los jóvenes reduzcan el número de copas que afirman haberse tomado. Muchas veces porque no lo saben, porque no llevan un control y llega un momento en que ya no llevan la cuenta, ni lo pretenden.

Estaba con mis amigos en el pueblo bebiendo de marcha. He tomado 4 cubatas [señala con los dedos de la mano guardando el pulgar] y he tomado también porros, unos cuantos. Solo alcohol y porros (Conversación Informal nº 2. Alberto, 24 años).

[...] Jeje, ¡qué va! Muchas más, muchas más. ¡Al final solo bebía de la botella! [poniéndose el pulgar de la mano derecha en la boca con la mano extendida como si se tratara de una botella imaginaria, comenta el amigo que lo trae] (Conversación Informal nº 2. Alberto, 24 años).

4.2. Sintomatología percibida del consumo de alcohol

Ciertas creencias y expectativas sobre los beneficios del alcohol favorecen el consumo entre los chicos y chicas entrevistadas. Estas expectativas se consolidan a partir de las experiencias de las personas jóvenes estudiadas frente al consumo, ya sea directamente o a través de la experiencias del grupo de iguales.

A menudo las sensaciones placenteras que relatan no serían placenteras para la mayoría de las personas porque son síntomas indeseables. Sin embargo, las personas entrevistadas no los perciben de esa manera. A continuación describimos los síntomas agradables y desagradables que más han referido en las entrevistas que hemos llevado a cabo.

Tabla. 32. Sensaciones referidas del consumo de alcohol

SENSACIONES REFERIDAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL	
AGRADABLES: Efectos positivos	DESAGRADABLES: Efectos negativos
Desinhibición	Resaca, vómitos, cefalea, dolor de estómago
Habilidades idiomáticas	Descoordinación motora
Habilidades sociales	Vértigo, mareo
Claridad mental	Síntomas depresivos: Arrepentimiento posterior
Sensación de felicidad	Comportamiento denigrante
Aumento de autoestima	Pérdida de control en el consumo

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas para la tesis.

4.2.1. Sensaciones agradables

Todos estos síntomas y sensaciones se entrecruzan en las explicaciones de las personas jóvenes entrevistadas. A continuación, describimos con detalle las sensaciones que interpretan como buscadas y placenteras las personas jóvenes de nuestro estudio.

a) Desinhibición

El mayor de los efectos buscados es la desinhibición, puesto que la idea es relacionarte con mucha gente y reírte o hacer cosas, que sin la desinhibición no te atreverías. Con el alcohol perciben un falso control de sí mismos. Una especie de sentimiento de seguridad para desempeñar un papel en las relaciones sociales. Así lo explican Roberto y María en sus entrevistas:

Sobre todo desinhibición social, te relacionas más en el momento que estás bebiendo, pues tienes la risa más fácil, estás más de cachondeo (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Creo que te desinhibe, te explayas y pierdes la vergüenza, te ríes mucho, creo, el mareíllo que te da cuando es moderado. Cuando dices, ¡dios mío, me he pasado! Ya no (Entrevista nº 4. María, 27 años).

Normalmente se relaciona la diversión con la risa. Si en la noche te has reído mucho, es que te lo has pasado muy bien. Para reírte es necesario coger un nivel de consumo de alcohol suficiente para que te resulte divertido lo que en condiciones normales no lo sería. En ocasiones, se busca para iniciar conversación con alguien con el que no tienes confianza, sobre todo si es del sexo contrario. Algunas veces las chicas como Eva se escudan en la intoxicación para iniciar relación con los chicos.

Hago más el tonto, me río más con mis amigas pues te desinhibes, te da menos vergüenza, cuando te desinhibes, con unas copillas, no te da ya vergüenza decirle algo a alguien o ponerte a bailar, haciendo más el tonto, que en condiciones normales no lo haces. Pero ahí estás, en un ambiente que está todo el mundo como tú, y cada uno va lo suyo, y como que no te da vergüenza lo haces. Pero que tampoco es un placer intenso (Entrevista nº 2. Eva, 22 años).

Te lo pasas muy bien, el cosquilleo, te ríes, la risa floja, está bueno (Entrevista nº 4. María, 27 años).

b) Habilidades idiomáticas y sociales al efecto de la intoxicación

Carlos nos contaba que adquiriría habilidades inusitadas al ingerir alcohol. Comienza bebiendo porque le gusta el sabor y va adquiriendo habilidades psicosociales y lingüísticas.

Más bien cuando estoy bebido que estoy más alegre, más suelto, tengo más labia, sabes hablar todos los idiomas y mientras para empezar a beber, el gusto que te gusta esa bebida, que tampoco es desagradable» (Entrevista nº 6. Carlos, 26 años).

Algunos creen que el efecto positivo de la bebida tiene un nexo de unión con el entorno y las personas con las que consumes. Consideran el efecto del alcohol un constructo de estos tres elementos. Para alguno de los jóvenes entrevistados, como Juan Antonio, el ambiente grupal de distensión que se crea entorno al consumo de alcohol es tan importante como la sustancia misma. Así nos lo explica en su entrevista.

Al desinhibirte un poquito más, como que te sueltas un poco y pierdes la vergüenza pero así como algo más agradable no, será un poco el ambiente, yo creo que si bebiera alcohol y estuviera solo o en compañía que no me es grata no percibiría nada positivo, quizás algo negativo pero yo creo que es condicionado por el entorno, si estoy a gusto estoy más a gusto porque esté un poquito más contento, pero poco más (Entrevista nº 3. Juan Antonio, 22 años).

c) Claridad mental

Este joven tiene la sensación de que el alcohol estimula el lóbulo frontal derecho, la parte del cerebro que se encarga de captar las bromas. Refiere en su entrevista que el mareo del alcohol infunde claridad mental y lucidez. Alberto explica que cuando esta mareado se ríe más y todas las bromas le hacen gracia bajo los efectos del alcohol.

Al principio mareílo y más, pues como que tienes la mente despejada, pero tampoco, tienes más ganas de broma, más lúcida la mente pero para las bromas (Entrevista nº 5. Alberto, 28 años).

d) Sensación de felicidad

En nuestros resultados es común que las personas jóvenes comenten que cuando consumen alcohol sienten sus sensaciones aumentadas. Determinados estudios afirman que produce en el cerebro estímulos superiores al placer generado por el sexo o la comida (TORRES ET AL., 2007). En este caso, Jorge, el joven entrevistado, tiene la sensación de ser más feliz al beber. Y Paloma expresa el aumento de autoestima secundaria a la borrachera, como que se siente más «guay» bajo los efectos del alcohol.

No lo típico que... cuando que te chispas un poquillo, pero tampoco... no sé... una sensación más de así más de... felicidad por así decirlo. Desinhibido. Pero lo de salir es lo típico porque sales a beber y cuando empiezas así, el primer día no te pides una copa, pero luego sí te la pides, como te gusta, pues eso, te pides otra y ya... (Entrevista nº 8. Jorge, 21 años).

Sí la modifica, sí es cierto que tú te sientes más... como que lo ves todo más guay... más... ya te digo... es esa época sí... me sentía como que el alcohol me daba algo. Sí... Ah, qué guay estás borracha no sé qué... (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

4.2.2. Sensaciones desagradables

Antes de consumir alcohol, las expectativas acerca de la posibilidad de que se produzcan efectos positivos era mayor de que ocurrieran efectos negativos entre las personas jóvenes entrevistadas. A menudo, recordaban las experiencias positivas, obviando las negativas, de manera que persisten en el consumo de alcohol buscando los efectos agradables. En este mismo orden de cosas, la percepción de los beneficios al consumo entre los jóvenes entrevistados estuvo relacionada con el consumo intensivo y la baja percepción de los riesgos.

Por lo general, hacen referencia a síntomas de intoxicación física como los motivos más desagradables, pero otras veces hacen referencia a sensaciones psicológicas o de personalidad.

A continuación describimos con más detalle los efectos negativos que nos han expresado las personas jóvenes entrevistadas.

a) La resaca: mareo, vértigo, vómitos, cefalea, dolor de estómago

Los síntomas más reiterativos de los jóvenes, identificados como desagradables, son los comunes de la resaca. Síntomas asumidos como banales, sin importancia y esperables después de la salida nocturna. Todos estos síntomas aparecen cuando la ingesta supera los mg/dl de alcohol que el organismo puede asumir. Para Roberto, Eva, Paloma, Maika, Penélope, Carlos y María lo peor son los vómitos y el mareo. Así nos lo cuentan en sus entrevistas:

Pues hombre, después, desagradables sí me he puesto malo, mareo, náuseas, poco más, es lo más normal esto, lo que pasó esa vez ya... (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Sí me pasó, mareo, que te tienes que estar tumbado en la cama y te va dando vueltas la habitación, que eso es lo que he experimentado alguna vez y a lo mejor ganas de vomitar luego, cuando me he puesto malilla (Entrevista nº 2. Eva, 22 años).

Claro, pero cuando ya estas «peo», es la angustia y lo peor es el mareo... que te mareas, pero la angustia es algo que... la angustia es que no la aguantas, porque dices o vomito o ¿qué hago? Entonces la gente... ya... es que dices voy a ir a vomitar, porque luego no te encuentras bien. Pero te quitas la angustia vomitando porque si no... y más cuando a lo mejor vas en un taxi ¡ufff! «mareá perdía» y tienes que decirle, para un momento, que no que ya estás llegando, pero mira, que voy a vomitar y ya te para, abre el coche... la angustia es lo peor (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Sí, siempre me arrepiento después de haber bebido, siempre llego a la casa y me arrepiento, me encuentro mal, muy pocas veces no vomito, porque no me debe de sentar bien. Siempre le digo a las niñas, no me dejéis beber pero al final siempre caigo, cuando ya me he tomado varias tapas y me encuentro el estómago lleno ya vuelvo a beber. Llego a la casa, me tumbo y todo me da vueltas, ya empiezo a vomitar. Cuando llego a las seis de la mañana, un sábado como compulsivamente lo que haya en el frigorífico y después me tumbo me da todo vueltas y vomito» (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

Al día siguiente, dolor de cabeza,. Si bebo mucho vomito todo el día. A mí me cuesta recuperarme, si empiezo a vomitar a las 8 o 9 no paro hasta las 4 o 5, a lo mejor cada 20 minutos» (Entrevista nº 6. Carlos, 25 años).

Cuando te pasas, si ves que no coordinas o no puedes hablar bien y el después es peor, la resaca, me mata el dolor de estómago, que son ganas de vomitar y por más que vomitas no se te quita y te dan ganas de comer y luego lo vomitas (Entrevista nº 4. María, 27 años).

A menudo todos estos síntomas, que en un principio han considerado banales, han sido los que les han decidido a moderar el consumo. Juan Antonio y Paloma llegaron a la conclusión de que no les sienta bien beber. Y refieren que no les merece la pena pasarse bebiendo, porque la etapa posterior de molestias físicas en los días sucesivos les parece muy desagradable.

Sí, más que nada porque como yo tengo el estómago delicado me suele sentar regular, si he bebido alcohol, sí que me he sentido un poquillo joder, pues sé que tengo este problema no debería haber tomado estas dos copas (Entrevista nº 3. Juan Antonio, 23 años).

Es esto que te he contado del día después; que este mejor o peor... es que yo pienso que tampoco me sienta nada bien. Durante o mientras estoy bebiendo me sienta bien, no me duele nada, pero yo pienso que el alcohol no me sienta nada de bien, porque al día siguiente no me encuentro igual de bien que si cuando no bebes. Porque si vomitas, pues sí es desagradable, la peor sensación es mientras no estás vomitando, el mareo y el... [...] Eso es horrible, el sentirte desorientado (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

b) Pérdida del control

En ocasiones, hacen referencia a no tener control sobre sus actos y no querer dejar de beber una vez que empezaban, experimentando el efecto adictivo del alcohol. María siente que bebe compulsivamente hasta que ya no puede beber más, y cuando deja de beber ya está intoxicada. Así, nos comenta lo que le ocurre en su entrevista:

No poder parar de beber no, no querer sí, porque cuanto más bebes más quieres, pero hasta que dices basta, que no puedes más. Tampoco es que digas, cuando no puedo

más, digo, no puedo más, hay veces que lo digo demasiado tarde (Entrevista nº 4. María, 27 años).

c) Comportamiento denigrante

Otras veces identifican como desagradable las conductas realizadas bajo los efectos del alcohol. Paloma, cuando observa con perspectiva unos años después la conducta de sus amigas, consideraba que lo de menos era el mareo o los vómitos. Sin embargo, consideraba denigrante las actitudes de sus amigas, quienes se tiraban por el suelo en «condiciones deplorables». Estas actitudes le hicieron cambiar de grupo de amigos, según nos comentaba en su entrevista:

Claro y no es... que lo peor del alcohol no es vomitar y sentirte mal yo creo, es cuando ves... yo cuando veo a mis amigas... que dicen... Antes yo solía ir con otra gente... que decían ¡vamos a pillar un «peo» guapo!...y luego las veías... y decías ¿pero qué «peo» guapo vas a pillar?! Si es que... ¡da vergüenza hasta ir con vosotras! [rodaban por el suelo totalmente enajenadas] (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

d) Depresión tras borrachera

A menudo se ha hablado de los factores de predisposición de consumo problemático entre ellos, problemas de asertividad y autoestima, así como problemas en su entorno, como tener familiares alcohólicos. Penélope reflexiona acerca de su propio consumo. Le pregunto sobre los efectos desagradables de beber y no identifica síntomas físicos, como es habitual en los chicos y chicas cuando les preguntamos sobre este tema. Ella refiere síntomas psico-emocionales, personales, que afloran magnificados cuando realiza consumos intensivos.

Lo peor es que me siento muy mal, muy triste después de beber, lloro mucho, igual que mi padre [padre alcohólico]. Soy una persona que no he aprendido a quererme ni a valorarme... entonces pues... no es que quiera dar pena sino que digo: ¡qué poca suerte tengo! que no sé qué y me da por llorar pero al día siguiente, digamos que me arrepiento de mi comportamiento con copas y después de como soy (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

4.3. El preámbulo de la asistencia sanitaria en el Servicio de Urgencias

Los relatos que hemos recogido muestran que las personas entrevistadas suelen beber excesivamente aunque los jóvenes entrevistados no lo reconocen. Es común entre las personas entrevistadas argumentar al explicar la IEA en Urgencias que a menudo realizan ingestas de alcohol similares a las que les traen a Urgencias en el día de la entrevista e incluso más cantidad en otras ocasiones y que no les ha pasado nada.

A continuación, pasamos a describir las experiencias que las personas jóvenes atendidas en Urgencias nos explican que han tenido antes de tener que ser atendidos en el Servicio de Urgencias. Hacen comentarios acerca de las conductas mantenidas y de las ingestas de alcohol realizadas.

El caso de Roberto es especial porque, a diferencia de los demás jóvenes que suelen llegar inconscientes por el consumo excesivo de esa noche, Roberto llega consciente, aunque debería de haber perdido el conocimiento si no estuviera acostumbrado a beber excesivamente, porque el consumo realizado en el día de la entrevista era extremo. Sin embargo, llegó asustado por el efecto que le había causado la mezcla de drogas. Así nos lo refiere en su entrevista:

Pues pude beber unos 10-11 cubatas y 1 litro de cerveza y de alcohol era ron y también creo que 2 o 3 chupitos de absenta [licor con mucho alcohol], lo hay en diferentes grados, pero el más flojo tiene 40 grados, fue un chupito, que dices ¡vamos a calentar!. Empezamos a beber, estábamos frescos y dices, vamos a beber esto, a ver si nos calentamos más. Además ron, 8 o 9 cubatas de ron, 1 de whisky cuando ya me quedé sin ron y a las 8 de la mañana cuando fuimos para casa estuvimos charlando y nos compramos 2 cervezas y había consumido 3 o 4 rayas y 1 porro (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Sin embargo, en los discursos recogidos, se observa cómo suelen perder el control sobre las cantidades bebidas. Comienza a beber en la casa, el botellón, los pubs, y terminan en la discoteca y van sumando alcohol hasta que pierden la cuenta. Estos son algunos de los casos de nuestra muestra:

Todavía permitían el botellón en la calle. Pues tendría 18, 19 años y después 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 (Entrevista nº 6. Carlos, 25 años).

He bebido muchísima cerveza, muchísimo vino y whisky porque no había Coca-cola light, entonces empecé a beber whisky solo con mucho hielo (Entrevista nº 11 Penélope, 29 años).

Hoy supongo que me he pasado con la bebida. He estado en el botellón y luego he ido a «la Campus» he pedido una copa. Me he tomado 7 cubalibres de vodka y 1 cerveza» (Conversación Informal nº 5. Antonio, 23 años).

En ocasiones a priori tienen la intención de beber una cantidad limitada de bebida, pero no son capaces de controlar. Para explicar este hecho utilizan el término «irse la mano» como si no tuvieran control sobre ella cuando beben y tuviera vida propia.

Hoy he bebido mucho, mucho, no sé, 10 o 12 cubalibres. Es la primera vez que me pasa. La idea era coger el punto, pero se me ha pasado la mano (Conversación informal nº 14. Tony, 25 años).

En las entrevistas realizadas, ha aparecido el concepto «bebida de carga». Con ello hacen referencia a beber más cantidad de entrada para entonarse, coger un nivel de pre-intoxicación. Celebrar el cumpleaños de alguno del grupo supone una excusa para beber más de lo habitual, como hemos referido en el apartado de cambios en el consumo. Así nos lo comenta la amiga que acompaña a Fátima:

Hoy es mi cumpleaños, hemos hecho botellón en mi casa, Fátima habrá tomado dos cubatas «de carga» [significa que tenían más alcohol que un cubata normal], después nos hemos ido a «la granada diez» y allí se habrá tomado 6 o 7 cubalibres bastantes cargados que yo haya visto. Pero que yo he tomado lo mismo que ella o más y estoy bien. Es que es joven y no está acostumbrada. Tampoco bebemos todos los días ni mucho menos, solo el día que salimos; que suele ser un día a la semana. Pero hoy como era mi cumpleaños hemos tomado más» (Conversación Informal nº 8. Fátima, 18 años).

Cuando las personas jóvenes llegan a los Servicios de Urgencias, se intenta conocer la cantidad de consumo. Para ello, es necesario indagar a conciencia y preguntar a los amigos y amigas el número de copas que han consumido, el cual va ascendiendo considerablemente a lo largo de la entrevista. En las entrevistas, hemos encontrado incongruencias entre preguntas directas e indirectas sobre la cantidad de alcohol consumido, lo que puede indicar que las personas jóvenes estudiadas minimicen cantidades ante el personal sanitario. Como es el caso de Moisés, 18 años.

Investigadora: ¿Cuánto has bebido hoy?

Moisés: Sólo 4 o 5 cubatas, lo de siempre.

Investigadora: [Le pregunto al amigo]

Amigo: Pues nada estábamos bebiendo, nos compramos una botella para dos o tres y nos la bebimos como siempre.

Investigadora: Pero solo estabais los dos y una botella de licor tiene para 12 o 13 cubatas de un pub, o sea que os habréis bebido mínimo 6.

Amigo: A lo mejor hoy hemos bebido más. Pero ya no nos quedaba y un tío con muy buena pinta y con alcohol del bueno nos ofreció una copa. Yo solo me moje los labios pero este se la bebió del tirón (Conversación Informal nº 13 Moisés, 18 años).

En el caso de Ana, es su novio quien nos alerta sobre la posibilidad de haber ingerido mucho más alcohol del que ella misma refiere haber consumido.

Novio de Ana: ¿Eso te ha dicho que solo ha bebido 2 copas? ¡Ella ha tomado mucho más...!????????? ¡Hemos tomado mucho más! Yo me he mareado más, pero cuando he llegado ya estaba bien. ¡De hecho ni me han tenido que atender! Ana ha bebido mucho más de 2 copas» (Conversación informal nº 9. Nacho, 23 años).

Cuando estás atendiendo a las personas jóvenes entrevistadas, vas ganándote su confianza. Estas observan que no les recriminas sus actos, ni tienes intención de hacer juicios morales sobre su conducta. En este punto, se van abriendo y contándote lo que ha pasado y lo que han tomado. M^a Carmen nos lo cuenta así en su entrevista:

Investigadora: ¿Qué te ha pasado?

M^a Carmen: He bebido

Investigadora: ¿Cuánto has tomado?

M^a Carmen: Solo 2 copas

Investigadora: Es imposible que con solo 2 copas te encuentres en este estado.

Mª Carmen: ¡Te juro que sí!

Investigadora: Dime la verdad [me dirijo a su amiga]

Amiga: Hemos tomado 1 botella de ron para 3.

Investigadora: Una botella tiene 12-13 copas, por tanto habréis tomado 4 cubatas cada una.

Amiga: Sí, eso en la casa. Después nos hemos ido de copas y nos hemos tomado 4 cubatas entre las tres y después unos chupitos y después 2 copas más... (Conversación informal nº 11. Mª Carmen, 20 años).

4.4. Las estrategias preventivas del control de los efectos negativos

Las personas jóvenes entrevistadas no pretenden pasar del espacio de ocio al espacio sanitario. No entra en sus planes salir de fiesta y terminar en Urgencias. Sin embargo, beben excesivamente y se marean habitualmente, por lo que han desarrollado una serie de medidas, algunas «terapéuticas» y otras de gestión conductual, que minimicen los efectos del alcohol, que no siempre les dan los resultados esperados. Hemos registrado aquellas de las que hacen más referencia en sus discursos los jóvenes que acceden al SUH con una IEA y pasamos a resumirlas con sus propios discursos en la siguiente tabla:

Tabla 33. Estrategias de autocontrol de los efectos negativos del consumo de alcohol

Ver cómo responde	Pues en principio intentaríamos ver cómo responde y si no responde, llamaríamos inmediatamente a Urgencias (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).
Meterme los dedos y vomitar	No, pero lo que sí, que muchas veces, estás con tus amigas y estás «ciega» y te encuentras mal y lo que haces «pa» que no haya tanto «follón», te vas, vomitas y te encuentras mejor, antes de ver que llegues al ciego brutal (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

<p><i>Darte el aire</i></p>	<p>Pues puedes salir fuera a intentar que te dé el aire, pues vomitar, pero si en algún momento me pongo mal, pues tampoco, vamos, no soy masoquista, me voy a casa, a lo mejor a casa no me voy pues salgo fuera, te recuperas y ya (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).</p> <p>Sí, me he mareado en plan de tenerme que sentar o salir a la calle y con el fresquito se me ha pasado (Entrevista nº 2. Eva, 22 años).</p>
<p><i>Comer algo</i></p>	<p>Pues a comer algo o te quedas un rato fuera, te fumas un cigarro (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).</p>
<p><i>Tomar un Red Bull</i></p>	<p>También alguna vez, encontrarme, salir temprano y verme un poquito más borracho de la cuenta y decir, tampoco estoy que no quiero ir a casa pues me pido un Red Bull y si tengo ganas después me tomo otro (Entrevista 1. Roberto, 22 años).</p> <p>Si empiezas a descoordinar es el momento de dejar de beber y tomarte un Red Bull o una Coca-cola (Entrevista nº 6. Carlos, 25 años).</p>
<p><i>Bajar la intensidad de consumo</i></p>	<p>Bajo la escala de alcohol, si después tengo ganas me bebo uno (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).</p> <p>Beber un poquito menos y ya está, eso era normalmente las primeras veces cuando no sabes dónde tienes el tope (Entrevista nº 3. Juan Antonio, 22 años).</p>
<p><i>Utilización de fármacos</i></p>	<p>Cuando me levanto me tomo mi Alquem [protector gástrico]. Lo de las resacas lo tengo muy estudiado. Antes de salir me tomo un Zantac 300, [protector gástrico] antes de pintarme cuando me estoy arreglando [...] es según de donde esté. Porque, yo he ido a Granada Diez y me he tomado una copa y es que llego a mi casa para irme al clínico ¿eh? Yo tengo en la casa B12. Sin embargo, hay veces que llegas y te has tomado no una, sino mil copas y he llegado a la casa ¡buf! [...] Muchas veces llego bien, como algo, me acuesto y me encuentro con la resaquilla que bebes mucha agua y dos Analgilasas [calmante] con el café (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).</p>

<p><i>Darle agua y echarle agua en el cuello o poner hielos</i></p>	<p>Lo sacamos fuera, darle agua, echarle agua en el cuello, la verdad que son cosas que siempre se han hecho, ayudarle para que vomite, que nos ha funcionado, pero estar a su lado cogiéndole y darle agua que bebiera (Entrevista n° 2. Eva, 22 años).</p>
<p><i>Dejar de beber</i></p>	<p>Muy poco a poco pero sí, era en cuanto me notaba más mareadillo de la cuenta, como sabía que aunque dejara de beber en ese momento, me iba a seguir sintiendo mareado, pues luego no seguir bebiendo hasta que no pudiera más (Entrevista n° 5. Alberto, 28 años).</p> <p>Vengo... y mira «pos» ya dejo de beber y ¡ya está! (Entrevista n° 7. Maika, 21 años).</p>
<p><i>Prefijar el tope de bebidas de antemano</i></p>	<p>Y también pues el cálculo de cuántas copas, pues no pasar de ese número (Entrevista n° 5. Alberto, 28 años).</p>
<p><i>Darle una tónica</i></p>	<p>Intentamos darle una tónica, que entra bien y hace estómago, pero nada... (Entrevista n° 7. Maika, 21 años).</p>
<p><i>Estrategia folk de equilibrio</i></p>	<p>El mareo es malo, pero bueno, cuando estás «mareá», te sientas, respiras, tocas la pared. Cuando llego yo a mi casa, que me encuentro mal y no quiero vomitar ¡porque es que voy a vomitar!. Es que a mí no me gusta vomitar y a mucha gente le pasa igual. Me tumbo en la cama, y pongo una mano en la pared y un pie en el suelo [pone un pié en el suelo y extiende la mano a una pared imaginaria] y a lo mejor me quedo así dormía, pero así noto que dejo de dar vueltas. Un truco que me enseñaron, y sirve, sirve bastante [...] Tú ves que te da «to» vueltas y tú tocas la pared y ya te quedas quieta. Yo es que como cierre los ojos, es «to» dando vueltas y estás muerta de sueño y es que quieres dormirte... y no puedes... y levántate, echarte agua en la nuca y en el cuello y empiezas a respirar y a tocar la pared, fresquito y el pie en el suelo fresquito e intento relajarme... que a veces vomito, pero otras consigo quedarme dormida. Lo que pasa es que al día siguiente, estás «chunga» porque tendrías que haber «vomitado» (Entrevista n° 7 Maika, 21 años).</p>

Sumergirlo en el agua	Y ya dije: ¡nunca más!. Me metieron en el agua hasta la nariz a ver si me espabilaba (Entrevista nº 8. Jorge, 21 años).
Caminar, tener actividad	Pero que llego a mi casa bien y además yo cuando me bebo la última copa, por ejemplo yo la última copa me la he bebido a las 3 pues hasta las 4 más o menos no me acuesto, intento tener actividad así y eso y... no quedarme dormido. Yo llego, me siento en la cama y me doy cuenta y digo: ¡uy, estoy mareao!, me levanto y me voy a dar una vuelta por ahí y eso (Entrevista nº 8. Jorge, 21 años).
Beber aceite	Eso es como antes, que se decía que si bebías aceite antes de beber alcohol no te afectaba o te afectaba menos. ¡Eso es una asquerosidad! Porque nosotras lo hemos hecho y es una asquerosidad horrible (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).
Tomar azúcar	Me dieron azúcar que parece que rebaja el alcohol de la borrachera... o algo (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).
Pegarle	Le pegabas palizas, es que es lo primero que se te ocurre para que espabile (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).
Acudir al «comité de expertos»	Por lo que pudiera pasar, entonces sí fuimos a por nuestros amigos, que ellos también habían pasado... que era un grupo de niños muy grande que habían pasado por cosas similares para que le ayudaran (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).
Llevar menos dinero	He pensado: el próximo día no me llevo tanto dinero y así no bebo más (Entrevista nº 10. Patricia, 20 años).

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas para la tesis.

La idea de las personas jóvenes cuando salen de marcha un fin de semana cualquiera es beber, bailar, ligar, reír, divertirse y llegar a casa a dormir toda la mañana hasta la tarde. Quizás levantarse con un poco de resaca y dolor de cabeza. Pero lo que no esperan ni desean es amanecer en el hospital tras haber pasado la noche y parte de la mañana en una camilla vomitado y sucio y posiblemente con amigos esperando en la sala de espera a quienes les han fastidiado la fiesta.

Como hemos visto en los *verbatim*s previos, las personas entrevistadas tratan de autocontrolar los efectos inmediatos adversos asociados al consumo de alcohol con recursos populares, en algunos casos provenientes del acervo cultural, en otros casos del autoconocimiento adquirido en la experiencia propia o de los amigos. En la tabla anterior hemos resumido gran parte de los que aparecen en los discursos. Lo que hemos descubierto entre las personas jóvenes entrevistadas es que todos estos recursos les han sido eficaces en algunas ocasiones cuando la ingesta no ha sido muy excesiva. Sin embargo, es evidente que en otras ocasiones, cuando las ingestas son intensivas a pesar de haber practicado todas las estrategias descritas no han sido eficaces o suficientes para evitar su paso por el Servicio de Urgencias.

Capítulo 5

EL SERVICIO DE URGENCIAS: EXPERIMENTANDO EL TIEMPO Y EL ESPACIO CLÍNICO

Esta sección utiliza notas de campo registradas durante largos periodos de observación en el hospital en la Sala de Urgencias. Hemos observado el comportamiento de las personas jóvenes con IEA desde su llegada a la consulta de Triage, el paso al área de policlínica, en la consulta médica y de enfermería, hasta su ubicación en camillas o sillones dependiendo del estado del paciente. Observamos el trato con el personal asistencial, la interacción entre ambos, las reacciones y sentimientos de los pacientes cuando se recuperan.

En la entrada, algunas veces, se niegan a dar los datos por temor a que se quede en su ficha médica registrado como «alcohólico». Este es el caso de Sara, que con 19 años llega a nuestro servicio un sábado de madrugada:

Sara, 19 años, estudiante. Se encuentra algo mareada y la han traído los amigos pero en el trayecto se ha recuperado bastante. Se niega a dar los datos y a ponerse ninguna clase de tratamiento. «Yo no voy a dar mis datos, mi madre es enfermera y tiene acceso a mi ficha y no quiero quedar registrada para siempre como alcohólica en mi historial médico.» (Notas de Campo. Conversación informal nº 30. Sara, 19 años. Hora: 6:00).

En ocasiones, algunos de los chicos y chicas tenían familiares o amigos que estaban cerca cuando despertaban, aunque la mayoría estaban solos, porque el protocolo del Servicio no permite a los familiares en el área de observación fuera de horas de visita.

En la entrada, mientras los amigos estaban cerca, era más frecuente que ocurrieran demandas sobre el personal del hospital (en términos de solicitar atención inmediata y de causar desorden en la sala). Con la presencia de familiares o amigos era más frecuente que se dieran escenas de ira o de llanto. Algunos familiares no tenían conocimiento de su conducta respecto al consumo de alcohol y se daban diferentes respuestas, desde regaños y amenazas, e incluso alguna bofetada. En otras

ocasiones, comprensión y expresiones de desdramatización por parte de los padres. En el caso de los menores de edad, con frecuencia, los padres se encontraban en estado de *shock* y no sabían cómo aceptar la situación, ni cómo explicar el hecho, e incluso expresaban sentimientos de culpa por no haberse dado cuenta antes. Algunos padres culpabilizan a los amigos del o la joven, como responsables de que sus hijos o hijas bebieran más de la cuenta. A menudo, se quejan del grupo de amigos que frecuentan sus hijos e hijas. Otras veces, los familiares verbalizan que esperaban una situación así y mucho peor, por la trayectoria que mantenían los jóvenes cuando salían de marcha últimamente.

Lo primero que observamos es que con frecuencia las personas asistidas tienen delante de los familiares un discurso diferente que si están solos o con los amigos. Si están los padres, no hablan o niegan un consumo excesivo. Hay mucha más tensión cuando los padres están presentes. Por lo general, estos están enfadados y preocupados por si esta situación es el inicio de un problema mayor, y los jóvenes por su parte temen las represalias y los sermones de los padres.

Con el fin de comprender mejor las experiencias de la intoxicación etílica desde la perspectiva de las personas usuarias, esta sección considera los comentarios de los entrevistados acerca de sus experiencias durante la IEA y su recuperación posterior en el ámbito hospitalario. Les hemos pedido que nos hablen sobre los recuerdos en el momento de la sobredosis y tras la recuperación en el hospital. Hemos escuchado las explicaciones de la intoxicación, reflexiones sobre el incidente y comentarios acerca de las actitudes del personal del hospital hacia ellos. Del mismo modo, nos hemos interesado sobre sus expectativas acerca del tratamiento y si les parecía bien que les diéramos consejos en el hospital. Nos interesaba mucho saber si la experiencia en Urgencias produciría cambios en la conducta futura acerca de un consumo más responsable y nos hemos detenido especialmente en conocer su perspectiva sobre el alcoholismo.

La mayoría de los encuestados podía recordar muy poco acerca de lo que habían sentido antes de desmayarse. De hecho, la mayoría refieren que ocurrió de repente, sin previo aviso. Refieren haberse encontrado fatal antes de desmayarse. Muchos nos contaron haber ido al WC a echarse agua en la cara y no recuerdan nada más. Tienen lagunas y no saben quién llamó a la ambulancia y cómo llegaron a Urgencias. En

cualquier caso, la inmensa mayoría de los jóvenes que acceden al Servicio de Urgencias es por causa del desmayo y han sido traídos por otra persona, normalmente amigos o conocidos.

Por lo general no tienen experiencias anteriores de asistencia en el SUH. Sin embargo, sí que afirman haber sufrido varias intoxicaciones con síntomas como marearse, tener lagunas de memoria o vomitar. Las estadísticas de asistencia por IEA son muy bajas en nuestro hospital como hemos referido con anterioridad y la cifra de reincidentes son casi nulas. De lo que no podemos extrapolar, no obstante, que beben poco, puesto que su discurso dice lo contrario. Los resultados de nuestras datos exponen que beben en exceso, se siguen emborrachando y no parecen tener predisposición a un cambio de actitud en firme tras el incidente en Urgencias. Son otros motivos, como hemos desvelado anteriormente, los que los lleva a beber con moderación y normalizar su ingesta a un consumo social.

5.1. La entrada al Servicio de Urgencias

El momento de la entrada es casi siempre muy llamativo y aparatoso, sobre todo si no están totalmente inconscientes. Por lo general, vienen agitados, tenemos que llamar a seguridad, mientras intentamos que no se caigan de la camilla entre varias personas, incluidos los amigos, que suelen venir también ebrios y más que ayudar suelen complicar la situación. En algunas ocasiones, si los amigos están sobrios y hay mucha demanda asistencial, les pedimos ayuda para que los vigilen y no se caigan de las camillas mientras les pasa el tratamiento.

La entrada en el SUH es muy similar entre los casos, generalmente llegan sucios, vomitados y semiinconscientes o inconscientes. Si los trae la ambulancia, entran en camilla porque están inconscientes y si los traen los amigos en coche propio, es que se mantiene de pie con ayuda y entran en carrito. Estos son algunos de los casos observados en el Servicio de Urgencias que muestran el estado de los pacientes a la llegada al Servicio:

A mi llegada a Urgencias, encuentro en el pasillo de la consulta de Triage a una chica dormida inconsciente en un carrito, con la cabeza entre las rodillas y la 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, llegándole los churretes negros hasta el cuello. La acompaña una chica que lleva una falda larga y una camiseta y encima una banda que reza «feliz cumpleaños». La joven intoxicada no mantiene la posición de la silla y tenemos que echarla en una camilla. Pasa a la consulta con la amiga (Notas de Campo. Conversación informal nº 7. Desirée, 17 años).

Son las 7:30 de la mañana, llego a mi turno de trabajo y mi compañera del turno de noche está atendiendo a una joven, Fátima, de 18 años recién cumplidos, que no para de llorar y chillar muy agitada. Refiere que no puede respirar. 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. Conversación informal nº 8. Fátima, 18 años).

En el caso de Fátima, como está consciente se la deriva a Traumatología tras ser explorada en el pasillo por el médico de guardia, para que el neurólogo valore la trascendencia del golpe en la cabeza. Solicitamos la ambulancia y tenemos que esperar bastante rato en el pasillo y es cuando Fátima se descoordina.

Fátima sigue llorando y gritando, el rostro desdibujado, con la pintura de los ojos y de los labios esparcidos por toda la cara. En un momento puntual, se queda fija mirando al fondo del pasillo y afirma que está su padre [muerto] al fondo, que la lleve hacia él [está sentada en una silla de ruedas]. Como está muy nerviosa le damos un tranquilizante, pero lo escupe y tengo que volvérselo a dar. La joven no quiere la pastilla, tras un momento de forcejeo logro que se la trague. El tranquilizante no le hace mucho efecto, porque sigue chillando hasta el punto que su amiga pierde los nervios y le grita que es su cumpleaños y que le está dando el día (Notas de Campo. Caso nº 8. Fátima, 18 años).

En múltiples ocasiones desconocemos los datos del paciente, que viene sin documentación. Es habitual buscar entre los bolsillos o el bolso de los jóvenes. Este es el caso de Andrea, que es extranjera y no trae documentación. Viene en la ambulancia acompañada por su cuñado, un chico más joven que ella y que no sabe los apellidos.

Son las 5:20h de la mañana, llega una joven extranjera, viene en ambulancia con alto grado de agitación, nos comentan los de la ambulancia que no había manera de sujetarla y que le habían tenido que poner sujeción mecánica. Llega con Glasgow de 11 vomitando semiinconsciente, con el reflejo deglutorio inhibido, que nos obliga a estar alerta para impedir que aspire. No responde a la llamada de atención, intentamos que nos dé su nombre y buscamos en sus bolsillos cualquier tipo de documentación para poder introducir sus datos en el sistema informático, pero no encontramos nada. Tomamos las constantes vitales, está estable hemodinámicamente. [...] De repente, empieza a agitarse y a respirar muy seguido, tenemos que sujetarla entre siete personas para evitar que se haga daño o se caiga de la camilla (Notas de Campo. Caso nº 10. Andrea, 21 años).

El caso de José Antonio representa un caso común entre las personas asistidas los fines de semanas. Le acompaña un conocido de su clase. Buscamos la documentación y la encontramos en el bolsillo del pantalón. Tiene 24 años y estudia FP.

José Antonio es un estudiante que está haciendo un curso en el que como parte de las prácticas se ha desplazado con un grupo de compañeros y compañeras a unas bodegas, pero después ha ido al botellón. Ha estado todo el día bebiendo, ya es de madrugada. José Antonio está en tratamiento por trastorno ansioso-antidepresivo. Es traído por protección civil tras desplomarse en el botellón. Viene en camilla, inconsciente, solo responde a estímulos dolorosos. Le acompaña un compañero de clase que refiere no saber nada de él ni dónde vive. Cogemos de su pantalón el carnet de identidad para meter los datos en el sistema y poder atenderlo. No se mueve. El compañero, una vez lo deja en el hospital, se va (Notas de Campo. Conversación informal nº 25. José Antonio, 24 años).

El desarrollo de la atención a las IEA en nuestro Servicio de Urgencias suele ser similares. Vienen con aspecto desaliñado, con la ropa manchada de vómito y mojados. El aspecto de las chicas es aún más llamativo porque la pintura de la cara y los labios les forma un collage en el rostro, también suelen venir con las medias rotas y el pelo enmarañado. Suelen llegar en la camilla de la ambulancia si han perdido el conocimiento, como Fuensanta.

Fuensanta viene inconsciente, en la camilla de la ambulancia, en compañía de una amiga. Observo que ha vomitado mucho, que está todo el pelo lleno de vómitos. Va

vestida de fiesta, con un traje minifaldero rosa palo de gasa, con tirantes negros de brillantes. Un traje demasiado ligero para el frío que hace. No tiene los zapatos y demás objetos personales» (Notas de Campo. Caso nº 16. Fuensanta, 20 años).

Si se mantienen erguidos, intentamos pasarlos a un carrito, pero la mayoría de las veces los tenemos que tumbar en camilla porque se caen del carrito al estar semiinconscientes. Este es el caso de Ana y Nacho, una pareja de novios que se intoxicaron a la vez.

Nacho tiene 23 años y viene al servicio acompañando a su novia, aunque los dos vienen con síntomas de intoxicación etílica. Llega la pareja en ambulancia desde la discoteca donde se encontraban, porque Ana, su novia, había perdido el conocimiento. Los han acomodado en carritos de ruedas en el pasillo. Se encuentran casi dormidos por los efectos de alcohol. Nacho se balancea para adelante y para atrás y pareciera que se vaya a caer de boca del asiento. Ana ha caído en un sueño profundo y nos hemos visto obligados a pasarla a un sillón reclinable de la sala de cuidados. [...] Ana tiene 21 años, ha salido de fiesta con Nacho, su novio. Ana advierte que tiene antecedentes de Púrpura de Schönlein Henoch por si la medicación que le fuésemos a poner en Urgencias pudiera ser contraproducente. En poco rato, Nacho se va mejorando y no es necesario ponerle medicación, por lo que se puede esperar en la sala de espera a que se mejore Ana. Son una pareja joven, bien parecida, se ve que están algo pasados con el alcohol, pero mantienen la compostura y están semiinconscientes. Tienden a quedarse dormidos si no los estimulas. Están bien vestidos y hacen una pareja muy actual, vestidos a la moda con ropa de marca (Notas Diario de Campo. Conversación informal nº 28. Ana, 21 años, y Conversación informal nº 9. Nacho, 23 años).

Existen periodos de intensificación de las atenciones en los Servicios de Urgencias, como el día de la Fiesta de la Primavera en Granada. Esta concentración juvenil es muy popular en las demás provincias andaluzas, desde donde suelen venir muchos jóvenes en autobús. El día en cuestión se habilita un dispositivo sanitario en el lugar de la Fiesta pero las intoxicaciones son tan graves que protección civil tiene que trasladarlos a Urgencias por carecer de medios suficientes para reanimarlos. Este es el caso de Adrián y sus amigos, que en la fiesta de la primavera del año 2014 llegaron a Urgencias mientras trabajaba en el turno de noche.

Adrián es un joven de 18 años de Ciudad Real, pero que está estudiando en Málaga Ingeniería informática. Ha venido en un autobús según me cuenta su mejor amigo y compañero de piso, también de Ciudad Real. Los dos son universitarios y están en la misma clase. Al parecer han dispuesto un autobús desde Málaga especialmente para el botellón de Granada, con salida a las 16 de la tarde y llegada a las 4 de la mañana. El amigo de Adrián nos ha informado que ha consumido 3 «litronas» y 5 cubatas de ron en tres horas. Lo ha recogido protección civil, tras unos primeros auxilios, lo derivan al SUH junto con su amigo. Llega totalmente inconsciente y vomitado. El amigo de Adrián estaba muy preocupado por él, lo llevó al dispositivo de protección civil del botellódromo, con la ayuda de algunos amigos, que también han venido de Málaga y que se han quedado de fiesta por el recinto (Notas de Campo. Conversación informal nº 21. Adrián, 18 años).

Si los jóvenes vienen inconscientes, la entrada en el recinto hospitalario es siempre en la camilla de la ambulancia que los ha trasladado y tenemos que cambiarlos a una camilla de Urgencias. Es necesario dos o tres personas para pasarlos porque ellos no pueden colaborar debido al estado en que se encuentran. En el caso de Alonso, necesitamos a los guardas de seguridad porque intenta agredir. Ha entrado en carrito. Alonso tiene una larga melena que le tapa la cara y está echado hacia delante con la cabeza inclinada a la altura de las rodillas. Le intentamos coger en peso para pasarlo a la camilla, forcejea con los celadores, se retuerce y al final cae en la camilla bocabajo y allí se queda tranquilo. Le exploro y responde a estímulos dolorosos e incluso verbales si le agitas un poco. Le dejo que se tranquilice un rato y después le pregunto qué le pasa. Esto es lo que ocurrió a su llegada a Urgencias:

Alonso llega en muy malas condiciones tanto físicas como mentales, lo trae la ambulancia pero no está inconsciente aunque sí muy agresivo, agitado y apenas se puede quedar sujeto en el carrito, por lo que lo pasamos a la camilla. Tiene un aspecto «alternativo» al estilo hippy de los 60, el pelo largo con raftas, piercing, tatuajes varios, ropa desgastada. Parece un joven distinto, tiene la melena larga hasta la cintura. Desaliñado y al parecer muy deprimido. Cuando le pregunto si viene del botellón me dice que pasa de la Fiesta de la Primavera y del botellón. Que ha bebido 10 o más cubatas de whisky, ron y vasos de vino y otros 10 o más chupitos porque se quiere morir, porque no sirve para nada, ni tiene trabajo, ni estudia, ni hace nada, que la vida es una mierda y no quiere vivir (Notas de campo. Conversación informal nº 24. Alonso, 18 años).

5.2. La solidaridad entre los intoxicados

La solidaridad entre las personas jóvenes es muy fuerte. En caso de que algún miembro del grupo se encuentre mal, sobre todo si quedan inconscientes en la vía pública. Las personas jóvenes entrevistadas aseguran acompañar siempre a los amigos y amigas que se intoxican. Están a su lado mientras se recuperan y, por supuesto, los acompañan al hospital e inician el rescate llamando a la ambulancia. En la observación realizada en Urgencias, lo habitual ha sido que se quede el o la joven intoxicada con un amigo o amiga. Estos a menudo preguntan o entran para ver cómo evoluciona, de vez en cuando. En nuestras observaciones, hemos descubierto que este hecho constituye una regla tácita, sobre todo entre las chicas, que cuando no se cumple se vive como una traición.

Nuestra observación muestra que en el momento de la intoxicación suele haber una exaltación de la amistad. Ser responsables de los amigos es algo habitual en las normas de la salida, es algo implícito que no se tiene ni que consensuar. Habitualmente se toma como una broma con buen humor. Por lo general, no se recrimina el haber tenido que romper la fiesta y se ayudan entre todos, siempre que sean integrantes del grupo de iguales.

Lo habitual es que esperen en la sala de espera de familiares de cuatro a cinco horas. A menudo, al despertar los jóvenes intoxicados están seguros de que siempre va haber alguien del grupo esperándolos. Es habitual por parte de los intoxicados e intoxicadas referir como justificación que el que espera es su mejor amigo o amiga. Por otro lado, cuando les preguntas a los amigos que esperan pacientemente en la sala de espera –dormidos–, refieren que es algo que les puede pasar a ellos mismos en otra ocasión y sus amigos y amigas lo harían con ellos de igual modo.

Las personas jóvenes entrevistadas relacionan la inconsciencia con gravedad, no lo relacionan con abuso de alcohol, por lo que se asustan. Es el caso de la amiga de Fuensanta de 20 años. Las personas jóvenes intoxicadas que llegan inconscientes, cuando se despiertan, preguntan por sus amigos y amigas. La amiga de Fuensanta llevaba horas esperando en la sala de familiares sin saber nada de ella. Me dispuse a llamarla, pero en vez de hacerlo por megafonía fui personalmente a avisarla y de paso observar su reacción.

Miro en la sala de espera y no veo a nadie joven con vestimenta festiva. Entonces salgo a la calle y observo a una joven vestida de fiesta, hablando por el móvil y llorando desconsoladamente. Sospecho que debe de ser la amiga por el aspecto. Me acerco a ella y le pregunto :

Investigadora: ¿Eres la amiga de Fuensanta?-

Amiga: Sí, sí. ¡Llevo aquí horas y no sé nada de ella! Nadie me ha informado y la traje inconsciente y no sé si está mal. ¡Me la encontré tirada en el suelo en el baño y me dio un susto de muerte porque no respondía! ¿Cómo se encuentra, es grave? Tengo todas sus cosas, sus zapatos si los necesita.

En los casos observados, las chicas jamás dejan a sus amigas solas y no se van hasta que no les dan el alta. Acompañé a la amiga de Fuensanta a verla y se le nota muy impresionada por el aspecto de la amiga, pero a la vez más relajada al verla despierta.

Amiga: ¿Cómo te encuentras? ¡Qué susto me has dado! ¡Te encontré inconsciente en el baño! ¡Que susto! No te veía en la discoteca, pero como estás siempre con Alba y María no le di importancia en principio, pero cuando al cabo de un rato las veo y tú no estabas con ellas ya me preocupé. Les pregunté por ti y me dijeron que hacía rato que no te veían, que dijiste que ibas al baño, entonces fue cuando fuimos y te encontramos tirada en el suelo. Para entonces otras chicas te habían encontrado y llamado a la ambulancia. Enseguida llegó la ambulancia y me vine contigo hasta aquí. Llevo aquí varias horas en la calle sin saber de ti.

Fuensanta: ¡Perdona, por favor, no era mi intención asustarte! Pero por favor vete a casa y descansa, yo estoy bien.

Amiga: ¡Yo no me voy sin ti! Si llevo desde las 5 de la mañana [son las 9:00] pero a mí no me importa, el agobio era no saber si estabas grave. Pero ya estoy más tranquila, tengo tus cosas y tus zapatos en una bolsa (Conversación informal nº 16. Fuensanta, 20 años).

En ocasiones, los jóvenes que pierden el conocimiento tienen enfermedades conocidas por los amigos y se alarman. Este chico era diabético, además de tener una malformación genética en el cuello que hacía que respirara mal al quedarse inconsciente, y cuando se le atendió hubo que pasarlo a la sala de RCP [alto riesgo] y después a una cama de observación donde permaneció hasta el día siguiente vigilado.

Los amigos y amigas de Pedro le han traído preocupados por las patologías que tiene asociadas el joven. Han llamado a la ambulancia por la inconsciencia y porque se han

preocupado por su salud. A la vez llamaron a sus padres, y para cuando el joven se despertó ya estaban sus padres en el hospital. Durante la permanencia de su madre el joven no habló nada. Esperé un rato a que se fuera y cuando se fue me contó todo lo que ocurrió (Notas de Campo. Conversación informal nº 18. Pedro, 18 años).

Los amigos los acompañan con su coche particular o con ambulancia dependiendo del estado del intoxicado, e incluso de los mismos amigos y amigas que también tienen cierto grado de intoxicación y no deberían conducir. Habitualmente acceden a Urgencias cuando las «medidas populares» fallan. Así nos lo cuenta Paloma en su entrevista:

En mi caso me llevaron mis amigos a la consulta y me sentaron en la silla de la consulta pero no me acuerdo mucho. Mis amigos que me llevaron, antes de decidir llevarme a Urgencias estuvieron haciendo cosas por mí. ¡Que no fue la primera reacción que tuvieron! Tampoco mi amiga quería llevarme ella sola. Por lo que pudiera pasar. Entonces sí fuimos a por nuestros amigos, que ellos también habían pasado... que era un grupo de niños muy grande que habían pasado por cosas similares para que le ayudaran. Me dieron el azúcar que parece que rebaja el alcohol de la borrachera... o algo (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

En algunos casos los varones, una vez que ven que están bien y que los han atendido, pactan con el médico irse para no esperar tantas horas y dejan su número de teléfono para que avisemos cuando su amigo esté consciente para venir a recogerlo. De esta manera nos lo cuenta Carlos en su entrevista:

Me trajo la ambulancia con mi amigo, me sentaron en una silla de ruedas. Sí, mi amigo me acompañó, pero una vez que estuvimos ahí le dijeron que iba a tardar bastante y le dijeron que de las 6 en adelante saldría. Le dije que se marchara para que no se quedara 5 horas esperando. Después, en realidad estuve 3 horas como mucho (Entrevista nº 6. Carlos, 22 años).

En la mayoría de los casos observados, las chicas por lo habitual se acompañan en todo momento. Este es el caso de la amiga de Paloma, que la acompañó y buscó ayuda para llevarla al hospital y la esperó hasta que le dieron el alta.

No, no. Porque tenía una amiga que fue dándome hostias todo el camino, ¡pero quantazos!... 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, pues ya desde la fabriquilla hasta donde estaba el campo de bomberos, un poco antes los multificines por detrás. 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 (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Las amigas de Desirée la acompañan en todo momento y no observamos que recriminen su conducta. Según dicen, no son sus padres, sino sus amigas y no van a asumir ese rol, ni lo quieren. La amiga de Desirée de 17 años se siente responsable de ella porque la ha invitado a dormir a su casa, y es quien nos comenta lo ocurrido:

Investigadora: ¿Qué ha pasado?

Amiga: No sé, no la estaba vigilando todo el rato. Se ha desmayado.

Investigadora: ¿Sabes cuánto ha bebido?

Amiga: No, somos una pandilla grande y yo estaba por otro lado. Pero no estamos para vigilarnos, eso es una cosa que debemos saber hacer cada uno ¡saber beber!.

Investigadora: ¿Y los demás amigos?

Amiga: Estarán fuera. Se iba a quedar en mi casa a dormir y por eso he decidido quedarme con ella (Conversación informal nº 7. Desirée, 17 años).

En algunos pocos casos, los jóvenes son acompañados a Urgencias por una persona ajena a su círculo de amistades. Es muy habitual entre las personas jóvenes entrevistadas acompañar a los jóvenes intoxicados a Urgencias, principalmente el grupo de amigos y amigas, pero accidentalmente también son acompañados por desconocidos. Este es el caso de Maika y sus amigos y amigas, quienes llevaron a una desconocida a Urgencias:

Sí, era una chica, y es que se ponía a vomitar, a temblar, tenía sudor frío, no coordinaba bien las palabras, decidimos, si no la hubiéramos llevado tal vez no le hubiera pasado nada porque esa situación la he visto más de una vez y es quedarse dormido y se le pasa, pero decidimos llevarla porque no sé, la muchacha se encontraba mal y era lo más correcto que podríamos haber hecho (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Generalmente se encuentran más sensibles si han pasado por experiencias similares. Como el caso que nos relata Paloma, quien instó a sus amigos a llevar a una desconocida que se encontraron en la calle:

Últimamente. Sí es verdad... no a amigos si no a la gente en general. Cuando ves la gente fatal por la calle... de acompañarlo a Urgencias ¿no?. Sí, es verdad, le dices a los amigos ¡tíoooooo llevároslo!... de acompañarlo... siempre da la casualidad que son gente más joven. De decir tío, que está muy mal... oooooo echarle agua oooooo. Yo veo una persona, que está fatal y... A lo mejor es por lo que me pasó, pero no soy capaz de dejarla tirada, aunque no la conozca de nada. Yo pues me paro, y si les tengo que decir que se lo lleven a urgencias, se lo digo (Entrevista nº 9, Paloma, 23 años).

El marido de Andrea trabaja en la alpujarra granadina. Es gerente de un bar familiar y está acostumbrado a llevar jóvenes borrachos al CS más cercano de su pueblo. Así nos lo comenta en la conversación informal que mantenemos con él:

Si yo he llevado a muchos amigos con borracheras al Centro de la Alpujarra, pero allí es distinto que aquí en el hospital. Es mucho más rápido, le pinchan la B12 y a volar. A dormir la mona a la casa. [...] Yo me la llevo [refiriéndose a su pareja] y que duerma en la casa. Yo ya sé cómo va esto [dice con aire superioridad, de controlar la situación y de conocer nuestro ámbito]. (Notas de campo. Conversación informal nº 10. Andrea, 21 años).

Por lo que hemos observado en la atención de los jóvenes en el Servicio de Urgencias, al respecto de los cuidados que se prodigan los chicos y chicas existen algunas excepciones. En pocas ocasiones, los amigos se quejan de tener que haberlos traído y esperar durante horas. En este caso, las amigas o conocidas que traen a Laura a Urgencias, se quejan de tener que estar toda la noche esperando en la sala de espera. Por un lado, vigilan que no les pase nada y por otro castigan con represalias y advertencias de castigo si lo vuelven a hacer. Estas dos chicas refieren no conocerla mucho, quizás por eso no verbalizan expresiones de preocupación, sino de queja. La han traído por responsabilidad, dicen:

¡Ya no salimos más con ella! ¡Si no la conocemos de nada!, la habíamos visto algún día y hoy se nos ha «acoplado» con nosotras, sin ni siquiera haber quedado de antemano. Estábamos tomando unas tapillas y de repente se ha caído sobre un coche, la hemos tenido que recoger y traerla porque no podíamos con ella. ¡Pero esta no sale

más con nosotras!. [Como expresando que no sabe controlar mientras ellas están bien y controlan] (Notas de Campo. Conversación informal nº 29, Laura 21 años).

Sin embargo, este caso es aislado entre las personas que hemos observado en el Servicio de Urgencias, los amigos están para ayudarse y esto es algo que les puede pasar en cualquier momento a cualquiera de ellos. En este caso, no conocían mucho a la chica y se les había «acoplado» [expresión folk de invitarse, sin ser llamada], según ellas.

La solidaridad entre amigas cuando se sale de fiesta es algo que se da por supuesto. Cuando no es atendida en caso de encontrarse mal o no ser acompañada al hospital, es interpretado como una traición, sobre todo en el caso de ser chica. En el caso de Ana, su íntima amiga no la atiende. Se interpreta con más deslealtad cuando solo están dos amigas de marcha, como es el caso. Al quedarse sola, Ana M^a es acompañada por un desconocido en la ambulancia.

Llega en ambulancia acompañada de un joven que no la conoce, que refiere habérsela encontrado inconsciente en la puerta de un pub, en un pueblo cercano a Granada. Ha decidido avisar a una ambulancia y la ha acompañado para que no venga sola. Llega totalmente inconsciente, con Glasgow bajo, sin responder a estímulos y deciden pasarla a la sala de críticos, para vigilarla más estrechamente hasta que recobre la consciencia (Notas de Campo. Conversación informal nº 4. Ana M^a, 23 años).

Ana está desolada porque quien creía que era su amiga la ha defraudado. Pero no es lo habitual, son casos muy puntuales los que no son acompañados por sus amigos. Ana M^a nos cuenta sus sentimientos de abandono de esta manera en su entrevista:

Bueno, sí lo he visto varias veces, pero no es amigo [refiriéndose al chico que la acompañó], es de allí de Chauchina, lo conoce mi amiga. ¡Pero ella no ha venido! [dice lamentándose, como si no hubiera hecho lo que sin duda, ella habría hecho por su amiga]. ¡Eso es lo que más me duele!, que mi amiga, después de haber ido al quinto coño por ella [...] porque trabaja allí, y después, no es ni siquiera capaz de acompañarme. Crees que tienes una amiga y te deja tirada cuando lo necesitas. Yo la hubiera acompañado y ella ni siquiera viene a traerme la ropa. ¡Dice que vaya a su casa a por mis cosas! ¿Cómo voy a ir si no tengo dinero ni ropa? ¡Mira como estoy! [mirándose el cuerpo semidesnudo, con la bata del hospital, sin zapatos] ¡Vaya amiga! [no parara de llorar, desilusionada y abatida porque su amiga no estuviera con ella. No

para de decir que ella no la hubiera dejado sola en una situación similar. Ana interpreta que su amiga le está demostrando el poco aprecio que tiene por ella. Está hundida y triste] (Notas de Campo. Conversación Informal nº 4. Ana M^a, 23 años).

La solidaridad entre chicas tiene connotaciones especiales diferentes a la de los varones. Conocen sus vulnerabilidades, se ayudan, se acompañan incluso para ir al aseo. Maika de 21 años se ha convertido en una informante clave, al respecto de las estrategias de ayuda entre chicas cuando sufren una intoxicación etílica. Esta es la manera que tiene de expresarse en su entrevista:

[...] Claro, es que cuando me pasa eso, se lo digo a mis amigas. Mira, que me encuentro mal, que acabo de vomitar, y estoy fatal, y bien, me suelen acompañar a mi casa y eso y me voy o cuando alguien se va a encerrar, en el momento que yo digo [...] porque cuando te encuentras mal ya es tarde normalmente. Porque normalmente yo [...] siempre estamos juntos. Si alguna niña va a irse a algún «lao», nunca va sola, siempre va con otra. Nosotros... cuando salimos... ¡y no es miedo!, no sé, siempre nos acompañamos. Nadie va a «mear» sola, siempre va con alguien, siempre estamos juntas, mínimo dos y... si es por las cañas (refiriéndose a la Vega) o por ahí vamos más (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Cuando tienen que llevar a alguien a Urgencias, los acompañan en grupo y después consensuan quién se queda con el intoxicado, para no aguar la fiesta a los demás, que después de acompañarlo siguen la fiesta. Aunque siempre están en contacto con el móvil por si se tienen que alternar en la espera.

No. Según... alguien que en ese momento, se siente más protector y decide quedarse; y empiezan... yo me quedo... yo me quedo... ¿quién se queda? Al final, alguien insiste ¡yo me quedo!, que no tengo más ganas de seguir, ya me quedo aquí (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Si la estancia en Urgencias se va alargando, se van desmarcando los amigos, caídos ya por el agotamiento y al final deciden entre ellos quedarse uno solo, que suele ser el más responsable o el amigo más cercano. El amigo de Polo lleva varias horas esperando que se despierte:

El amigo de Polo, lleva varias horas esperando que se recupere y ya no sabe cómo ponerse, se sienta en el suelo, sale y entra llamándole pero no contesta. Los amigos

esperan durante horas entrando de vez en cuando a preocuparse por ellos y ver cuánto le falta para despertarse (Notas de Campo. Conversación informal de Polo, 21 años).

En este caso es María, la amiga íntima de Fátima, quien decide quedarse a acompañarla. Así nos lo cuenta en la conversación que mantuvimos con ella:

Tras hablar entre el grupo se organizan para acompañarla al hospital. Dice la amiga que ella sabe cómo van las cosas en el hospital y que como no los iban a dejar entrar a todos, decidió venir ella sola... En un momento su amiga se harta y comienza a gritarla que se calle y que si no se calla va a llamar a su madre. Fátima se pone aún más nerviosa y le dice que no, que a su madre no, que con quien quiere hablar es con su padre [el padre está muerto]. Pero Fátima sigue gritando y su amiga la vuelve a amenazar con llamar a su madre, aunque se encuentre en esas condiciones [la madre de Fátima está enferma con depresión desde la muerte de sus marido], que lleva ya una hora intentándola calmar y le faltan las fuerzas (Notas de Campo. Conversación informal de Fátima, 18 años).

Mientras llevaba a cabo la observación, le pregunto a la amiga de Fátima si están solas y me dice que no, que son una pandilla de diez o doce pero como aquí no se puede pasar pues ha venido ella sola. Pero se le está agotando la paciencia.

En ese momento le suena el móvil; es un amigo que le oferta relevarla, pero le explica que no merece la pena que vengán a nuestro hospital porque están esperando la ambulancia para trasladarse y es mejor que se vayan para allá. [Traumatología] [...] Llega la ambulancia tras 1h 45' y se las lleva. Fátima, más lenta en sus reacciones y tendente al sueño, sigue llorando y llamando a su padre mientras se aleja siendo llevada por el ambulanciero. María nos da las gracias (Notas de Campo. Conversación informal nº 8, Fátima, 18 años).

Moisés es un chico que lleva 7 horas en una camilla de la sala de Cuidados, vino acompañado de un amigo en una ambulancia por el dispositivo de protección civil de la Feria del Corpus de Granada. Según cuenta el amigo, perdió el conocimiento de repente. Desde entonces está esperando en la sala de espera a que Moisés se recupere.

Se acerca el amigo a ver cómo está y cuánto va a tardar. Lleva desde las 2 de la mañana esperando a su amigo [son las 9 de la mañana]. Llevas mucho tiempo ahí

fuera, 6 o 7 horas, le digo. Sí, es que es mi mejor amigo, dice el joven intoxicado. (Notas de Campo. Conversación informal nº 13, Moisés, 18 años).

Los amigos consideran responsabilidad de ellos ayudarse en estas situaciones. Sin embargo, en algunas ocasiones se les recrimina al día siguiente haberse perdido la fiesta por su culpa. Casi siempre se expresa en término jocoso.

El joven que acompaña a Adrián es su amigo más cercano, de hecho vive con él en su piso. Justifica su presencia en que es su mejor amigo y compañero y su deber era estar ocupándose de él hoy aquí. ¡Pero mañana se va a enterar este, mañana hablaremos de la noche que me ha dado! ¡Para un día que venimos a divertirnos y mira dónde me veo! (Notas de Campo. Conversación informal nº 21. Adrián, 18 años).

En algunas ocasiones, mientras observaba he visto cómo, cuándo hay muchos intoxicados por una festividad especial o el Día de la Primavera, se agotan los sitios para pasar a los jóvenes al circuito interno donde no pueden estar los amigos ni familiares y se quedan en el pasillo intermedio acompañados por su amigo. Este es el caso de Adrián:

Es el día del botellón y no hay espacio para los jóvenes en la sala de Camillas, por lo que les dejamos en el pasillo con los amigos. En estas ocasiones los jóvenes siguen la marcha en el pasillo, de bromas y recordando lo ocurrido en la fiesta, y haciéndole recordar al joven intoxicado lo que ha pasado, quien habitualmente se lo toma de broma, con perplejidad (Notas de Campo. Conversación informal nº 21. Adrián, 18 años).

En el contexto de la fiesta, el objeto indispensable es el móvil, no solo para llamar a la ambulancia sino como vía de comunicación e información con los demás amigos y amigas. A veces, tardan mucho en solucionar la situación y al no ver la mejoría de sus amigos y amigas, se desesperan y se hablan por el móvil. María se desahoga con otra del grupo que espera el desenlace fuera del hospital.

Amiga: Tía, Jessi, yo no aguanto más, estoy «rayá», llevo una hora intentando calmarla y se me han agotado las ideas.

Investigadora: Le pregunto si es posible que Fátima haya tomado algo más que no fuera alcohol.

Amiga: Yo no he estado todo el rato con ella, pero no... no. ¿No será del golpe, que dice estas tonterías? Ya le tenía que haber hecho efecto el calmante...

Investigadora: Se nota muy nerviosa. Llama por el móvil a otro amigo.

Amiga: ¡Venid a relevarme que llevo más de un hora y ya no puedo más!
(Conversación informal nº 8. Fátima, 18 años).

Las situaciones de comas etílicas crean problemas que tienen que resolver entre el grupo de amigos como quién se queda con los objetos personales, quién llama a la ambulancia, quién acompaña, dónde esperan los demás, dar información cada cierto tiempo a los demás de su estado y todo lo gestionan a través del móvil, pues por lo general la situación aparece de repente y hay que reaccionar rápido.

Hoy es la Fiesta de la Primavera. Adrián y su pandilla de amigos, universitarios en la ciudad de Málaga, llegaron a mediodía para celebrar la fiesta en el botellódromo de Granada. A las 19:59 llegó a Urgencias con la ambulancia de protección civil junto con su amigo y se le dio el alta las 3:00, estuvo 7 horas recuperándose en Urgencias. En todo momento su amigo estuvo a su lado, junto a la camilla, en el pasillo del SUH. Estaba preocupado porque no se recuperara antes de que el autobús marchara para Málaga de nuevo, pues no tendrían cómo volver. Adrián había perdido sus objetos personales, móvil y cartera. Los demás amigos con los que vinieron en un autobús desde Málaga no se han puesto en contacto con ellos. No sabían si sus amigos tendrían la cartera y el móvil de Adrián. Ninguno de los dos conocen la ciudad de Granada y aunque es relativamente cerca y fácil de llegar al botellón desde las Urgencias, no sabían cómo llegar ni tampoco me prestaban atención cuando yo intentaba explicárselo. El amigo ha decidido pedir un taxi que les lleve de vuelta al botellón, desde donde partirá de nuevo el autobús para su ciudad de origen. Refiere que Adrián está aún algo mareado para irse caminando (Notas de Campo. Conversación informal nº 21. Adrián, 18 años).

5.3. El desencadenante de la IEA

En este apartado vamos a considerar de qué manera identifican las personas jóvenes la IEA. Casi siempre, el desencadenante es la inconsciencia, por el exceso de alcohol y a veces otras sustancias. Por regla general, cuando se dan cuenta los amigos, el intoxicado ya está en el suelo. A continuación, exponemos varios casos que representan las escenas a las que se enfrentan los jóvenes que son atendidos en Urgencias por una intoxicación etílica.

El caso de Alberto, de 24 años, como caso especial, puede considerarse una situación difícil de tratar en Urgencias, por la agresividad que le ha producido el policonsumo de sustancias ingeridas. En la entrevista y las notas de campo realizadas en esta conversación informal, los amigos nos relatan que estaba bebiendo y en un momento dado ha caído al suelo. En estos casos, suelen llamar a la ambulancia o llevarlo al centro sanitario más cercano si están en un pueblo, como es el caso, y desde allí es trasladado a nuestro servicio porque no mejora. Alberto se encuentra en una camilla totalmente dormido, solo hace dos horas que ha llegado totalmente inconsciente en una ambulancia.

Me dirijo a la doctora que lo ha atendido y me dice que ha venido con unos amigos y un joven que se identificó como su hermano mayor. Al parecer los dos estaban con un grupo de amigos de fiesta en Chauchina y habían estado bebiendo toda la noche, en un momento dado lo vieron con los «ojos vueltos» y se asustaron y lo llevaron al centro de salud más cercano. Conducía el coche un amigo suyo que también estaba ebrio. Desde el centro de salud, lo enviaron en ambulancia a nuestro hospital. Estaba inconsciente todo el tiempo, pero agresivo y le tuvieron que atar a la camilla. Los amigos y el hermano estaban llenos de arañazos, sangre y golpes que al parecer les había infringido el joven mientras estaba en ese estado porque intentaban cogerlo para que no se hiciese daño. Jose Antonio estaba dormido y no orinaba para poder hacerle el análisis de tóxicos que confirmara si había tomado alguna sustancia que no nos hubieran comentado (como es habitual entre los observados). La doctora decidió entonces probar a ver con el antídoto de las benzodiazepinas (anexate). Le pusimos una ampolla en bolo. ¡Despertó inmediatamente!. Lo que corroboraba que había tomado esta sustancia (Notas de campo. Conversación informal nº 2. Alberto, varón 24 años).

Mientras observaba la llegada al Servicio de Urgencias de las personas jóvenes intoxicadas, en numerosas ocasiones he visto que, aunque los traen para asegurarse de que no les pasa nada, se lo toman a broma y siempre hacen un comentario desdramatizando la escena, como el amigo de Polo. Así nos comenta lo ocurrido en la entrevista:

Me comenta su amigo que lo tuvieron que subir en volandas entre tres o cuatro amigos, como de una procesión se tratara, cuando perdió el conocimiento y no respondía. Se tuvieron que hacer paso entre el gentío hasta llegar a la carpa de protección civil del recinto. Como no respondía a estímulos y tras estar allí 45 minutos lo derivaron al hospital. Se vino él solo, porque era su amigo. Me comenta que son costaleros de Semana Santa del Cristo de su barrio y que los amigos lo llevaron en «procesión», cuenta divertido sin darle mayor importancia (Notas de Campo. Conversación informal nº 26. Polo, 21 años).

El caso de Andrea es un nuevo caso de desmayo. Estaba con su marido, quien asegura que no está acostumbrada a beber y que no ha controlado lo que había bebido porque estaba distraído.

Ha tomado solo 5 cubalibres de vodka como todos, yo no sé qué le ha pasado ¡tampoco es para tanto! Lo mismo que yo y aquí estoy [refiere su marido]. No está acostumbrada a beber. Estábamos en la plaza Einstein para tomarnos unos shawarman con unos amigos y de repente se ha desmayado. Es que no está acostumbrada a beber. Solo toma una copa de vino con la comida a veces. No sé lo que ha tomado, es que estaba con otros amigos y no he contado las copas. Ella estaba con mi hermano. Pero drogas no, no toma drogas (Notas de Campo. Conversación informal nº 10. Andrea, 21 años).

Habitualmente toman ciertas medidas «terapéuticas» antes de traerlos a Urgencias. Aclaran que una simple borrachera, mareos o vómitos no es suficiente motivo para ir a Urgencias, puesto que este hecho ocurre a menudo y es un hecho normalizado para ellos en un día de fiesta. Lo que produce el «detonante» para decidir ir a urgencias son otros signos de alarma. De esta manera nos cuenta la situación Eva:

Sí, cuando no reaccionas, me llevaron porque dije: voy al baño. Mis amigas vieron que no salía y me acuerdo que entró mi amiga y estaba sentada en el váter del pub y es

que no podía levantarme y me estaban haciendo así [mueve los brazos como si la estuvieran zarandeando]. ¡Eva!, y yo no podía moverme, y me vieron tan así y claro prácticamente sin conocimiento y dijeron esta hay que llevarla, no reaccionaba. Si yo veo una amiga mía en ese punto y no puede moverse, en plan de estar muy mareada, pues la sacamos fuera. A veces le damos agua y no hemos tenido que llevarla, porque luego se le pasa, vomita y se encuentra mejor. Entonces decimos, ¡a casa a dormir! Muchas veces, seguro que mis amigas, han tenido coma etílico y no las hemos llevado. Recuerdo una vez estar en una discoteca, hacer así [mueve la mano de arriba a abajo] y caerme y un chico me cogió y me sacó a fuera, pero en ese momento no contemplo ir a Urgencias a no ser que estés muy mal. La gente no va a Urgencias por una borrachera, porque es que todo el mundo está acostumbrado a verlo y lo considera normal, te sientas y ya, a no ser que veas a una persona muy mal, no estamos de ir a Urgencias... (Entrevista nº 2. Eva, 22 años).

Algunas veces las amigas ven signos de alarma antes de ponerse mal o caer inconscientes, como palidez, descoordinación o vómitos incontrolables, y empiezan a tomar medidas. Así nos cuenta Paloma un caso que experimentó:

A ver, la vez que nosotras llevamos a una amiga... teniendo en cuenta que yo no había bebido mucho esa noche. Era una niña más joven, salíamos todos juntos. Yo cuando la vi tan mal, siempre las niñas borrachas nos ponemos blancas ooooo... nos ponemos más contentas de la cuenta. Pero yo esa noche, es que la veía tan mal que... venga vomitar, no decía nada, solo vomitar. Se le iba la cabeza para todos los lados, le agarrabas del pelo y... le pegabas palizas. Es que, ¡es lo primero que se te ocurre para que espabile! Le echamos hielo en todos los lados, pero la niña estaba tan mal, tan mal, es que no era dueña de sus... ni hablaba, ya nos acojonamos y la llevamos (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

A veces, el resultado de la intoxicación les viene sin previo aviso y caen al suelo y «les fallan las piernas» antes de quedarse inconscientes, como me refieren Ana y su novio cuando despiertan:

Ana está totalmente dormida, sin embargo no inconsciente, pues en todo momento responde a estímulos y se despierta cuando la llamo, para sumirse nuevamente en un profundo sueño. Ana no da crédito a lo que les ha pasado, pues refiere que eso no les ha pasado nunca, jamás se había mareado antes, ni emborrachado porque asegura que ella solo se bebe la copa de la consumición. Nos quedamos inconscientes de pronto

[refiriéndose a su novio y a ella]. Me fallaron las piernas y ya no recuerdo nada más. Alguien llamó a la ambulancia pero no recuerdo nada hasta llegar aquí (Notas de campo. Conversación informal nº 3. Ana, 21 años).

En otras ocasiones, nuestros datos muestran que deciden ir por el descontrol o descoordinación o los vómitos. Cuando no llegan a estar inconscientes llegan con agitación y crean conflictos en el espacio de Urgencias, lo que ocasiona enfrentamientos entre el personal y los jóvenes. De este modo nos comenta Maika en su entrevista la experiencia en Urgencias:

Porque al salir del bar, «pos» nos llevaron a Urgencias, porque ¡vamos, íbamos «doblás»! Una iba guiando y en mitad del camino, la que no llegó al hospital se puso a «potar», se puso a hacer el «longui» y se tiró a un charco y pasó su «cuñao», la subió al coche y se la llevó, y de ella solo sabemos que llegó a su casa y la acostaron y por la mañana vomitó ya la bilis. Las otras dos, que sí que fuimos, íbamos andando ¿no?, con los amigos y en mitad del camino, «pos» empezamos a «potar», entonces a mi amiga se la llevaron primero porque estaba... pero era una niña «supermoderaílla»... pero estaba «superciega». Ella estaba tan mal, que la llevaron al hospital y tuvieron que llamar a la madre. Y desde el hospital, querían llamar a los padres y ¡ella tenía un ciego que te «cagas»! y decían... venga, dime tu número y ella decía 6, 2, ¡BOMBA! JAJAJAJA. Y ella insultando al médico ¡¡¡¡¡Que me dejes cabrón!!!! No sé, que bueno [...] que mi amiga un ciego que te «cagas» (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Algunas veces, aunque no están totalmente inconscientes los traen porque son incapaces de moverse y se los encuentran tirados en la vía pública. A menudo algún viandante que lo ve, llama a una ambulancia y el centro coordinador envía una ambulancia convencional quien lo traslada a Urgencias. Este fue el caso de Alonso:

Alonso está algo somnoliento, con los ojos cerrados pero no está inconsciente al llegar al hospital, pero estaba tirado en el suelo en el botellón y protección civil lo ha recogido y trasladado a nuestro hospital. Le pregunto si ha estado con amigos porque está solo y lo ha traído la ambulancia del recinto del botellón sin acompañante. Me refiere que sí, que estaba con amigos pero que como ellos tienen horario se han ido porque sus padres les ponen límites, pero que él como no tiene quién le ponga límites porque nadie se preocupa por él... (Notas de campo. Conversación informal nº 24. Alonso, 18 años).

En ocasiones beben tanto y tan rápido que no les da tiempo a empezar a estar mal para darse cuenta de que se están intoxicando. Generalmente los intoxicados recuerdan el trayecto a duermevela, como Tony, que nos lo cuenta de este modo:

Estábamos en la zona de plaza de toros y ya no recuerdo nada más hasta despertarme aquí. Recuerdo que estaba muy mal y que me iban a traer al hospital. Ya me he despertado en la camilla, y oía que me estaban pinchando en la consulta pero no tenía fuerzas para abrir los ojos (Notas de campo. Conversación informal nº 14. Tony, 25 años).

Normalmente lo que recuerdan en realidad es que se lo han contado los amigos que les ayudaron y en los días siguientes a la intoxicación les van relatando lo ocurrido y van reconstruyendo los hechos. Paloma nos cuenta el episodio del traslado a Urgencias de este modo cuando estábamos con ella en el Servicio de Urgencias:

Es que habíamos quedado con los novios para reunirnos ya todos, pero yo llegué en aquellas condiciones que el novio de mi amiga... pues me llevaron al hospital [...] Hay un sitio, donde vendían [...] que era un 24 horas y me compraron una torta, porque yo les dije que no había comido, que no sé qué [...] me llovieron «guantás» [...] Mi madre, ni me pilló, ni me pegó, pero mis amigos [...] eran guantá va, guantá viene. Me compraron una torta de chocolate y me la dieron, pero yo seguía vomitando y vomitando. Y ya es, cuando decidieron ellos solos, porque todo eso, es que me lo han contado, porque yo no me acuerdo. Yo el trayecto de la fabriquilla hasta donde [...] yo no me acuerdo. Al día siguiente, mi amiga, fue pota por pota, diciéndome que todas esas eran mías. Jajaja (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Esta joven que tiene experiencia en intoxicaciones «seriadas» reconoce que hay síntomas leves como dolor de estómago o una vomitera, pero cuando entran en la inconsciencia no saben si pueden pasar al coma y que le queden secuelas. Entonces para prevenir deciden traerlos. Paloma nos lo comenta de este modo:

Porque tú puedes controlar un dolor de estómago o una vomitera, pero una persona borracha llega un punto, que no es que se pueda morir [...] pero que le queden secuelas. Y el mismo susto del momento, a lo mejor hay gente, que le puede afectar pero no es tanto que [...], me da el miedo de decir, de que lo estás viendo, que lo está pasando mal y... es de que le pueda pasar algo y yo sentirme responsable de estar viéndolo y no hacer nada (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Todos relatan la misma historia de inconsciencia e impotencia de no poder moverse ni hablar y de recordar a durmevela fracciones inconexas de lo ocurrido, que después reconstruirán en los días sucesivos con sus amigos mientras se ríen divertidos recordando lo que decían o hacían cada uno de los «personajes» que intervinieron en la escena. Estos son algunos de los extractos de las entrevistas:

Recuerdo que estaba bien, me había pedido un cubata en el pub de mi novio, pero no recuerdo si llegué a beberlo, me había enfadado con él y decidí subir al cerro [zona de botellón]. Es un lugar como una plaza, que está cerca, le decimos el cerro. Le dije a Johnny, mi amigo, que se viniera y nos fuimos con otros amigos de él. No recuerdo nada, solo mi amigo Johnny intentando despertarme y diciéndome, Vane que voy a llamar a una ambulancia, que llamo a una ambulancia. No recuerdo nada más que trozos sueltos, recuerdo ruidos de sirena y algo cuando estaba en la consulta y me pinchaban pero no podía abrir los ojos (Conversación informal nº 15. Vanesa, 25 años).

Al salir de «la Granada Diez» se ha resbalado y se ha dado un gran golpe en la cabeza y ¡ha dejado de respirar!, ha empezado a hacer cosas raras y parecía que no respiraba. Es que ha sido un golpe impresionante. Yo no lo he visto, estaba de espaldas pero me lo ha dicho un amigo. Llamaron a una ambulancia porque a pesar de que tenían coches estaban aparcados lejos y no podían llevar a Fátima hasta ellos. [...] Me cuenta que estaban cerrando la discoteca y habían salido ya del local. Se habrá caído sobre las 7:00h, yo no la he visto, pero un amigo dice que ha sido un golpe en la cabeza brutal. Justifican el golpe porque estaba lloviendo y el suelo mojado y no llevaba calzado puesto [los tacones tras tantas horas de pie son imposible de resistir y las jóvenes suelen descalzarse o llevar unos planos de repuesto] (Notas de campo. Conversación informal nº 8. Fátima, 18 años).

Estaban en un hotel celebrando el paso del Ecuador. Comió la cena que según la paciente era escasa, bebiendo abundante vino y tras la cena en la barra libre se pidió 2 cubatas. Se sintió mareada y le dijo a las amigas que se iba al baño, que estaba un poco mareada. Las amigas cuando pasó cierto tiempo la echaron de menos fueron a buscarla al baño y se la encontraron tumbada en el suelo inconsciente y no respondía a estímulos. Llamaron a la ambulancia y la trasladaron al hospital (Notas de Campo. Conversación informal nº 16. Fuensanta, 20 años).

He ido al WC y ya no recuerdo mucho más. Como no salía del cuarto de baño unos chicos muy amables han llamado a la ambulancia y ya me he despertado en urgencias. [...] He estado en el botellón, me he tomado alrededor de 7 cubalibres de vodka y

cervezas, después me he ido con mis amigos a la Campus... estaba bien... fui al baño y ya no recuerdo nada más hasta que he llegado aquí. Recuerdo el ruido de la ambulancia, algo al entrar que me preguntaban, me pusieron en un carrito, estaba muy mal muy mal. [Jose Luis se ha quedado inconsciente en el baño de la discoteca y una pareja de desconocidos jóvenes han llamado a la ambulancia y le han ayudado a entrar en la misma. Sus amigos que estaban con él ni se percataron de lo ocurrido] (Notas de Campo. Conversación informal nº 5. Antonio, 23, años).

Me refiere la chica que habían estado con un grupo de jóvenes en el Babilonia [un recinto de copas gigantesco donde a menudo se hacen las copeas de Farmacia y otras facultades y que durante el verano sigue abierto como discoteca de verano. Está en Las Gabias, un pueblecito del extrarradio de Granada. Los jóvenes suelen ir en el «Búho», un autobús que el ayuntamiento ha puesto exprofeso para que los jóvenes no utilicen el coche. La joven que portaba la banda en el pecho cumplía 18 años y había invitado a un grupo de amigas a dormir a su casa por motivo de su cumpleaños. Pero Desirée, que tiene 17 años, no ha sabido beber según su amiga ¡y hay que saber beber! ¡Mira yo estoy estupendamente!, comenta la amiga. Pero ella ha perdido el conocimiento y tras intentar refrescarla, fuera del recinto del Babilonia, hemos tenido que llamar a una ambulancia. Entonces, ha perdido el conocimiento, y los porteros de la discoteca le han prestado los primeros auxilios. Ellos son los encargados de llamar a la ambulancia cuando no recobran la consciencia (Notas de campo. Conversación informal nº 7. Desirée, 17 años).

En relación al concepto «saber beber», que aparece en esta entrevista informal realizada en el proceso de atención, hemos de decir que entre las personas contactadas es habitual hacer referencia a no perder el control bebiendo, en el contexto de la fiesta. La amiga de Desirée afirma que, con la misma ingesta de alcohol consumida en ambos casos, sin embargo, ella no está mareada. En este sentido, afirma que cada uno debe saber cuál es su medida. Según la entrevistada, saber beber consiste en no excederte en tu medida de alcohol, la cual debes conocer.

Maria y Patricia, tratando de darle un sentido coherente a la inconsciencia, empiezan a encontrar justificaciones a lo ocurrido. Según nos comenta en la entrevista, piensa que le echaron alguna sustancia en la copa, nos lo relata de este modo:

Mi amiga y yo hemos llegado a una conclusión. Te explico: porque hicimos botellón de Martini, que es lo más suave del mundo, éramos 6 o 7 niñas, nos fuimos en la feria de

Jaén a una caseta y nos encontramos con un grupillo de niños que nos dijeron: ¿vosotras sois?... nos conocían del barrio y nos invitaron a un botella de periquín (¿) que fue beber el vasito, es el vino este dulce de la feria, como el de Málaga, es como fino dulce, muy barato, ya es que me da... [saca la lengua como imitando vomitar] Fue beber el vasito y pedimos al dj la de sarandonga de la Lolita y nos la dedicó. Y ahí se acabó lo que se daba. Solo me acuerdo estar mi amiga ahí fuera de la caseta y yo también y yo no sé ni quién llamó ni nada. Que a mi amiga se la llevó una ambulancia y vinieron los sanitarios y me metieron en otra ambulancia, a ella la llevaron a Jaén y a mí al Princesa, que por cierto esta navidad he trabajado ahí, y yo donde estoy perdí el conocimiento, pero entré consciente, ¿qué ha pasado?... ¡creo que nos echaron algo! Igual nos bebimos dos copitas de Martini y el vasito... y creo que... las demás amigas no bebieron. Solo mi amiga y yo, y estoy casi segura (Entrevista nº 4. María, 27 años).

Bebí ponche con Puleva [batido] de chocolate, tomé 6, me acordaré toda mi vida, me sentó mal porque me los bebí todos corriendo, yo no sé si me echaron algo en la bebida pero que bebí 6. Yo me los bebí y ya me acuerdo que me puse malísima y me tuvieron que... terminé de beber y me puse fatal. Llamaron a mi casa y vino mi padre por mí y llamó un amigo mío. No me quiero acordar lo que lió mi padre. Estuve dos o tres horas no me acuerdo mucho (Entrevista nº 10. Patricia, 20 años).

Roberto es un caso especial en nuestra muestra. Según nos consta, está acostumbrado a pasar borracheras casi todos los fines de semana, pero conoce bien los síntomas: mareo, náuseas, vómitos, incoordinación, etc.. pero en esta ocasión manifestó síntomas desconocidos en su trayectoria de consumo y se asustó. Así nos lo cuenta en su entrevista:

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, ansiedad (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Cuando hemos atendido a las personas que llegaban al SUH con IEA, nos refieren con asiduidad no recordar nada del trayecto y la última instantánea la tienen del último

sitio donde estuvieron bebiendo. Después de varias horas, muchas en el caso de Custodio, empiezan a despertar y volverse a dormir hasta que se despiertan totalmente una vez metabolizado el alcohol ingerido. De este modo se expresa Custodio:

No recuerdo nada. Que estaba en la facultad bebiendo cerveza con los amigos. Nada, ni dónde perdí el conocimiento, ni quién me trajo. He estado celebrando el patrón de arquitectura en la facultad. No recuerdo nada de nada. Yo estaba bebiendo un barril allí en la facultad, he bebido solo cerveza, mucha cerveza. Empezamos por la mañana o a mediodía supongo. [Son las 8 de la mañana y ha llegado de madrugada.] Solo recuerdo algo cuando me han pinchado en la consulta y ahora ya que me he ido despertando y durmiendo (Notas de Campo. Conversación informal nº 6. Custodio, 24 años).

Algunos han perdido la noción en otras ocasiones pero no han ido a Urgencias. Entre las personas entrevistadas, es común que llegue un momento en que el consumo de alcohol es tan elevado que les produce amnesia y al día siguiente tienen lagunas de memoria de gran parte del recorrido de la noche. Son los casos de Carlos y Pilar, que nos lo narran de este modo:

Sí, bastantes... el día de las bombas no me acuerdo cómo llegué desde el bar. Yo me acuerdo que decía tonterías. Lo típico, a Miguel le gusta no sé quién [lo dice tarareando], ahí cantando... pero de las explanadas a Urgencias, no me acuerdo,... lo que me han contado. Y cuando estuve aquí hace un par de semanas,... son tantas horas, porque es toda la noche y te dicen, ¡anda, que cuando dijiste no sé qué, y tú, que no que no... (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Estábamos haciendo botellón en la casa, compramos una botella para tres 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. Pues ahí me tuvieron que sacar, serían las 4 o 5 de la mañana. En la discoteca me bebería 2 vodkas y el chupito más lo que bebí antes en total 4 o 6 como mucho, pero creo que eso... Creo que es poco a poco que te vas sintiendo mal, empiezas a descoordinar, ese es el momento de dejar de beber y tomarte un Red Bull o una Coca-cola, pero a veces puede que sea muy brusco el cambio y ¡ya estás! Me tuvieron que llevar entre dos a rastras hasta el hospital (Entrevista nº 6. Carlos, 19 años).

Este es un caso típico de lo que creemos que ocurre habitualmente en base a los datos obtenidos, antes, durante y tras el traslado al hospital, entre las personas con las que hemos contactado. Empiezan a descoordinar, los amigos se alertan de que se está poniendo mal, y que no se mantiene en pie ni es capaz de sujetar el cuerpo. La sujetan y empiezan con algunas de las medidas terapéuticas antes descritas y pasado un tiempo prudencial si no mejora, deciden llevarla al hospital. Se organizan entre ellos si tienen coche o si llaman a una ambulancia. Si están cerca del hospital, como en el caso de Pilar, y hay chicos fuertes, la llevan en peso. Así nos lo cuenta ella misma en su entrevista:

Yo ya estaba que quería estar ahí «pa» abajo, también era la vergüenza de decir... ¡la cantidad de gente que hay allí en la Explanada!. Y ya mis amigos se encontraron con otros amigos... ¡¿Qué ha «pasao»?!, no sé qué... y ya «tos» alrededor mía y yo mirando «pa» abajo y ya... hasta que de repente, alguien decidió «pos» llevarme al hospital. Y de la Explanada hasta el hospital «pos no sé ná». Porque yo sé, que me llevaron a «curumbillos», ¡porque yo sé que no toqué el suelo! Y... «pos»... ya ves, y no sé ni la gente que me llevó, o sea que me llevaron amigos míos, otros que conocía otra gente y cuando llegué al hospital «pos» me subieron a una camilla y ya me metieron «pa» dentro y me querían poner y yo no quería... porque yo no quería que me pusieran «ná», y yo ¡no!, ¡no!, ¡no que estoy bien!, ¡que estoy bien!, ¡no!, ¡no!... y ya me tumbaron, me pusieron algo,... no sé (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Así nos cuenta Jorge, que en una moraga de la fiesta de San Juan, tan popular en verano, se emborrachó y acabó inconsciente en la playa tras vomitar abundantemente. Como los amigos no pudieron despertarle, lo llevaron a Urgencias. Según nos cuentan las personas entrevistadas, el cuerpo empieza a presentar síntomas de alarma, llamadas de atención, que suelen ignorar, hasta que es demasiado tarde. Como el caso de Jorge que nos lo cuenta muy claramente en su entrevista:

Y eso empezamos con las copas de ron con Coca-cola y «pa» arriba y «pa» abajo y yo la verdad es que no tenía experiencia ni de bebida fuerte, ni de beber mucho, entonces digamos que no controlé. A lo mejor, llevaba 2, 3, y yo no... no... bueno. Yo me daba cuenta y pensaba, voy a tener que parar, que si no voy a terminar mal y entonces yo bebía y no controlaba y tal. Y entonces ya cuando ya me vi, que estaba malo ya dije bueno si me acuesto me pongo mejor y «to» lo contrario. Yo me eché allí a las... yo qué sé, a las 1 o a las 2 y me desperté pues a las 3 o 4 de la mañana. Pero fue gracioso, porque me desperté así... estaba rodeado de vómitos y un amigo mío que estaba

también vomitando se resbaló y cayó con toda la cara en el vómito. Ya me entró a mi ganas de vomitar y empecé también a vomitar. ¡Una barbaridad!... y así estaba mareado y... un mal cuerpo que no veas y ya dije ¡nunca más!. Me metieron en el agua hasta la nariz a ver si me espabilaba. Me metieron en el agua y eso y ya ves yo estaba que me iba a caer y mis amigos se asustaron, mis amigos que tampoco tenían mucha experiencia en eso y ya dijeron: ¡Vamos a llevarlo a un centro de salud! ¡Vamos a llevarlo a un centro de salud!... Y eso, y ya me llevaron medio «arrastrao» a Urgencias (Entrevista nº 8. Jorge, 21 años).

Entre las personas con las que hemos contactado, destaca el caso de Penélope como un caso grave de intoxicación etílica, puesto que, si sus amigos no la hubieran llevado, podría haber aspirado. Al estar inconsciente, sin reflejo glúteo por presentar un nivel de conciencia muy bajo, al vomitar puedes aspirar el vómito y producir neumonías graves. Como estamos describiendo, a Penélope se lo contaron más tarde sus amigas, y ella nos lo cuenta de este modo en la entrevista:

A mí me llevaron dos hombres y mi amiga Concha, intentaron reanimarme, pero no, me daban en la cara y yo les decía ¡me cago en tus muertos! Claro, las cosas de... yo ya en el Camborio ese, allí tirada en el suelo estaba,... pero cuando ya empecé a echar espuma por la boca, pues decidieron llamar a una ambulancia. Ellos conocían a mi padre de haber ido con él de copas y, entonces, iban con miedo al hospital, pero cuando me vieron tumbada en el suelo, pensaron: ¡cuando se entere su padre! e intentaron medidas de recuperación allí... pero con espuma en la boca ya se asustaron y decidieron llevarme (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

Ana ha presentado un caso grave de IEA que, como no respondía a estímulos a su llegada al SUH, la han pasado a la sala de RCP [sala de pacientes críticos]. Había sido atendida en un CS anteriormente en un pueblo cercano, donde estaba bebiendo en la puerta de un pub. Al no poder reanimarla la trasladaron al HUVN. Cuando voy a hablar con ella porque ya está despierta, me lo cuenta así en la entrevista:

Investigadora: ¿Te acuerdas de lo que te ha ocurrido?

Ana: ¡Claro que me acuerdo! Yo me fui a Chauchina con mi amiga porque ella trabaja en un pub allí y nos salen las copas más baratas. Comencé a beber a medio día, una cerveza con unas tapas. Solo me he tomado 3 tercios de cerveza de Alhambra de la etiqueta dorada.

Investigadora: Eso es casi un litro de cerveza. Pero habrás tomado algo más porque has venido inconsciente.

Ana: ¡No me acuerdo de nada de lo que estás contando!. [Esto es lo que me responde, la joven intoxicada cuando le cuento lo ocurrido.]

Investigadora: Has llegado totalmente inconsciente, te ha acompañado un chico que te encontró inconsciente en la puerta del pub y llamó a la ambulancia pero dice que no es tu amigo, que solo te conoce de vista.

Ana: ¡¿Qué me estás contando?!

Investigadora: Son las 8:30 has llegado a las 7:30 y antes sobre las 6:30 te han atendido en el Centro de Salud de Chauchina quienes te han remitido a nuestro servicio, por estar en coma etílico. Estás en la sala de alto riesgo (Notas de Campo. Conversación informal nº 28. Ana, 23 años).

Entre los chicos menores de edad que hemos observado en el SUH, algunos no tienen permiso paterno para salir y mucho menos para beber. Cuando llegan a Urgencias tenemos que avisar a los padres quienes llegan muy sorprendidos. Este es el caso de Vicente: es de las primeras veces que consume y hoy a mezclado con cannabis. Llega con coma etílico a Urgencias:

Este joven fue traído en ambulancia desde el recinto del botellón junto con una amiga. Totalmente inconsciente a las 18:30h, al que es imposible explorar porque no responde a estímulos. Nos cuenta la amiga que ha consumido alcohol en grandes cantidades y cannabinoides. Al parecer el joven ha caído desplomado al suelo inconsciente. A su llegada a la consulta de Triage, se le clasifica Glasgow 9. No responde a estímulos verbales ni dolorosos. Ha vomitado cinco o seis veces. No se le piden análisis de tóxicos por lo que no podemos determinar si ha consumido otras sustancias aunque su amiga lo niega (Notas de campo. Conversación informal nº 20. Vicente, 16 años).

En ocasiones refieren empezar a beber sin intención de emborracharse, pero una vez que empiezan, no pueden parar de beber, hasta que caen inconscientes. Esta es la conducta que se ha denominado *binge drinking*.

He bebido mucho y no bebía desde Navidad. Habitualmente no bebo. He estado en casa de unos amigos con mi pareja. Una botella de ron a medias con mi pareja. Bebía y bebía. No sé, no podía dejar de beber una y otra detrás. He tomado hachís también. Habitualmente tomo hachís, pero no bebía desde Navidad y como no estoy acostumbrado me habrá sentado mal. Cuando me empecé a poner mal me fui a la

cama y todo me daba vueltas, comencé a vomitar y ya no recuerdo nada. No me acuerdo de nada. Creo que me habrán traído. Sí, no recuerdo nada hasta que venía en la ambulancia. Recuerdo cuando he llegado a Urgencias y me han puesto el suero, me daba cuenta pero no podía reaccionar. Después aquí cuando me he sentado veía algo pero no podía abrir los ojos (Notas de Campo. Conversación informal nº 1. Mohamed, 25 años).

En este caso, Eva de 15 años estaba montando un buen altercado en el supermercado cuando se desplomó. Cuando la madre llegó al hospital la encontró inconsciente en una camilla en compañía de una vecina que la reconoció en el supermercado cuando fue detenida por la policía:

Al parecer estaba en un supermercado con evidentes signos de ebriedad, alterando el orden público y vomitando. Desde el establecimiento se llamó a la policía, quien llamó a la ambulancia y fue derivada a Centro de Salud de Fuente Vaqueros, quienes la derivaron para nuestro SUH. Según asegura la joven, bebió 5 copas de ron y vodka y no había comido nada mientras bebía. En algún momento en el que se encontraba en el supermercado, supuestamente para comprar más alcohol para el botellón, perdió el conocimiento. Y tras ser alertada la policía esta avisó a la ambulancia quien la traslado a Granada (Notas de campo. Conversación informal nº 23. Eva, 15 años).

A veces la diferencia entre emborracharte e ir a Urgencias o no, lo decide el simple hecho de poder caminar. María Angustias se desplomó en el baño de una discoteca y entre su amigo y una pareja la llevaron en brazos al CS más cercano, a 50 m de la discoteca, desde donde fue desplazada a mi hospital en ambulancia.

Estaban en la VOGUE [una discoteca], María Angustias fue al cuarto de baño y no salía, la joven había pedido antes 2 copas que no llegaron a tomarse porque al ver que no salía fue a buscarla, la sacó fuera de la discoteca para que le diera el aire a ver si se espabilaba. Estaba totalmente dormida [inconsciente], no andaba, se me caía, intenté bajar la calle con ella pero nada, no caminaba, parte del trayecto lo hice con ella en brazos pero era un peso muerto y no podía con ella. Unos jóvenes amables que no conocía me ayudaron a llevarla hasta la plaza de Gran Capitán y el joven llamó a la ambulancia. Se despidieron y yo me quedé con ella hasta que llegó la ambulancia (Notas de campo. Conversación informal nº 12. María Angustias, 23 años).

5.4. La experiencia del despertar en el Servicio de Urgencias

El momento de despertar es muy diferente para cada una de las personas atendidas, dependiendo de varios factores, tanto personales de los intoxicados, como logísticos del Servicio de Urgencias, que pasamos a explicar a continuación.

Hay veces que conocen el sistema sanitario y al despertar no se impresionan porque han tenido una experiencia previa, aunque no haya sido por causa de una IEA. Es el caso de Custodio, que nos lo explica de la siguiente manera cuando le entrevisto de manera informal en Urgencias:

Nada... ya sabía que esto era el hospital, las camillas, todo blanco, otros pacientes alrededor. Porque el hospital es para urgencias como la que yo tuve en Alemania, que me pilló una furgoneta y me pasó por encima de la cabeza. La embajada española se hizo cargo enseguida y me llevaron al hospital, me hicieron un *scanner* y todo estaba normal. Tuve mucha suerte. ¡Eso sí es un urgencia y no esto! (Notas de Campo. Conversación informal nº 6. Custodio, 23 años).

Algunos chicos y chicas, como Eva, nos comentan que a pesar de ser una experiencia desagradable se encuentran mucho mejor, mucho más tranquilas cuando están al lado de algún amigo.

Y ya me acuerdo de despertarme en una camilla con un suero, estuve 3-4 horas ahí, claro. Una situación fea que yo no me enteraba de las cosas. En una sala, en una camilla tumbada con mi amiga al lado, estaba todo oscuro cuando me desperté, la tenía a mi amiga a mi lado (Entrevista nº 2, Eva, 22 años).

Aunque están seminconscientes e incapaces de moverse, cuando les realizas un estímulo doloroso como es pincharle un dedo o darle un pellizco, lo notan y despiertan momentáneamente para volverse a dormir durante horas. Paloma le recriminó a la enfermera que le pinchara:

Solo recuerdo que me pincharon un dedo y yo le dije a la doctora ¡me has hecho daño!. Me has pinchado. Y ya no recuerdo nada más. Ya no me acuerdo de nada más, no recuerdo ni de entrar por la puerta (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Muchos de los jóvenes atendidos no recuerdan nada de lo ocurrido desde el momento de la inconsciencia hasta varias horas después de estar en el hospital. Algunas de las personas jóvenes, cuando despiertan, si se encuentran solos sin ningún amigo, no llaman la atención, ni nos piden nada. Solo abren los ojos, inspeccionan el entorno, reconocen que están en el hospital y simplemente esperan que nos acerquemos. Estos son los casos de Juan y Vicente:

No recuerdo nada, me he despertado en las camillas. El joven está tranquilo, se ha dado cuenta de que hoy la fiesta no ha terminado como él hubiera querido pero se lo ha tomado con tranquilidad, sin alarmismos (Notas de Campo. Conversación informal nº 19. Juan, 25 años).

Reconoce que está en el hospital pero no reacciona de ningún modo. No solicita ninguna atención. Tiende a cerrar los ojos y dejar pasar el tiempo. Le informamos que hemos avisado a su familia. Vicente no toma contacto con ningún paciente, ni siquiera abre los ojos en la zona de camillas si no se le insta a hacerlo. Ha estado tres horas dormido. Está preocupado porque hemos llamado a su padre para que le recoja. (Nota de campo. Conversación informal nº 20. Vicente, 16 años).

Hemos observado que, en algunos casos, se dan a la fuga aprovechando un momento de despiste del personal. Este es el caso de María, que ayudó a escaparse a su amiga:

Estaba dormida y la desperté y me dijo: ¡vámonos! y le cogí la ropa y nos escabullimos. Ni firmó el alta ni nada, se escapó y nos fuimos a su casa. Se arrancó la vía ella sola (Entrevista nº 4. María, 27 años).

En muchas ocasiones, entre las personas jóvenes entrevistadas hemos visto cómo se les intentaba dar el alta en cuanto recobraban el conocimiento, pero seguían estando mareados y no eran capaces de levantarse. Este es el caso de Adrián:

Cuando recupera la consciencia, su amigo está al lado instándole que se les pasa el tiempo y pierden el autobús, pero Adrián a duras penas puede abrir los ojos. Está consciente y contesta, pero sin abrir los ojos, porque se mareaba. De hecho una vez que lo intentó le vomitó a la doctora en el pijama y otra vez en el suelo. Evidentemente no puede ponerse de pie. Necesita que pase un poco más de tiempo, que termine de metabolizar el alcohol (Notas de campo. Conversación informal nº 21. Adrián, 18 años).

En ocasiones los tratamos de despertar para que no alarguen su estancia mucho tiempo en Urgencias, cuando ha pasado un tiempo prudencial. Generalmente, si se les estimula se van despertando. Como el caso de Maika:

No sé qué medicación me pusieron, algo me pusieron claro, algo para lavarme la sangre, porque tenía mucho alcohol y entonces me quedé dormida en la camilla y cuando me levanté, que me levantó el médico, me empezó a «espabilar». Cuando el médico me «espabiló», yo recuerdo que estaba «helá», no hacía frío, pero yo estaba tiritando, tiritando, que tenía frío. Y el médico me decía ¡venga que te vas! Y yo ¡no, que tengo mucho frío!, ¡que tengo frío!, yo no hacía «na» más que decir ¡que tengo frío!. (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

En nuestra experiencia en la atención de los jóvenes, observamos que, por lo general, cuando están acompañados de sus amigos, la experiencia no es tan traumática, porque ellos siguen de fiesta y se despiertan entre sus amigos. Al estar con los amigos y amigas y tener una referencia conocida, la reacción es distinta que si se despiertan en contexto desconocido y sin referencias. En un principio, se encuentran tan mal y tienen tanto sueño, que no reaccionan porque no pueden moverse aunque quisieran, hasta que están totalmente conscientes. En el caso de Jorge se encontraba con su novia.

Y ya me llevaron al hospital... y me acuerdo que mi novia decía: ¡vamos a hacerle preguntas para que no se duerma! ¿Cuántas son dos más dos?, ¿cuántas copas ha ganado el Madrid? Y así, me hacía preguntas, y yo que me quedaba ahí dormido y entonces ya me tumbaron en la camilla y me pusieron no sé, no sé, yo creo que la B12, pero el tío dijo de ponerme adrenalina ¿yo no sé por qué me tendrían que poner adrenalina? (Entrevista nº 8. Jorge, 21 años).

Al despertar suelen balbucear ciertas palabras, pero el sueño les puede. La permanencia del amigo cerca al despertar hace el momento más tranquilo al ver una cara conocida. El amigo o la amiga que le acompaña suele relatarle lo ocurrido de broma. Es en ese momento, cuando se dan cuenta de que han perdido los objetos personales. Este es el caso de Polo y su amigo, que representan esta escena al despertar:

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, afirma que no recuerda nada; el amigo, divertido, le cuenta el episodio y se ríe y dice que le quitemos esto [refiriéndose a la vía venosa], que se va de marcha otra vez (Notas de Campo. Conversación informal nº 26. Polo, 21 años).

Algunos de los jóvenes observados realizan escenas de agresividad y mal comportamiento cuando se despiertan en un contexto extraño, donde no han pedido venir y se asustan. En algunas ocasiones nos han comentado que es el primer contacto con instituciones sanitarias que tienen en su vida y deciden irse sin más, arrancarse la vía y fugarse. Tras analizar las conversaciones mantenidas con otras personas jóvenes que no realizan ese comportamiento y esperan al alta formal, interpretamos que sufren una situación de estrés y miedo, que les hace comportarse de este modo. Esta situación puede llegar a ser el preámbulo de un ataque de pánico. Este ataque de pánico puede ocurrir en personas sanas sin significado patológico y son denominados ataques de pánico esporádicos o infrecuentes. A menudo los jóvenes investigados tienen poco control de sus emociones al estar bajo los efectos del alcohol. Alberto, al despertar, en el contexto hospitalario, protagonizó una crisis de histeria, por encontrarse 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 abuelos 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!. [Sigue llorando con las manos en la cara] 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 quítame el suero. [Tuve que llamar a seguridad para que lo redujera y tomar medidas coercitivas para que se tranquilizara y no se fugara, hasta que sus hermanos vinieran] (Nota de Campo. Conversación informal nº 2. Alberto, 25 años).

En algunas ocasiones, al despertar se ponen violentos y se arrancan las vías y saltan por las barandillas de las camillas, como el caso de María Angustias. Sin embargo, esta joven sí que sabía dónde estaba, porque era la segunda vez que venía a

Urgencias. Estas situaciones son las que suelen estresar al personal sanitario y es por ello que les desagrada trabajar con ellos.

Sigo con mi trabajo y antes de que me diera cuenta la joven se había arrancado la vía, se había manchado de sangre, había saltado de la camilla y el suero caía libremente por el suelo formando un gran charco. Voy a su encuentro y le pregunto qué le pasa. [...] ¡Tú me dirás! ¡Tú me dirás! [Decía, mientras hacía un ademán con los ojos, dirigiendo la mirada a los enfermos que estaban en la sala]. «Cuando he abierto los ojos y he visto a este hombre enfermo [...] ¡ya sabía yo dónde estaba!... ¡otra vez en el hospital! (Notas de campo. Conversación informal nº 12. María Angustias, 23 años).

Lo habitual entre los jóvenes observados en cuanto se despiertan es pedirnos que les quitemos la vía, que se quieren ir por diversos motivos. El motivo que Vanesa argumenta es que ella no está enferma y no quiere estar en el hospital. Esta es la situación que se produce con esta joven:

¡Quítame el suero que me voy! Yo estoy bien, no hago nada aquí. Hoy no sé por qué estoy aquí. No he tomado nada. [En otra ocasión vino por ingesta medicamentosa e intento de autólisis]. Yo me quiero ir, yo no quiero estar aquí. Yo no estoy enferma (Nota de Campo. Conversación informal nº 15. Vanesa, 25 años).

Sin embargo, algunos de los jóvenes, como Antonio, son correctos y participativos y te agradecen los servicios que le prestas como cualquier paciente más.

Antonio se encuentra en la Sala de Cuidados en el sillón 9. Hay 15 sillones en la sala distribuidos en U, por lo que el sillón que ocupa Antonio está al fondo de la Sala. He estado esperando que se despierte para poder hablar con él. Se encuentra cabizbajo y no se atreve a levantar la cabeza. Se encuentra entre dos ancianos, con aspecto bastante enfermo. Los sillones de la Sala están muy juntos unos a otros y puedes percibir todo lo que pasa al paciente de al lado. No hay ninguna intimidad y todos son conscientes de lo que le pasa alrededor y pueden observar el estado de cada uno de ellos. Me pregunto qué sentirá Antonio, porque mira de reojo a la derecha y a la izquierda sin atreverse a levantar la cabeza. Enfrente de él hay otra hilera de sillones todos ocupados por pacientes variopintos, observándose unos a otros, esperando pasar el tiempo de espera de los resultados de sus diferentes procesos. Los que ya están bien hablan unos con otros, preguntándose con curiosidad sobre sus dolencias. Sin embargo, hemos observado que los jóvenes que vienen por borracheras, no hablan

con los otros pacientes, por lo general cierran los ojos hasta que te acercas a ellos. Antonio no es una excepción. Antonio está con la cabeza gacha mirándose las rodillas, pero no está asustado, ni inquieto, ni me pide que le quite el suero, ni siquiera me pide que le den el alta. Espera tranquilamente, que las cosas ocurran en su momento. Aparentemente no está asustado, pero se le nota avergonzado. No tiene interés por ver lo que hay alrededor, no mira hacia ningún lado ni le interesa observar a los otros pacientes, solo se mira las manos entrelazadas encima de las piernas. Antonio ya me conoce y sabe que le he atendido a la entrada, porque no estaba inconsciente. Me acerco a él y le explico que estoy haciendo un estudio acerca del consumo de alcohol y me interesa su experiencia. Me dice que no le importa colaborar y me siento cerca de él. Hablamos en voz baja intentando aislarnos del panorama clínico que nos rodea. Le pregunto si le impresiona haberse despertado en este lugar. Me responde: «Ya me he dado cuenta cuando me traías antes [estaba consciente aunque adormilado por el efecto del alcohol] pero me encontraba tan mal que no podía ni pensar. Necesitaba tumbarme y dormir, además ¡tenía tanta gana de vomitar!. He estado dormido mucho rato y no me he dado cuenta hasta ahora (Notas de campo. Conversación informal nº 5. Antonio, 18 años).

En algunos casos, si se encuentran bien y el médico va a tardar en poderle dar el alta, les ofrecemos quedarse fuera con sus amigos y amigas, si lo solicita. Este es el caso de Ignacio, quien despierta en un sillón entre otros pacientes enfermos. Ignacio es muy joven, acaba de cumplir 18 años y viene acompañado por otros dos amigos de su misma edad, quienes le han estado esperando un par de horas en la sala de espera. En un momento dado se acercan a la sala para ver cómo sigue su amigo y lo encuentran que ya está despierto. El joven les refiere a sus amigos que me pidan el favor de poder esperar con ellos en la sala, porque le impresiona mucho ver pacientes enfermos alrededor. El deseo de muchos de los chicos y chicas atendidos en Urgencias es pasar el «mal trago» cuanto antes, como nos refiere Ignacio en su entrevista:

Amigo de Ignacio: Señorita, ¿puede venir?

Investigadora: ¿Cómo te encuentras Ignacio?

Ignacio: Ya me encuentro bien para irme.

Investigadora: Ahora mismo el médico no te puede dar el alta, te tienes que esperar un poco que acabe de ver a otros pacientes.

Ignacio: No me importa, ¿pero podría hacer el favor de dejarme ir con mis amigos a la sala de espera? No me encuentro bien aquí.

Investigadora: ¿Te encuentras bien como para caminar?

Ignacio: Sí, sí estoy perfectamente, esto ha sido un fallo, yo lo que quiero es irme y «olvidar el mal trago» cuanto antes (Nota de Campo. Conversación informal nº 17 Ignacio, 18 años).

En otros casos, cuando despiertan, se ponen nerviosos porque se dan cuenta de las horas que han estado durmiendo y se les ha hecho tarde, sobre todo si viven con sus padres y no quieren alarmarlos, ni que sepan del episodio de IEA. Moisés nos lo comenta de este modo:

Yo no suelo salir tan tarde, hoy es un día especial porque es Corpus y me han abierto más la mano. Suelo salir dos o tres veces por semana. Salgo sobre las 23h y llego sobre las 3 de la mañana. Por eso sé que están preocupados y quiero irme pronto. [Son las 8 de la mañana]. ¡No por favor!, como me vean así, con el suero se van a asustar y ellos confían en mí y no quiero que se preocupen. Si puedes hablar con el médico, me quiero ir ya. Tendría que estar ya en mi casa, nunca llego tan tarde y ya tienen que estar preocupados (Notas de Campo. Conversación informal nº 13. Moisés 18 años).

En el caso de Fuensanta, la visita al Servicio de Urgencias y su reacción al despertar es diferente, ya que está familiarizada con el medio hospitalario. Esta joven está estudiando medicina y su actitud es un poco distinta a los demás jóvenes observados, en el sentido de que no es habitual por parte de las personas jóvenes preocuparse por el gasto sanitario, como ha hecho ella en su entrevista:

Cuando me acerco a ella, Fuensanta, no recuerda nada, ni cómo llegó al baño ni el traslado de la ambulancia. Solo recuerda a su amiga preguntándole cómo está entre sueños, mientras la acompañaba en la ambulancia. No recuerda haberle puesto el suero, ni la medicación, ni el traslado a la sala de camillas. Se despertó en la sala de camillas 4 o 5 horas después de su llegada a Urgencias. Me refiere que siente vergüenza de gastar recursos al sistema, por una intoxicación medicamentosa, pero no le asusta ni le da miedo estar en el SUH. Mientras hablo con ella, comienza nuevamente a sentir náuseas y vomita. Le pongo más tratamiento. Sigue muy mareada y le hago una glucemia capilar, sigue baja y le pongo otro suero glucosado. Observo que ha vomitado mucho, que está todo el pelo lleno de vómitos (Notas de campo. Conversación informal nº 16. Fuensanta, 20 años).

Por lo habitual, si despiertan y están sus padres, están muy callados y colaboradores, incluso si no son menores de edad. Como es el caso de este chico, que es diabético, y parece que tiene una enfermedad genética. En estos casos los padres son aún más protectores si cabe.

Cuando ha recobrado la consciencia estaban ya sus padres con él, por lo que está muy callado, sabiendo que le van a castigar. Aprovechando unos minutos en los que los padres han salido, me acerco a hablar con él. Por la manera de responderme, él no le da importancia al hecho de perder el conocimiento, ni piensa cambiar de actitud. Se lo está tomando un poco en broma. Sin embargo sus padres, sobre todo su madre está especialmente irritada y preocupada. Esta me refiere que es un chico especial que no es como los demás y debe de tener más cuidado. Culpa a los amigos de influenciar negativamente sobre él (Notas de campo. Conversación informal nº 18. Pedro, 18 años).

5.5. Sentimientos y percepciones de los jóvenes con IEA en Urgencias

Una vez que son atendidos en la entrada y en las consultas de policlínica se les acomoda según su estado en las diferentes salas habilitadas para tratamientos y observación. Por lo general no son conscientes de lo que pasa hasta pasadas varias horas de haber llegado, que empiezan a despertar y es cuando empiezan a intentar racionalizar dónde se encuentran y qué ha ocurrido.

Cuando les pedía que me dijeran cómo se sentían, en general referían encontrarse mejor y que ya se podían ir. En la mayoría de los casos, se quejaban de que estaban tardando demasiado en darles el alta. A menudo hacían referencia acerca de dejar el sillón libre para un paciente que lo necesitara de «verdad».

Además de sentirse fuera de lugar como he expresado anteriormente, en general no entienden tener que seguir ocupando un sitio si no lo necesitan. Muchas veces están esperándolos los amigos y no quieren fastidiarlos más, se sienten culpables de haberles fastidiado la marcha. En muchas ocasiones, están continuamente utilizando el móvil; es el artificio que primero cogen en cuanto se despiertan. Este hecho suele

molestar al personal sanitario que los atiende y presionan para que les den el alta y les dejen el sillón libre por considerar esa actitud poco apropiada de un «enfermo».

Muchos de ellos no encuentran sus objetos personales, llaves, zapatos o abrigos. Por lo general los han perdido o en algunas ocasiones con suerte los tienen sus amigos, que llevan horas en la sala de espera. En algunas ocasiones nos refieren que los han perdido en la discoteca o el pub donde estuviesen. Casi siempre es necesario quitarles la ropa porque está mojada del vómito y de agua de haber estado intentando despertarlos antes de acceder a Urgencias. Cuando se van, se tienen que volver a poner la ropa sucia y vomitada y el aspecto en la mayoría de ocasiones es lamentable. Ellos mismos lo pueden comprobar cuando están sobrios y se avergüenzan de ello y así nos lo refieren cuando se van. A veces verbalizan que no van a beber más en la vida. No podemos comprobar este hecho, sin embargo, creemos por lo que las personas jóvenes entrevistadas nos han expresado que van a tomar medidas correctoras para no volver a encontrarse en la situación de volver. De hecho, en los casi 400 casos de revisión de historias clínicas, en muy pocas ocasiones han vuelto a venir las mismas personas jóvenes por esta causa.

A continuación exponemos una tabla con los sentimientos más expresados por los jóvenes cuando les hemos entrevistado por su experiencia en el Servicio de Urgencias.

Tabla 34. Sentimientos expresados por las personas jóvenes atendidas.

<p><i>Miedo al hospital</i></p>	<p>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).</p>
<p><i>Miedo a que se enteren sus padres</i></p>	<p>Se echaba las manos a la cabeza, ¡a esto [refiriéndose a su madre, que se encuentra fuera de la sala] es a lo que tengo miedo no a las máquinas!, ¡al chaparrón que me va a caer! Me gustaría cerrar los ojos y encontrarme en otro lado sin tener que enfrentarme a mis padres. ¡La que me va a caer! Y lo peor es que como no me dejan</p>

	<p>llevar mi vida me quiero independizar y esta situación me lo va a poner muy difícil. ¿Miedo? Ahora mismo a la única que le tengo miedo es a mi madre que está ahí fuera. ¡Yo no sé por qué la han llamado si soy mayor de edad! (Notas de Campo. Conversación informal nº 4. Ana, 23 años).</p>
<p>Vergüenza</p>	<p>También, me moría de vergüenza y cuando el médico me echó un rapapolvo, me puse a llorar y todo (Entrevista nº 4. María, 27 años).</p> <p>Que qué sentía?? ¡Una vergüenza! (Nota de Campo. Conversación informal nº 3. Ana, 23 años).</p> <p>Considero que es vergonzoso tener que ir a urgencias por beber demasiado, además, no iría aunque lo necesitase para que no avisaran a mis padres (Entrevista nº 10. Patricia, 21 años).</p> <p>Fatal, fatal, fatal, quería morirme... no entiendo cómo una persona puede beber... luego [...] ¿cómo es la palabra?, sí, me da vergüenza, pero lo veo, como muy bajo (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).</p> <p>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! (Nota de Campo. Conversación informal nº 12. M^a Angustias, 23 años).</p> <p>Miedo no, ¡vergüenza! ¡mucho vergüenza!. Fíjate que tengo el pelo echado en la cara para que nadie me reconozca, vaya que alguien me vea y me conozca (Nota de Campo. Conversación informal nº 3. Ana, 21 años).</p> <p>M^a Carmen empieza a sollozar, ¡qué vergüenza, qué vergüenza, el hospital es para otras cosas, como mi enfermedad, pero que no se puede venir a molestar por estas cosas. Sí, claro que es molestia, al</p>

	<p>hospital se viene para cosas importantes, pero es que yo me encuentro muy mal y no paro de vomitar, estoy fatal, fatal. ¡Qué vergüenza! Si yo no soy así. (Nota de Campo. Conversación informal nº 11. M^a Carmen, 20 años).</p>
<p>Preocupación por los amigos</p>	<p>Me sentí mal por cómo lo pasó mi amiga, le pedí perdón y todo, mi amiga: ¡no te preocupes!, por el mal rato, el susto que se pegó, no por mí que me encontraba bien sino el mal rato, es que me acuerdo que me daba bofetadas, de verdad. Más que nada me sentí mal por eso (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).</p>
<p>Soledad</p>	<p>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).</p>
<p>Mal rollo</p>	<p>Que va, no es una vergüenza, ¡es una putada!, no mola. Aparte de cortar el rollo, no mola nada, porque te llevan sin preguntarte a ti, te llevan porque ellos lo consideran... y no es que sea una vergüenza, es que sea un rollo y más si eres menor, el rollo de los padres (Entrevista nº 9. Paloma, 21 años).</p>
<p>Sentirse fuera de lugar</p>	<p>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 (Nota de Campo. Conversación informal nº 5. Antonio, 23 años).</p> <p>Sí, mi abuelo murió en el hospital no hace mucho, y yo lo cuidé en muchas ocasiones y lo traje varias veces. Por eso te digo, que este no es sitio para venir para esto, ni hacer gasto ni ocupar un lugar. Esto es para enfermos de verdad y no fallos de conducta (Nota de Campo. Conversación informal nº 14. Tony, 25 años).</p>

<i>Impaciencia por irse</i>	Yo lo que quiero es irme, que me den el alta lo antes posible y olvidar cuanto antes el mal trago (Nota de Campo. Conversación informal nº 17. Ignacio, 18 años).
<i>Depresión</i>	Alonso refiere que ha bebido 10 o más cubatas de whisky ron y vasos de vino y otros diez o más chupitos porque se quiere morir, porque no sirve para nada ni tiene trabajo, ni estudia, ni hace nada que la vida, es una mierda y no quiere vivir (Nota de Campo. Conversación informal nº 24. Alonso, 18 años).

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas para la tesis.

Como hemos visto en la tabla anterior, el sentimiento más habitual expresado por los jóvenes entrevistados en su estancia en Urgencias es el de vergüenza. En su mayoría, piensan que no es un lugar adecuado para ir por una borrachera, no se consideran enfermos y creen que los Servicios de Urgencias son para enfermos con patologías graves. Sin embargo, en ocasiones se disculpan porque es un hecho puntual y no van a utilizar los servicios sanitarios en más ocasiones por este hecho. Otros explican que se encuentran enfermos y por ese hecho vienen y lo consideran normal. En otras ocasiones, los jóvenes entrevistados han expresado miedo, sensación de soledad, preocupación por sus amigos, sensación de mal rollo y de contrariedad, pero en general la sensación unánime es de pasar el mal trago cuanto antes y olvidarse del tema. Porque para ellos, se trata de eso, un mal trago literal. Ese día el trago, la bebida, le ha sentado mal, pero la inmensa mayoría de las veces que beben no les ocurre una situación parecida.

En otras ocasiones, algunos jóvenes, como Alonso, presenta una dinámica distinta, observas que la borrachera no obedece exclusivamente a beber con los amigos, divertirse y que se les vaya la mano. Sino que beben por motivos negativos, para olvidar los problemas, porque se encuentran solos y deprimidos. Es el caso de Alonso, de 18 años que estaba llevando mal el divorcio de sus padres y quería llamar la atención de su madre. Por otro lado, si en Urgencias la atención se limita exclusivamente a lo biomédico, estos casos pasan desapercibidos. En este sentido, es

importante ir más allá de los síntomas físicos y es necesario intentar ofrecerle ayuda psicológica especializada.

Alonso está pidiendo ayuda de alguna manera cuando llega al SUH. Se encuentra perdido y no sabe cómo actuar. Es evidente que en muchas ocasiones los sanitarios no estamos formados en este tipo de actitudes y no sabemos identificarlas ni darles solución. En muchas ocasiones afirman que no es el lugar idóneo y puede que en ocasiones no lo sea, sin embargo es el lugar donde se ha identificado. Y algo hay que hacer. Un contacto con salud mental o valoración por psiquiatría sería oportuno (Notas de Campo. Conversación informal nº 24. Alonso, 18 años).

5.6. La atención sanitaria en la consulta de policlínica

En este apartado hemos querido desarrollar y describir la percepción de los jóvenes acerca de la atención en el Servicio de Urgencias. Hemos utilizado para ello entrevistas y observación. En este sentido, los jóvenes atendidos en el Servicio de Urgencias perciben en general que ha sido bueno, no muy bueno, ni excelente. Ellos quieren pasar el rato lo más rápido posible, e irse y olvidarlo.

En algunas ocasiones se quejan de la tardanza en atenderlos cuando llegan y, sobre todo, en darles el alta. Algunos de los jóvenes que se encontraban con posibilidad de andar con ayuda o no estaban muy intoxicados, se mejoran en el transcurso de que los atendieran y se iban sin recibir ninguna atención. Sin embargo, se quejaban en voz alta del mal trato y de la falta de sensibilidad. Esta queja la realizaban las personas acompañantes, que habían decidido traer a los jóvenes intoxicados y que también habían consumido y se encontraban desinhibidos. Las personas intoxicadas observadas en estas situaciones, en general, no están con fuerzas para conflictos en ese momento y son traídos y llevados sin ofrecer resistencia.

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.

El trabajo en la consulta con estos pacientes es harto dificultoso porque o no se mueven nada y necesitas ayuda para movilizarlos o están agitados y no puedes con ellos, ni ponerles la vía, ni la medicación. Es por esto que al personal sanitario no le agrada atender a este tipo de pacientes. A continuación describimos algunos de los casos que habitualmente son atendidos:

Una vez en la consulta comenzamos a desnudarla, a quitarle las medias hechas girones, las botas. Entre el sujetador está enganchado lo que fuera un collar de fiesta, roto en tres trozos, un pendiente debajo de su cuerpo en la camilla. El vestido palabra de honor a la altura de la cintura, dejando al descubierto el sujetador negro con tirantes transparentes. Le damos al cuñado los objetos de «valor». Terminamos de desnudarla entre dos o tres personas con mucha dificultad y le ponemos por fin un camisón. Una compañera le pincha la vía venosa periférica, se le saca sangre para analítica. Andrea ni se inmuta. Le han pedido además estudio de tóxicos, según refiere la médico, no se puede uno fiar y se encuentra muy agitada para haber tomado solo alcohol. La joven evidentemente no está en condiciones de orinar por sus propios medios, por lo que es necesario sondarla. Tampoco muestra resistencia, porque no puede moverse aunque quisiera. En ese momento suena el teléfono, al parecer el chico había llamado a su madre anteriormente, por si ella sabía los apellidos de Andrea. La joven es extranjera y necesitábamos los datos para introducirla en el sistema informático y crear la HC y el cuñado no se sabía los apellidos. Escuchamos que el joven le dice a su madre: «¡que estoy en el hospital, en el Ruiz de Alda que a la Andrea le ha «dao» un chungo! No puedo hablar, te dejo» (Notas de campo. Conversación informal nº 10. Andrea, 21 años).

A menudo ocurren situaciones insólitas entre los amigos o parejas con el paciente que presenta una IEA. Son situaciones que es necesario saber manejar. Se requieren herramientas y habilidades diferentes a las exclusivamente manuales.

Julio (marido): «Me tengo que ir»... Se acerca a la chica y le dice ¡nos vamos!, la coge de la mano y la chica le aprieta y no quiere soltarse con miedo a que se vaya y la deje sola. Intenta moverse pero no puede.

Andrea: A duermevela se da cuenta que está allí su compañero y comienza a agitarse nuevamente, el joven trata de calmarla. El marido parece que domina la situación, no se encuentra nada nervioso y da la impresión, que no está preocupado por el estado de su pareja. Maneja la situación con toda normalidad. Contrasta con la actitud del

hermano y cuñado de Andrea a la entrada a Urgencias, quien estaba nerviosísimo, asustado y la besaba sin parar.

Julio: Yo no la hubiera traído, pero la cosa se ha complicado. Me tengo que ir y me la tengo que llevar. Tengo que abrir el bar y no la puedo dejar aquí, me dice abriendo los brazos con gesto de inevitabilidad.

Investigadora: No puedes llevártela porque no está en condiciones de andar y no creo que puedas llevártela en brazos. Además ya ves que está muy nerviosa y agitada.

Julio: No pasa nada, ¡Andrea, que nos vamos a ir!, le dice a su esposa quien le mira con los ojos muy abiertos sin poder mover el cuerpo (Nota de Campo. Conversación informal. Andrea, 21 años).

En ocasiones, las personas jóvenes entrevistadas se ponen agresivas en el momento de pincharles y crean un verdadero conflicto entre el personal sanitario. En este sentido, es necesario abordar la situación con seguridad y pactando con el personal médico la actuación a seguir. Esto irrita al personal enfermero que es quien tiene que lidiar con ellos, expuestos a que te vomiten y te agredan en algunas ocasiones.

Se le pasa el o la paciente a la consulta del médico, quien lo atiende en primera instancia y lo pasa a la consulta del enfermero, cuando el enfermero intenta pincharle se agita, se pone agresivo y le tiene que volver a pinchar, gritando y haciendo insostenible la atención enfermera (Notas de campo. Conversación informal nº 24. Alonso, 18 años).

En muchas ocasiones los jóvenes que presentan una IEA se consideran mal atendidos y olvidados en el pasillo y sienten que se les hace esperar más que otros pacientes y a menudo escuchan comentarios peyorativos con respecto a su estado físico y acerca de la legitimidad de su asistencia.

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 (Entrevista nº 1 Roberto, 22 años).

Les dejan durante cerca de una hora en el pasillo sin atenderlos. Al darme cuenta de la situación me acerco a la consulta que les debe de atender y la médico residente me explica que tiene otros pacientes que va a atender antes (la IEA no se considera urgente, a menudo si hay otros pacientes con otras patologías, aunque hayan llegado después, se suelen ver antes, aunque tampoco sean prioridad urgente) (Nota de

Campo. Conversación informal nº 28. Ana, 21 años, y Conversación informal nº 9. Nacho, 23 años)

Algunas veces el estado y la alteración de conciencia es tan grave que el personal sanitario sospecha que el paciente ha tomado alguna sustancia además del alcohol. En estos casos se les pregunta al paciente o a los amigos y amigas, de esta posibilidad. Este es el caso de Jorge, quien se molestó ante esta insinuación.

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! ehh????... ¡eso es de otras cosas!... Yo,,,¡que no, que no he fumado! y el tío... sí siiiiiíf el tío muy borde... y ya está y después pues... (Entrevista nº 8. Jorge, 21 años).

En otras ocasiones, las personas jóvenes atendidas perciben que están haciendo juicios de valor de su conducta y sienten que al personal sanitario les parece bien que sufran. En este sentido, y según el juicio del personal sanitario entrevistado, entienden la idea de enfermedad como algo inesperado, fuera de la voluntad del sujeto, mientras que la borrachera es algo buscado por las personas jóvenes que llegan intoxicadas.

La doctora le dijo al personal enfermero que me llevaran a mi casa a dormir la «pea». [...] ¡A ver, gracia no les hizo!. Recuerdo cuando fuimos a recoger a mi amiga, sí recuerdo que fueron más estúpidas, es cierto. Hombre, supongo que a nadie le gusta ver una niña así. Si la ven menor de edad [...] No es que te traten mal, porque no es eso. Pero [...] a esta niña como si [...] es cierto que nos lo buscábamos [...] pero una vez que está así [...] lo que no quieres es que te echen la bronca. Allí sí eran más [...] alguien sufre una cosa [...] como que notas que se lo merece [...] y eso es lo que notábamos, tanto del que estaba en el mostrador como [...] estaban muy serios [...] supongo que es algo normal (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Esperan buenos consejos, pero no mala actitud de los profesionales. Cuando encuentran entre el personal de enfermería alguien que les trata con respeto y cariño, lo suelen agradecer. Estos son los casos de M^a Angustias y Paloma:

Pero la otra vez nadie me habló como tú estás haciendo ahora. No me dijeron nada ni me dieron papel, yo solo escuché: «ahí va la bella durmiente». No, no me trataron bien la vez anterior. Ahora por lo menos tú me estás aconsejando que tenga cuidado y qué debo de hacer (Nota de Campo. Conversación informal nº 12. M^a Angustias, 23 años).

Cuando te hablan de tú a tú, es mucho mejor que cuando te hablan autoritariamente. Te sientes inferior que no te puedes expresar bien. Te han tachado de que eres una inconsciente y te tratan como tal (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

A menudo, cuando se ponen nerviosos empiezan a descontrolarse y querer ir, ponen nerviosos a los profesionales y a los demás pacientes, nos vemos obligados a llamar a seguridad y entorpecen el trabajo normal del SUH. Es cuando aparecen comentarios peyorativos y malos modos por parte de los pacientes pero también de algunos profesionales implicados. Este es el caso de Alberto, quien protagoniza un gran altercado en la sala.

He atendido a un chico con una IEA y lo he dejado en la Sala de Cuidados. Al poco tiempo me llaman mis compañeras quejándose de que el joven estaba agitado y se quería ir, que no estaba quieto en la camilla ni quería sentarse en el sillón. Que se quería quitar la vía y que se quería ir a su casa. ¡Para que lo has despertado?! ¡Hemos tenido que llamar a seguridad porque se ha puesto muy nervioso queriéndose quitar el suero y andando de un lado para otro!. (Notas de campo. Conversación informal nº 2. Alberto, 24 años, domingo 10:00h).

El caso de Alonso de 18 años es un ejemplo más de lo conflictivo que puede llegar a ser un caso de consumo de sustancias, ya sea alcohol o policonsumo. Cuando los chicos y chicas están agitados por causa de la intoxicación etílica, no son conscientes de lo que hacen. Sienten que se les hace daño e intentan defenderse. Por otro lado el personal de enfermería quiere hacer su trabajo y terminar para atender al siguiente paciente. Cuando esta situación se complica y se tarda en intentar reducir a los jóvenes con IEA, se atrasa la atención de los siguientes pacientes, hecho que suele irritar al personal sanitario. A menudo esta situación crea conflicto entre ambos colectivos, como es el caso de Alonso, que relatamos a continuación.

El enfermero ha intentado pincharle para ponerle la vía y sacarle la analítica, Alonso no quiere colaborar, está bocabajo en la camilla con la melena echada en la cara ajeno a lo que estén haciendo mis compañeros. Cuando mi compañero intenta pincharle en la mano Alonso le volea el abocath [aguja] por los aires, con el consiguiente enfado del enfermero. Quien se pone a gritar: ¡Esto es inaudito para que tanta analítica si está borracho y ya sabemos lo que es!, grita mi compañero quejándose de la actitud del joven y discute con el médico acerca de las peticiones de analítica. Le refiere al médico

con gran malestar que para qué necesita tanta analítica, ¿entendería que se le sacasen unos gases venosos, para ver el PH, lo demás está de sobra! El médico le dice que lo entiende, pero que es el responsable y que no tiene más remedio que mandarle las demás analíticas (Notas de campo. Conversación informal nº 24. Alonso, 18 años).

Alonso es el típico joven problemático que suele dar problemas en el Servicio de Urgencias por agresividad y mal comportamiento y es diana de comentarios peyorativos hacía él y en general a todos «los borrachos». Por lo general, se niegan a atenderlo hasta que no esté sedado.

En ocasiones hay problemas para adjudicar un sillón o camilla en la sala de Cuidados a los jóvenes con IEA sobre todo si no están dormidos y están alterando el espacio clínico. Esta situación tiene que ver con la idea de la idoneidad de atender a jóvenes con este motivo de consulta en urgencias, puesto que no todos los sanitarios coinciden en su opinión como veremos en el siguiente capítulo. A continuación describimos uno de los casos que habitualmente se suelen producir:

Solicito sillón para un chico con IEA a mis compañeros de la Sala de Cuidados, hay sitio libre, sin embargo la auxiliar se queja de que un chico por intoxicación etílica tenga que ocupar un sillón cuando puede ser que vengan pacientes más graves «realmente enfermos» y no hay sitio para ellos después. La auxiliar intenta impedirme el paso. Mientras la auxiliar se queja e intenta impedir que le sienta, la enfermera la desautoriza y permite que ocupe el sillón libre. [...] Cuando le digo a la enfermera que me avise cuando esté despierto me contesta ¿no tendré que hacerle un cuestionario yo?, como diciéndome que eso era un abuso. La tranquilizo cuando le digo que la entrevista la voy a hacer yo. Le informo que solo necesito que me avise cuando esté despierto antes de que le den el alta. Y se queda más tranquila (Notas de campo. Conversación informal nº 5. Antonio, 23 años).

5.7. La intervención sanitaria a los jóvenes con IEA

Reflexionamos con las personas jóvenes entrevistadas sobre la posibilidad de aconsejarles en Urgencias, indagando sobre lo que esperan de nosotros como institución sanitaria y si la experiencia en Urgencias, tras una IEA, puede influir en un cambio de conducta posterior. En este sentido, los jóvenes entrevistados son

conscientes de que no se van a desplazar para recibir consejos a otra instancia y consideran que el sitio idóneo es el colegio o el instituto.

Yo creo que es mejor en los colegios o en el instituto. Sí, es como con los orientadores, que no tengas que desplazarte de tu sitio. Porque yo, sinceramente, no creo que la juventud se vaya a desplazar para buscar información a ningún sitio. A no ser que se lo facilites (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Algunos consideran que no solo no hay presión social para beber, si no que ahora, está bien visto, no fumar ni beber. Consideran que están bien informados. Según nos expresan en sus entrevistas, beben porque quieren, y no necesitan consejos. De este modo, nos lo comenta Penélope:

¡Pero si estamos súper-informados!, lo que pasa es que no queremos [...] Esto es como la que se queda «preñá». La que se queda «preñá», es porque no se toma la píldora o no se pone un preservativo. Porque no me digas a mí, que no sabe perfectamente que se puede quedar «preñá». Antiguamente, en la época de mi padre, el que más bebía era el más hombre, iban a los guateques y al que no bebía lo criticaban; ¡fíjate este! [el que no bebe]. Pero ahora, el que no bebe, esta mejor visto, se considera perfecto, no bebe, no fuma, está hecho por ordenador. Porque ahora, vemos que beben, que fuman [...]. Y no solo eso [...] No tienes más que ir a la Mae y el Granada 10 [discotecas] y ves que corre la droga, se van al WC (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

Algunos de los jóvenes entrevistados sí consideran que, en los casos de tener muchas reincidencias en Urgencias por ingesta de alcohol, sí sería necesario que se derivaran al psicólogo.

En cuanto a derivar a los jóvenes a otros servicios más específicos de problemas de alcohol, yo considero que ¡hombre yo creo que depende de los casos! [...] Si un chico viene tres o cuatro veces, porque en el historial siempre va a salir que venimos, por un coma etílico, entonces sí. Habría que hacer algo. Porque un coma etílico te puede dar por una sola copa, que un día te siente mal, como con una borrachera, como la que yo llevaba. Entonces, si te da tres o cuatro veces... pues se puede mandar a salud mental, para que hable con el psicólogo. Pero mientras [...], no creo que sea necesario. Toda la juventud ha tenido una mala experiencia con una borrachera... unos hemos tenido la mala suerte de ponernos fatal y echar espuma por la boca y lo hemos pasado en el

hospital, y otros lo han pasado igual de mal en su casa. Y unos son maravillosos y otros beben copas, y mi hermana, eran las espinacas, que le han sentado mal. Jajajajaja (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

Las enfermedades o los procesos asistenciales en sí mismos, producen sentidos y significaciones subjetivas y colectivas que operan de diversa manera sobre el proceso de salud y enfermedad de los individuos. En este sentido, creemos que la asistencia sanitaria en sí misma produce en las personas jóvenes atendidas en Urgencias por una IEA reacciones, actitudes, pensamientos y sentimientos diferentes en cada joven, pero en ningún caso sucede sin alteración en el sujeto.

Cuando les preguntamos acerca del consumo de alcohol posterior a la experiencia en Urgencias, suelen afirmar que ya no les va a pasar más. Lo que no significa que no van a beber, sino que tomarán medidas para no volver a Urgencias. La mayoría de las veces, después de una mala experiencia en el hospital, suelen verbalizar que no van a beber más o a moderar el consumo. Sin embargo, ellos mismos nos confiesan que no creen que lleguen a cumplirlo. Roberto nos cuenta en su entrevista que la intención es no beber. Sin embargo, pasadas unas semanas, se le olvida la mala experiencia y vuelve a practicar los mismos consumos e incluso mayores.

No, al principio dices, ¡no voy a beber más! Lo dices esa noche, pero a la semana o dos semanas, cuando te proponen hacer botellón, bebes otra vez, y no te acuerdas de eso. Te acuerdas de los momentos buenos, pero de los malos no. Sé que no tengo que beber tanto, que desparramar tanto. No, porque a ver, salgo dos veces por semana, pues al mes son 8 veces, al año 88 veces. De 88 veces, me pongo una vez malo. ¡No creo que mis hábitos me pongan siempre mal! [...] Los síntomas malos de el alcohol, los padezco 2 o 3 veces al año, de 80 y tantas veces que he bebido. ¡No creo yo, que tenga que cambiar! [...] Entonces no cambié tras el episodio de Urgencias. Más bien al contrario, bebíamos con más asiduidad. Es que, en Granada, todo el mundo vamos a quedar de botellón, era lo normal, nos lo pasábamos bien (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Por el contrario la inmensa mayoría de las personas jóvenes atendidas consideran que van a bajar el consumo para evitar volver otra vez al Servicio de Urgencias. E, incluso, algunos afirman que no van a beber jamás. Consideran que no les ha gustado la experiencia y moderarán su consumo de alcohol. Creemos que se expresan en términos de moderación, porque es lo que saben que se espera de ellos, en un

contexto sanitario. A continuación, exponemos algunos de los verbatims extraídos de las entrevistas en las que afirman esta actitud:

Hombre decir... ya no voy a beber más... ¡Tengo que beber menos! Esto lo tengo que dejar y tal [...] pero sentir culpabilidad, ninguna, porque sé lo que he hecho y lo que he bebido y lo que va a pasar después. Pero dices, esto lo tengo que dejar, porque no te gusta cómo estás. Desde luego que jamás, jamás volveré por este motivo. Ya he aprendido la lección (Conversación informal nº 25. José Antonio, 23 años)

Voy a beber menos. Yo nunca he estado en el hospital por beber, teniendo tan cerca el alcohol en el bar donde trabajo. Sí, es un problema. Sí, sí, ya no voy a beber más, yo no quiero volver. ¡Es la primera vez! ¡No voy a beber, nunca más! (Nota de Campo. Conversación informal nº 2. Alberto, 24 años).

No te preocupes más, ya voy a tener más cuidado la próxima vez que beba (Nota de Campo. Conversación informal nº 16 Fuensanta, 20 años).

Que no, que no debería estar aquí. Uno debe controlar y conocer su límite. ¡Pero de esta ya he aprendido que no voy a beber más! (Nota de Campo. Conversación informal nº 13. Moisés, 18 años).

Otras veces, tras varias borracheras que al final dan lugar a la estancia en el hospital, expresan que han descubierto el consumo suficiente para adquirir las sensaciones agradables que esperan. En este sentido, suelen moderar el consumo y aprenden su medida de alcohol. De esta manera nos lo expresan Eva y María en sus entrevistas:

Con dos copillas me pongo bien, puedo tomarme la 3ª pero ya, no me tomo 4 o 5 ni nada, a lo mejor 1 o 2 cervezas y 2 cubatas y con eso controlo, si me veo así, para que no me vuelva a pasar (Entrevista nº 2, Eva, 22 años).

Sí, pero en plan de no beber y eso no. Yo he seguido bebiendo, porque estaba convencida de que me echaron algo en la copa. Hablando con mi amiga, la que también acabó en Urgencias el mismo día que yo, decíamos: ahora con moderación. ¡Nos dijimos ya no bebemos más!. Pero sí, creo que sí, he sido más consecuente desde entonces. Aunque he tenido mis días que dices: ¡qué desfase!. Pero desde ese día no me ha pasado ninguna cosa grave (Entrevista nº 4. María, 27 años).

En algunos casos como el de Pedro, no creen que tengan ningún problema con el alcohol y no consideran que tenga que tomar ninguna medida para cambiar de actitud. Señalan otros motivos, como la diabetes, que justifican el proceso sufrido. Pedro considera que le ha sentado mal:

El joven es cardiópata y diabético insulino-dependiente sin embargo considera que está en el hospital por causa de su enfermedad y no por causa del exceso de consumo de alcohol, por lo que no cree que tenga que cambiar de actitud con respecto al consumo. Le ha sentado mal y punto, refiere (Nota de Campo. Conversación informal nº 18. Pedro, 18 años).

Polo, Juan e Ignacio de ningún modo aceptan que se les diga lo que tienen que hacer y no quieren consejos. Están aquí porque los han traído. Polo no solo no va a cambiar de actitud, en los días posteriores, sino que quiere volver esta misma noche de fiesta, porque aún no se han cumplido las expectativas que tenía planeadas para hoy. De este modo se expresan en sus entrevistas:

Yo no necesito que me digáis lo que tengo que hacer, sé lo que quiero y es beber e irme de putas. Quitadme esto que me quiero ir, que aún es temprano (Nota de Campo. Conversación informal nº 26. Polo, 21 años).

¡No voy a cambiar por haber venido a Urgencias! ¡Ya soy mayorcito! Espero pasar la borrachera, nada de sermones, ya sé lo que debo hacer! (Nota de Campo. Conversación informal nº 19. Juan, 25 años).

No considero ningún cambio de actitud, porque no tengo problemas con el alcohol, ha sido un problema puntual. ¡Creo que me han echado algo en la bebida! (Notas de campo. Conversación informal nº 17. Ignacio, 21 años).

Del mismo modo, Ana M^a, siendo una de las pocas personas jóvenes atendidas en Urgencias que ha sido reincidente por causa de una IEA, se justifica todo el tiempo y en ningún momento expresa que vaya a cambiar de actitud.

Me parece que no piensa corregir su conducta en ningún momento, comenta que no va a beber menos, ni va a tomar algún tipo de medidas. Se justifica que solo ha bebido cervezas. Sin embargo, en otro momento de la entrevista me dice que en casa de su amiga había tomado un cubata con ella. Se repite, afirmando que ha bebido mucho

más habitualmente y no le ha pasado nada. En este sentido, piensa que salió a mediodía, comió solo unas tapillas y por eso se había emborrachado. Pero no piensa cambiar. Según su percepción, no tiene problemas con el alcohol [Sin embargo, sus padres tienen otra opinión sobre su conducta] (Notas de campo. Conversación informal nº 4. Ana M^a, 23 años).

Otras veces, refieren que se moderan a partir de una mala experiencia. Algunos de los jóvenes atendidos dicen aprender del error de abusar del alcohol y toman algunas medidas al respecto. Maika decidió no dejar que nadie le sirviera la copa en el botellón porque se las echan muy cargadas.

¡Qué pasa! Que no voy a dejar más que me echen las copas, porque son unos bestias, ¡ese es el problema!... pero ni te arrepientes ni nada. Pero ya te digo que aprendes a moderarte, un poco (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

En ocasiones, la experiencia misma de asistir al SUH sirve para modificar la conducta abusiva. Paloma, desde el día de la atención en Urgencias no se ha emborrachado más y ha moderado su consumo. Así nos lo comenta en su entrevista:

Sí, cambié la actitud porque lo pasé fatal, porque para mí la sensación más horrible es vomitar, de lo peor que me pueda pasar, es que me da hasta por llorar. Mientras haya alguien que sujete la cabeza [...] ¡porque me daba asco!. Es que vomitar me resulta muy desagradable. A partir del día de ir a Urgencias ya no me he vuelto a emborrachar para vomitar ni [...] Sí, cambié la actitud porque lo pasé fatal (Entrevista 9. Paloma, 23 años).

En algunos casos, la experiencia es doblemente efectiva: por la estancia en sí misma del hospital y además porque sus padres son avisados y han sido «pillados». Es el caso de los menores de edad. Aunque eso no signifique que vayan a dejar de beber, pero sí controlar para no tener que volver, como algunos nos han expresado.

Algunos de los jóvenes entrevistados hacen referencia a tener problemas de control cuando empiezan a consumir alcohol. Por su parte, Penélope, una de las jóvenes entrevistadas, se autodefine como alcohólica. Afirmando que no tiene fuerza de voluntad para dejar o moderar la bebida que ingiere. Así nos comentan Penélope y M^a Angustias su falta de control en los extractos de las entrevistas:

Hola, me llamo Penélope y soy alcohólica. ¿Has visto las películas de Antena 3? Hola, me llamo Karem y soy alcohólica... Hombre, tomas medidas los 15 primeros días, aguantas un poco... pero luego vuelves otra vez... (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

No sé, no sé, si voy a modificar mi conducta a partir de ahora... porque... cuando empiezo, no tengo límite, no sé parar (Nota de Campo. Conversación informal nº 12. M^a Angustias, 23 años).

A menudo, no son conscientes del problema de la ingesta habitual de alcohol. Manuel ha traído a su esposa que presentaba una IEA. Él es bebedor habitual y trabaja principalmente en bares. Este joven ve el problema en su esposa, sin embargo no es capaz de verse él mismo. Me asegura que la va cuidar y no la va a dejar beber más. Así lo explica en su entrevista:

Antes de despedirse le acompaño a admisión para que dé el número de teléfono y me dice: ¡ya no la dejo más!, a partir de ahora solo agua del «Ayun». [refiriéndose a agua del ayuntamiento] ¡Esto no lo quiero yo!, si yo te dijera lo que he visto... no, no quiero... Mi madre tiene problemas con el alcohol y sé lo que es eso. Agua del «Ayun» y se acabó (Notas de campo. Conversación informal nº 10. Andrea, 21 años).

5.8. Justificaciones de la intoxicación por los y las jóvenes

Durante el proceso de recuperación, cuando ya están despiertos, aprovechamos para hablar con ellos del proceso que han experimentado, mientras el médico puede hacer hueco para darles el impreso del alta. Cuando las personas jóvenes era interrogadas acerca de la sobredosis de alcohol, en general comentan que no había sido deliberada, sino que tenían intención de coger el «puntillo», pero que suponían que se habían pasado. Las chicas, por lo general, comentan que no habían comido nada o que estaban a dieta.

Otras jóvenes referían que eran diabéticas o que tenían lupus o cualquier enfermedad, como haciendo alusión a que este era el problema y no el abuso de ingesta alcohólica. A menudo, comentaban que no habían bebido más que otras veces en las que no les había ocurrido nada.

Cuando se les pregunta por qué motivo creen que se han emborrachado, dan toda una suerte de motivos, casi nunca relacionados con el abuso de alcohol. Hemos seleccionado aquellos a los que más recurren. Para ello, hemos realizado una tabla resumen que facilite una visión global de las causas de borrachera argumentadas por los jóvenes atendidos por una IEA.

Tabla 35. Justificaciones de borracheras.

JUSTIFICACIONES DE BORRACHERAS
Comer poco
He tenido mala suerte, el azar o la probabilidad
Mezclar licores y drogas
Beber rápido o Beber al ritmo de otros.
Que te sirvan una copa con más alcohol de lo habitual.
Fumar y alcohol
Te han echado algo en la bebida
Compartir botella
No estar acostumbrado a beber
Estar de «bajón» o deprimido
Desengaños amorosos
El fallo del cálculo previsto.
Si la intoxicación es colectiva, el problema es de adulteración del producto alimentario o alcohólico
La culpa es de los «chupitos»
Relación con alguna enfermedad
No saber beber
Írsele de la mano.
Un error de conducta o falta de dominio propio
Estar tomando medicación

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas para la tesis.

La idea de comer poco e intoxicarse más pronto es conocida por todos ellos. Estos argumentos son los más utilizados por la mayoría de chicos y chicas entrevistados. Aunque las chicas utilizan más estos argumento que los chicos, algunos chicos también los utilizan. Incluso algunos varones las utilizan para justificar la intoxicación de sus parejas.

La verdad es que no habré comido mucho... o algo..., pero como sale uno tantas veces y se pone borracho sin tener sintomatología mala o llegar a vomitar... (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

Fue una época en que a mí eso de comer pues no me hacía mu... Tampoco... es que se me olvidaba comer y me tiré tres días sin comer y me harté de beber... bueno tampoco bebí tanto para... (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

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 (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

Pero hoy me ha sentado mal. Porque no he comido. ¡Ya no salgo más sin comer! (Nota de Campo. Conversación informal nº 13. Moisés, 18 años).

Es que no como casi nada estos días. Y estoy tomando pastillas... (Nota de Campo. Conversación informal nº 15. Vanesa, 25 años).

La cena era escasa y bebí abundante vino y tras la cena en la barra libre me pedí dos cubatas (Nota de Campo. Conversación informal nº 16. Fuensanta, 20 años).

Se me ha ido de las manos, no he comido nada hoy y... ya no va a pasar más (Nota de Campo. Conversación informal nº 25. José Antonio, 24 años).

M^a Carmen está a dieta, ha perdido 30 Kg y sigue una dieta de 800 calorías. Nos explica en su entrevista que hoy pensaba ir de fiesta, por lo que ha comido menos para compensar las calorías de más.²⁹ Así nos comenta esta joven el cálculo de calorías que realiza:

Estoy de fiesta con mis amigos, pero ha sido una tontería. Lo cierto es que no he comido y me ha sentado mal. Llevo una dieta de 800 calorías, pero estos días he comido menos y hoy como iba a salir y beber pues no he comido (Notas de campo. Conversación informal nº 11. M^a Carmen, 20 años).

Las mezclas es otro de los motivos que habitualmente refieren, especialmente de licores de distintas graduaciones, o de distintos «colores»; afirman que los blancos no se pueden mezclar con los oscuros porque sientan mal y por supuesto las drogas.

²⁹ Drunkorexia: se utiliza generalmente para referirse a la utilización de métodos de control de peso extremos como una herramienta para compensar el beber en exceso previsto.

Mal, haber mezclado tantas drogas y distintos tipos de alcohol (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).

De las veces que he mezclado es cuando peor me he puesto. Fue por la mezcla, a lo mejor también que hayas cenado menos o que no hayas cenado, o la mezcla o la cena (Entrevista nº 6. Carlos, 25 años).

Pues... lo que pasa es que los días que he vomitado es que he mezclado mucho (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Dijimos, claro, mezclamos bebida blanca con la otra (oscura) que es malísimo y pues que tampoco comimos (Entrevista nº 2. Eva, 22 años).

Entre las personas jóvenes entrevistadas, la idea de que le han echado algo en la bebida se repite algunas veces y no solo lo refieren las chicas como temor que ronda siempre a las féminas por su vulnerabilidad sexual, sino que también los chicos la refieren, sobre todo si alguno ha bebido una copa que los demás no han tomado. De esta forma lo cuentan en su entrevista María y Moisés:

¿Qué ha pasado?, 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 (Entrevista nº 4. María, 27 años).

A lo mejor hoy hemos bebido más. Pero ya no nos quedaba y un tío con muy buena pinta y con alcohol del bueno me ofreció una copa. Yo solo me mojé los labios, pero este se la bebió del tirón y a los pocos minutos veo que se va de lado y se cae (Notas de Campo. Conversación informal nº 13. Moisés, 18 años).

Nos explican algunas de las personas jóvenes entrevistadas que, si compartes botella con el grupo, bebes más, porque la pagan entre todos. En este sentido, argumentan que si los otros compañeros y compañeras beben más, te incitan a beber también. Se crea un «bucle» en el que todos compiten por beber. El no estar acostumbrado a beber al ritmo de los más avezados y no controlar el alcohol de las copas que te sirven se convierte en un coctel explosivo que termina en intoxicación. Carlos, Maika y Paloma nos explican sus experiencias de este modo:

Yo creo que de tardar más tiempo, voy tardando menos, a lo mejor la 1ª 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 (Entrevista nº 6. Carlos, 25 años).

Es que el último «ciego» que tuve, fue aquí. Me pasó una cosa... no me eché ni una copa, todas me las echaron mis amigos, entonces yo empecé a beber a su ritmo, ellos tienen un ritmo de beber que yo no tengo, porque ellos salen más. Me pasé a beber a su ritmo, entonces luego me quedé dormida en el sofá, me puse fatal y estuve con angustia todo, todo el día (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Y yo llegue y me eché un cubata «cargaísimo», vamos «cargaísimo» que era todo ron y nada de Coca-Cola, ron pálido que desde ese momento lo he aborrecido. Ya no bebo pálido por eso... y me eché ron pálido casi todo el vaso... ¡¡¡¡¡Claro como vosotras lleváis más... como vosotras lleváis más!!!! Claro, pues yo fue beber ese y a partir de ahí me bebía el agua de los floreros si hace falta. Claro, aquello estaba súper fuerte. A mí me gusta el sabor del ron, pero hasta ese extremo no. Porque era alcohol... y luego ya me puse a beber copas y ya me bebía lo que fuera (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

El beber por motivos negativos, como estar deprimido o por haber tenido problemas, con objeto de olvidar, es un motivo también referido por algunos de los jóvenes que han llegado intoxicados a urgencias. Del mismo modo, en ocasiones argumentan que ha sido el estado emocional previo el que justifica que le haya sentado mal ese día. Sin embargo, la consecuencia del desengaño amoroso o del problema experimentado ha sido el detonante para beber intensamente, que es el verdadero motivo de la intoxicación. Paloma y Custodio nos explican su experiencia de este modo:

¿Sabes lo que pasa?... que yo ya... fue una época muy rara. Pues yo tampoco me sentía muy bien emocionalmente y [...] Yo me acuerdo detrás de los multicines, me acuerdo aunque yo solo veía pies. Yo vi al niño que a mí me gustaba, y estaba con una [...] y yo me acuerdo de los pies [...] ¡una vergüenza! Al día siguiente de los pies de ese niño y de la otra, pero ni verles la cara ni «ná» de «ná». No me atrevía a mirarlos. Otras veces he bebido más de lo que bebí ese día, pero claro me sentó mal (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Estudio Arquitectura, estoy haciendo el proyecto de fin de carrera y soy becario. Hoy ha sido el Patrón de Arquitectura y estábamos celebrándolo en el campus. Primero un barril y después cervezas. Solo he tomado cervezas. Me he emborrachado, es que hoy he tenido problemas con los compañeros del departamento. Somos tres que tenemos beca, y yo soy el único que trabaja ¡y ya estaba harto! y me he peleado con ellos, se lo

he dicho ¡que ya estoy harto de hacer su trabajo!. Y me he emborrachado» (Nota de Campo. Conversación informal nº 14. Custodio, 23 años).

Un caso curioso es el protagonizado por Paloma, quien considera que si la intoxicación es colectiva, el problema es de adulteración del producto alimentario o alcohólico y no la ingesta excesiva. En este caso, la joven desvincula la causa-efecto del abuso de alcohol y la IEA y se buscan otras causas alternativas. Así nos lo expresa en su entrevista:

Lo de vomitar, me habrá pasado unas cuantas veces. Pero a lo mejor no es por eso, no es solo por el alcohol. Porque a mí me sientan como una «patá» los chupitos de Baileys, que es crema de café con leche. ¡Ufff! tú notarte que no estén buenos o que estén en mal estado y que te sienten mal. Claro, cuando solo te pasa a ti, tú ya sabes que es que estás borracha, sabes que es de la borrachera. Pero cuando es generalizado, y te notas que no has bebido como para eso, y empezamos todos a vomitar, ¡es que nos hemos intoxicado!. Y nos hemos intoxicado, más de una vez, por las tapas o por lo que sea (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Es habitual que refieran como desencadenante lo último que han bebido, sin tener en cuenta la ingesta anterior. A menudo, ocultan la cantidad ingerida. Son las personas acompañantes de las personas intoxicadas las que nos alertan que ha bebido mucho más de lo que confiesan. M^a Angustias, en la conversación informal que mantuvimos con ella, le echa la culpa a los chupitos:

Investigadora: ¿Cuánto has bebido hoy?

María: No mucho... he salido de marcha... y el problema han sido los chupitos, ha sido la «absenta».³⁰ Un licor muy muy fuerte con muchos grados. Tiene 60°.

Amigo: Habrá bebido 12 o 13 o 14..., dice el chico.

María: Es que como he trabajado en discotecas y me conocen, pues me invitan.

Investigadora: ¿Entonces te tomaste muchos chupitos... y algo más?

María: No, antes solo cerveza, mucha cerveza.

Amigo: Y pidió 2 cubatas pero se quedó inconsciente antes de beberlos.

(Nota de Campo. Conversación informal nº12. M^a Angustias, 23 años).

³⁰ Absenta 65-89% alcohol. Bebida de alto contenido alcohólico y con sabor muy parecido al anís. Se trata de un compuesto con base en hierbas y flores de plantas medicinales y aromáticas, con predominio del ajeno (denominado madera de gusanos). Aunque a veces se le considera un licor, la absenta no tiene azúcares añadidos. Comenzó siendo un elixir en Suiza, pero se hizo popular en Francia debido a la asociación entre los artistas y escritores románticos que tomaban esta bebida en el París de la última parte del siglo XIX hasta que se prohibió su venta.

Algunas de las personas jóvenes entrevistadas relacionan la intoxicación con la debilidad personal de padecer alguna enfermedad que hace que les haya sentado mal, y no el exceso de alcohol. En algunos casos, toman medicación que podría justificar la potenciación de los efectos. Estos son extractos de las entrevistas de Carmen, M^a Angustias, Lorena y Juan Antonio, quienes justifican de este modo su IEA:

Ha sido una tontería, porque yo tengo lupus eritematoso autoinmune, pero ahora estoy bien. No tomo tratamiento, pero claro...(Nota de Campo. Conversación informal nº 11. M^a Carmen, 20 años).

Yo creo que como tengo cierta sensibilidad a padecer ataques epilépticos, aunque no haya convulsionado desde pequeña. Me dijeron en unas pruebas que me hicieron que tenía cierta predisposición y a lo peor es por eso, que me he quedado dormida más de la cuenta (Nota de Campo. Conversación informal nº 12. M^a Angustias, 23 años).

Lorena afirma que está enferma y que por eso se ha puesto mal, al beber, según refiere ella, una sola copa. Nos cuenta que ha tenido problemas con el riñón últimamente y que la medicación que tomó hace unas semanas es la que le ha producido el estado que trae (Nota de Campo. Conversación informal nº 22. Lorena, 18 años).

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 (Nota de Campo. Conversación informal nº 25. José Antonio, 24 años).

5.9. Intoxicación social versus intoxicación patológica

Este apartado ha recogido las opiniones de los chicos y chicas que han sido atendidos por causa de una IEA sobre sus percepciones del consumo patológico comparando su propio consumo con el de los alcohólicos. Los jóvenes han tratado de desligarse de la concepción estereotipada de los alcohólicos y de la posibilidad de una supuesta adicción al alcohol. A continuación, expongo una tabla que resume las diferencias que las personas jóvenes han expresado en sus entrevistas, entre su estilo de beber, al que le atribuyen connotaciones recreativas y de socialización, distanciándose del consumo patológico que le atribuyen al de los alcohólicos.

Tabla. 36. Diferencias de consumo entre alcohólicos y jóvenes

DIFERENCIAS DE CONSUMO ENTRE ALCOHÓLICOS Y JÓVENES	
ALCOHÓLICOS	JÓVENES
Beben en solitario	Beben en grupo
No pueden dejar de beber. Dependen del alcohol	Pueden dejar de beber. No dependen del alcohol
Beben a diario	Beben fines de semana y/o fiestas. Abstinencia durante la semana
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
Relacionado con la cantidad de alcohol ingerida	No relacionado con la cantidad de alcohol ingerida
El centro de su vida es el alcohol	El centro de su vida son los estudios y el trabajo
Estereotipo del vagabundo alcohólico	No cumplen estereotipo alcohólico
Relacionado con la enfermedad	Relacionado con la diversión

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas para la tesis.

Las personas entrevistadas, en muchas ocasiones, suelen argumentar que el consumo patológico es el que se realiza en soledad, con tendencia toxicofílica y que presenta desajustes psicopatológicos, desligado del contexto social principal motivador del consumo juvenil que ellos practican.

Para los jóvenes entrevistados, el estereotipo del alcohólico es aquella persona que no para de beber, ni puede. Paloma describe a un conocido que ella considera que es alcohólico. En primer lugar, considera que el alcoholismo es un problema de personas mayores, que beben cualquier tipo de bebida y no solo aquella que les gusta, que bebe a diario y en solitario. Del mismo modo considera que como están alcoholizados la intoxicación no está relacionada con la cantidad ingerida.

Yo no considero alcohólico por la cantidad que tú te tomes, es por el hecho. Este niño tendrá treinta y tantos años, porque el hecho de beber dos cervezas y ya no poder parar de beber [...] Lo peor de todo, es que te da igual lo que beberte, el hecho es seguir bebiendo. Ooooooo [...]. Él, en su casa, bebía todos los días, todos los días. Su madre le decía que en su casa no podía beber. Ya llega un momento, en que, aunque te tomes una, estás borracho. Ese niño, con la primera cerveza ya está borracho (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Otra de las ideas generalizadas por las que las personas jóvenes entrevistadas no se atribuyen tener problemas con el alcohol es la práctica habitual de consumo exclusivo de fin de semana. Las personas jóvenes se reafirman en la abstinencia durante la semana, actitud impensable en un alcohólico, que ellos consideran que beben a diario. Así nos lo explican en sus entrevistas:

Hombre, es que un alcohólico bebe a diario y yo no. Solo bebo los fines de semana, salvo algún acontecimiento especial (Nota de Campo. Conversación informal nº 12. M^a Angustias, 23 años).

No, no, yo no bebo [...] Un alcohólico, no sé cuanto beberá, no sé, pero más, mucho más que yo. Sí, pero yo no bebo todos los días. Los alcohólicos beben todos los días (Nota de Campo. Conversación informal nº 1. Mohamed, 25 años).

Hombre, yo no soy alcohólica. Yo no necesito el alcohol desde que me levanto. Un alcohólico se levanta pensando en el alcohol y lo necesita a diario y no puede vivir sin él. Yo no bebo habitualmente, a lo mejor los fines de semana, o una cerveza si voy al bar de mi novio. Pero todos los días no, un día a la semana» (Nota de Campo. Conversación informal nº 15. Vanesa, 25 años).

Bueno, los chicos beben más. Yo tengo amigos que beben 7 y 8 copas y están normal, no se marean. Las chicas beben menos. Yo particularmente bebo 3 o 4 cubatas normalmente pero solo salgo una vez a la semana o dos veces al mes. La diferencia entre un alcohólico es básicamente que ellos necesitan beber a diario. Nosotros solo bebemos cuando salimos, pero durante la semana no probamos el alcohol. Si salimos de tapas, a lo mejor me bebo un tinto con Casera, pero un día puntual, pero no con idea de emborracharnos (Nota de Campo. Conversación informal nº 16. Fuensanta, 20 años).

Jose Antonio, como la mayoría de los jóvenes, no se considera un alcohólico. Relaciona el consumo de alcohol juvenil como instrumento de socialización. Sin embargo, vincula la conducta alcohólica con la adicción y necesitar el alcohol para vivir.

Yo no necesito el alcohol para vivir, sin embargo un alcohólico bebe todos los días. Mientras que él no se acuerda del alcohol en toda la semana, no bebe ni cerveza ni vino, solo bebe el día que sale con los amigos. Él no busca la bebida, bebe porque está con los amigos. Beber es una consecuencia de estar con los amigos. Un alcohólico bebe por necesidad, yo salgo con los amigos, el salir es el motivo, se bebe como consecuencia de que se sale (Nota de Campo. Conversación informal nº 25. Jose Antonio, 23 años).

Para Custodio, tener problemas de adicción al alcohol no tiene relación con la cantidad de alcohol consumida, sino que tiene más que ver con no cumplir con sus obligaciones. Custodio se percibe un joven arquitecto con éxito, al que le han concedido una Beca por su brillante expediente, y ahora un proyecto de investigación. Siente que tiene muchas posibilidades de quedarse en el departamento de Arquitectura en la Universidad. Sin embargo, no sabe controlar sus emociones, ni la rivalidad con los compañeros que están en su misma situación en el departamento, y tras enfrentarse con sus compañeros se ha emborrachado, o más bien, parece que ha sido al revés. Ha intentado manejar la tensión de la situación mediante el alcohol. Parece que tiende a justificar la borrachera por el conflicto mantenido con sus compañeros. Aunque Custodio confiesa que bebe mucho, sin embargo, se desvincula del prototipo del alcohólico porque cumple con sus responsabilidades académicas. Del mismo modo Ana, en su entrevista utiliza este mismo argumento.

A lo mejor bebo demasiado, pero ésta es la primera vez que vengo al hospital por esto. A veces me emborracho, pero llego a mi piso a dormir y ya. No. Bebo, sí, pero no soy alcohólico. Tengo mi carrera, soy becario y ahora me acaban hoy de dar un proyecto nuevo de investigación. Voy a terminar este año, llevo mis estudios para adelante y estoy en el departamento (Nota de Campo. Conversación informal nº 6. Custodio, 23 años).

Yo no bebo todos los días, estudio y trabajo, llevo mi vida normal. Voy a terminar este año y después buscaré trabajo. Espero que mi padre me ayude cuando termine, él tiene contactos. [Sus planes son independizarse para no tener problemas con sus padres, quienes no están de acuerdo con su manera de comportarse y de llevar su vida.

Identifica el caso de hoy con su labilidad a la epilepsia y no con la cantidad de alcohol que ha tomado] (Nota de Campo. Conversación informal nº 28. Ana, 23 años).

Para las personas jóvenes entrevistadas, el centro de la vida de un alcohólico gira alrededor de la bebida. Por el contrario, el centro de sus vidas son los estudios y sus carreras. Es por este motivo que beben cuando no tienen clase, los fines de semana. Generalmente, desvinculan el alcoholismo de la vida ordenada en el trabajo y los estudios. De hecho, es el argumento que más repiten cuando se les invita a reflexionar sobre ello. Consideran el hecho de haber sufrido una IEA un caso puntual que no se volverá a repetir. Así lo explica Tony:

No, generalmente no salgo porque trabajo y estudio y no tengo tiempo. Yo vivo con mi madre en los Rebites, pero me he comprado mi casa en Armilla, porque trabajo y estudio como te he dicho, incluso tengo mi propia empresa. Yo estudio derecho, estoy terminando la carrera y ahora voy a intentar hacer GADE, empecé LADE con Derecho pero no me daba tiempo entre el trabajo y tanta asignatura y decidí empezar por Derecho pero voy a seguir. Yo no bebo generalmente, ni siquiera salgo todas las semanas. Yo no dependo de la bebida, un alcohólico bebe a diario y su vida gira en torno al alcohol. Yo no bebo. Hoy ha sido un día especial (Nota de Campo. Conversación informal nº 14. Tony, 25 años).

No relacionan la cantidad excesiva de alcohol con el alcoholismo. Juan ha tomado 15 copas y sus amigos le están advirtiéndole que bebe demasiado, sin embargo, él se desmarca del alcohólico en que lleva sus estudios y cumple durante la semana. Solo bebe en fin de semana y no falta a clase.

No falta a clase ni bebe entre semana, está haciendo su carrera. Aunque sabe que bebe demasiado no se considera un alcohólico porque solo sale los fines de semana, aunque el día que sale, bebe más que un alcohólico [reconoce haber bebido 15 copas. Le han advertido los amigos y a veces tiene cargo de conciencia] (Nota de Campo. Conversación informal nº19. Juan, 25 años).

La imagen del alcoholismo en los jóvenes entrevistados suele relacionarse con la imagen cineasta del borracho callejero o en la barra de un bar, siempre con la copa en la mano. Los chicos y chicas tratan de dar una imagen de sí mismos apartándose de esta imagen. Así nos lo explican en sus entrevistas Eduardo y Ana.

Considera que bebe mucho, pero no se considera un alcohólico porque solo bebe con los amigos cuando sale. Para Polo, el concepto de alcoholismo es de un señor mayor pegado a la barra de un bar y solo (Nota de Campo. Conversación informal nº26. Eduardo, 21 años).

Yo no bebo, no salgo a beber, salgo para estar con mis amigos o mi novio y bebo porque voy a la discoteca o a los pubs con los amigos y me bebo la consumición de la entrada. Cuando vamos de tapas no bebo ni cerveza, ni vino porque no me gusta. Un alcohólico bebe desde que se levanta y necesita el alcohol para vivir. Vive para beber. Yo no tengo ningún problema (Nota de Campo. Conversación informal nº 3. Ana Mª, 21 años).

En su discurso los jóvenes con IEA, se esfuerzan en representarse como consumidores responsables, desligados de los procesos negativos que identifican al alcohólico. Se perciben a ellos mismos fuera de este estereotipo y se reconstruyen como bebedores ocasionales y sociales. Argumentan la identidad de consumidor sensato frente a la de bebedor no imprudente. En este sentido, las personas jóvenes entrevistadas se han adherido a una serie de dimensiones como el conocimiento de la sustancia, la elección del contexto de consumo, las prácticas sobre el control de efectos adversos, la iniciación por los expertos y la edad entre otros argumentos, para adquirir una identidad coherente.

Sin embargo, es obvio que los jóvenes no han sido responsables, por el lugar en el que se encuentran (en el hospital con una IEA). Es por ello que tienen que redefinirse y argumentar una identidad prudente, fuera del contexto clínico. En las entrevistas realizadas, descubrimos que los chicos y chicas tratan de reinventarse a través de las narrativas. En este mismo orden de cosas, observamos que se esfuerzan en el contexto de la entrevista en presentarse como usuarios recreativos de alcohol sensatos. Y esto va a consistir en ser capaz de controlar el efecto del alcohol, sin llegar a estar demasiado embriagado y por supuesto sin llegar a desmayarse. En este caso, es cuando se plantean un cambio de actitud en serio. Así nos lo comenta Adrián en la conversación informal que mantuvimos con él:

Adrián, aunque reconoce que cuando sale bebe demasiado, nunca tuvo un episodio como este que necesitase atención urgente, por lo que considera que no tiene ningún problema. No obstante le pregunto: ¿Una situación como esta hace que cambies? ¡Claro, ya tendré cuidado de no beber tanto, ni tan rápido! ¿Beber hasta desmayarme?

¡Nunca más! ¡Esto es lo peor! (Nota de Campo. Conversación informal nº 21. Adrián, 18 años).

5.10. Diferencias de género en el consumo

Los elementos que conforman la construcción social de género influyen en la forma de iniciarse y consumir alcohol de chicos y chicas. El contexto social donde se encuentran inmersos las personas jóvenes entrevistadas va a favorecer diferencias en la forma de consumir y asumir la IEA. Existen factores sociales que llevan a usar y abusar del alcohol de manera diferente según el sexo.

Por lo general, los varones entrevistados tienen dificultades para verbalizar sus necesidades de salud en el contexto de la IEA porque constituiría una demostración de debilidad frente a sus iguales, o a sus parejas, como veremos en los extractos de las entrevistas en este apartado.

Hemos podido comprobar en los discursos de los jóvenes, que los preceptos de la construcción social de las masculinidades afecta a la salud y seguridad de los varones. En este sentido, actitudes como la independencia, agresividad, competitividad, las actitudes temerarias en la conducción vial, relación con las drogas, la sexualidad, etc, que hemos identificados en las entrevistas, puede llegar a tener un coste elevado para los chicos. Entre los jóvenes varones entrevistados, hemos podido observar determinadas actitudes que tienen que ver con aspectos de género en el consumo de alcohol.

Entendemos por masculinidad el conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada. (KEIJZER, 2003). La subjetividad del varón se conforma principalmente alrededor de la idea de que ser varón es poseer una masculinidad racional autosuficiente, ocultando sus debilidades y emociones (BONINO, 2000).

En este mismo orden de cosas, los mismos jóvenes entrevistados en Urgencias afirman que existen diferencias de género en el consumo. En este sentido, los jóvenes varones entrevistados tienden a expresar el consumo intensivo como un alarde de su

masculinidad y es vergonzoso no superarlo con «dignidad», lo que hace más vulnerables a los varones en el aspecto del consumo intensivo.

A continuación, describimos algunas de las ideas expresadas por los jóvenes en sus entrevistas acerca de las diferencias que ellos encuentran entre chicos y chicas en cuanto a conductas en el consumo de alcohol.

Las personas jóvenes entrevistadas aseguran que está peor visto que un chico sea atendido en Urgencias. En este sentido, se expresa Maika, quien refiere que los chicos no van a Urgencias aunque se encuentren mal para evitar ser ridiculizados por sus amigos varones.

Un niño no va a Urgencias, por no decir delante de sus amigos que se encuentra mal. Porque, más que las niñas, los niños vacilan mucho (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

En este mismo orden de cosas, Nacho que ha venido con su novia, los dos borrachos, presume de no haber tenido que ser atendido, porque se ha recuperado muy pronto.

Nacho ha venido en la ambulancia con su novia, los dos inconscientes, pero al llegar se ha despertado algo, aunque es evidente que tiene síntomas de intoxicación. Hemos observado que intenta superarlos delante de su novia. Deducimos de su comportamiento y por cómo se expresa, que se lo exige a sí mismo. Se niega a entrar en la sala sillones, ni que lo traten. Afirma que ya se encuentra bien y que se ha recuperado solo, sin necesidad de tratamiento farmacológico. Nos dice que atendamos a su novia, que ella sí que lo necesita. Nacho quiere dar apariencia de fuerte. [...], considera que tiene que ayudar a su novia y se esfuerza por estar despierto, aunque a veces no lo consigue. Como han tardado en atenderlos se ha ido despejando y se ha despertado. Se va fuera de la sala de sillones donde se encuentra su novia y espera en la sala de espera. Observo que se tumba, ocupando un banco entero de la sala de espera y no tarda en volver a dormirse. Al cabo de varias horas, cuando voy por él, sigue profundamente dormido, tumbado en los sillones (Nota de campo. Conversación informal nº 9. Nacho, 23 años).

Según nos informan algunas chicas, los jóvenes varones de su grupo son más brutos, más receptivos a las apuestas, a los juegos de alcohol y beben mucha más cantidad que ellas. Paloma nos lo cuenta así en la entrevista:

Los chicos son en el grupo... ¡venga qué te apuestas! ¿a que me bebo no sé cuántas copas en no sé cuánto?. O ¿a qué te apuestas... y estoy bien?.¡Ufff, anoche me bebí 15 copas! y luego dices bueno, ¿para qué vacilas de eso?... ¡Tampoco es algo para vacilar! (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Otras chicas afirman que los chicos que ellas conocen, no pueden dar apariencia de que el alcohol les ha vencido. Ellos tienen que poder beber mucho y superarlo. Según Maika, los chicos de sus grupo se esconden para vomitar, para que no se mofen de ellos sus amigos.

[...] Yo he tenido amigos de decir ¡anda ya que con un! [...] ¡que con un [...] A los niños, porque a las niñas, nos respetaban más y tenían más cuidado, pero a los niños... un niño se emborrachaba de ponerse a vomitar, ¡eso era un pecado capital! Era algo uhh! [...] A la gente que vomitaba, [...] ¡Es que tampoco lo veías, tú, vomitar a un niño! De pronto se perdía y luego volvía. Tú le notabas, la cara echa mierda, porque es que sí se nota. Le decías tío, para de beber ooooo [...] ¿Te llevamos a tu casa? ¿te encuentras bien? ¿Yo? ¿qué me va a pasar, qué me va a pasar? Los ves como más reacios, pero vomitan igual que todos (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Algunas chicas entrevistadas eran más críticas con ellas mismas que los chicos. Encontraban que les parecía peor que una chica se emborrachara a que lo hiciera un chico. Sin embargo, los chicos entrevistados no lo ven de ese modo. Penélope lo expresa de este modo:

Bueno, he considerado, siempre lo veo... un poco, ¿cómo es la palabra? Sí, me da vergüenza, pero lo veo como muy bajo, llegar a ese estado. Lo veo mal, tanto en hombre como en mujer, pero en mujer, se ve deprimente. Un hombre lo ves borracho y es deprimente, pues una mujer, más deprimente todavía (Entrevista nº 11. Penélope, 29 años).

En algunas ocasiones, los chicos entrevistados que realizan consumos intensivos no perciben que ellos tengan problemas con el alcohol. Manuel, uno de los informantes, interpreta que las mujeres son más débiles en este aspecto. La madre de Manuel, gerente del bar familiar, es alcohólica, y hoy Manuel ha traído a su esposa con una IEA. Él mismo viene con evidentes signos de intoxicación y sin embargo hace las siguientes reflexiones:

Hace referencia a que su madre es alcohólica y no considera que él tenga problemas con el alcohol. Sin embargo, hoy ha bebido mucho, y suele beber habitualmente y a diario. No obstante, el hecho de la inconsciencia de su mujer, sí lo relaciona con el alcoholismo. Por lo que se deja ver en su discurso, parece que relaciona el perder el control con el alcoholismo, en vez de con la cantidad consumida. También lo relaciona con la condición femenina, como una debilidad. Compara el evento ocurrido con su mujer con los episodios vividos con su madre (Notas de campo. Conversación informal nº 10. Manuel, 25 años; marido de Andrea, 21 años).

Por otro lado, algunas chicas entrevistadas rompen los estereotipos masculinos, realizando consumos similares a los que realizan los varones, rompiendo de este modo los cánones femeninos establecidos. En este sentido, conseguir niveles de consumo similares a los chicos representa una forma de mostrarse diferente, autónoma, de protesta ante lo establecido.

Yo por ejemplo en la época esa que te digo de la borrachera que yo tenía mucha capacidad para beber alcohol y no me ponía tan borracha [...] A veces, sí vomitaba. ¡Pero yo me podía beber la misma cantidad de alcohol que los niños! Una amiga y yo... de hecho, pagábamos más en los botellones, porque bebíamos más. Cuando tenía 17 o 18, en esa pandilla, los niños bebían más que las niñas, y pagaban más, pero un día uno de ellos nos contó las copas de la noche anterior, y dijo que teníamos que pagar como ellos, porque bebíamos tanto como ellos (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

En ocasiones, el motivo de consumo son los denominados «juegos de alcohol», las apuestas o parecerse a los chicos. En este caso, María, la joven entrevistada, intenta desafiar las nociones de masculinidad y feminidad estereotipadas a las que está acostumbrada en su entorno. Al respecto de esta realidad, las prácticas de consumo presentan un panorama muy revelador sobre las negociaciones de las feminidades.

Sí, ¡no me preguntes por qué me emborraché!, en plan ¡no tienes cojones!, o una apuesta o de cachondeo, a ver quién se bebe el cubata más rápido, que «parece que soy un tío» y los tíos tienen más aguante, ya ves, por eso (Entrevista nº 4. María, 27 años).

Las mujeres jóvenes que disfrutan del ocio nocturno como los varones se insertan en un contexto social cambiante, donde la relación entre las mujeres y el alcohol es compleja. Las chicas asumen patrones de consumo tradicionalmente vinculados a los

varones, una conducta que puede ser considerada una forma de desmontar el sistema de género, una trasgresión social por la cual las chicas sí van a beber, en contra del estereotipo social de que beber es para hombres.

Sí, porque era por pasártelo bien. Pero bien era... el ir...también por hacerte más mayor. Yo supongo que todos empezamos a beber como empezamos a fumar. Te ves más mayor. ¡Uy el alcohol para las niñas no! Te sientes más... supongo que era por eso (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

El alcohol es considerado por alguna de las jóvenes entrevistadas como favorecedor de relaciones intersexuales. Algunas chicas lo utilizan para ligar, para empoderarse y romper los estereotipos femeninos y poder tomar la iniciativa en las relaciones afectivo-sexuales. Esta misma joven atribuye cualidades afrodisiacas al alcohol, se escuda detrás del alcohol para realizar conductas trasgresoras. Están redefiniendo sus identidades de género en relación a los varones a través del consumo de alcohol. Patricia nos lo expresa de este modo:

Sí, porque soy muy vergonzosa y cuando bebo se me quita la vergüenza. Pues sí, hay mira, qué chicos más guapos... pues lo típico. Bebía, y ya, sí podía ir a hablar con él. El alcohol te quita la vergüenza, estás más chulilla, más envalentonada, te ríes más... tienes más apetito sexual y haces cosas, que sin alcohol no serías capaz de hacer (Entrevista nº 10. Patricia, 20 años).

Alguna de las chicas entrevistadas nos explica que realizan un consumo diferencial según sexo. Por lo general, los chicos beben más cantidad y bebidas «más fuertes». Maika nos explica las estrategias de su grupo de este modo:

Pues yo tomo pálido con Coca-cola, pero mis amigos beben «Valantain» con naranja, normalmente,...pálido, «valantain». Esto aquí en Motril, güisqui «label» y «biffiter» y bueno..., esto..., las niñas compran «biffiter». [...] Según, porque... hombre... también, depende de los «yelos» que le echas. Yo le echo muchos «yelos», «pa» llenármelo, tampoco mucho, «pa» que no esté «mu» «cargao». Pero tengo amigos [varones] que se llenan perfectamente la copilla a la mitad, normalmente las chicas le echamos siempre un poco menos de la mitad. Y me echo menos, porque he «pillao» muchos ciegos. Pero eso, un pelín menos de la mitad y lo demás de Coca-cola, Fanta o Sprite....(Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

La influencia del sistema de género en relación a las experiencias de consumo intensivo es especialmente evidente entre las personas jóvenes entrevistadas. Algunas de las jóvenes mujeres de nuestro estudio expresan como síntoma desagradable tras la intoxicación conductas personales y no síntomas orgánicos.

Patricia relata claramente la difícil situación en la que se ven las mujeres cuando quieren libremente asumir el rol dominante en las relaciones afectivo-sexuales y utilizan el efecto del alcohol para empoderarse. Sin embargo, más tarde, la conciencia de la sociedad patriarcal y represiva en la que ha sido educada les recrimina. A menudo las jóvenes mujeres más trasgresoras sufren esta dualidad, posiblemente porque después son censuradas por sus propios congéneres. Esta joven entrevistada de 20 años considera «meter la pata» tomar la iniciativa en las relaciones afectivas, porque luego se censura a sí misma la actitud mantenida bajo los efectos del alcohol. Dicha actitud es premeditada, porque ha tomado el alcohol para llevarla a cabo, y sin embargo después se preocupa de no haber cuidado su reputación femenina. De este modo lo explica en su entrevista:

Después de beber yo me arrepiento muchas veces, porque a lo mejor quiero estar con un muchacho, pues cuando estás con dos copas, pues sí, me lanzaba, ¡hay mira esto lo otro! y después cuando llego a mi casa y digo... ¡si no hubiese hecho esto! Pues sí... bebes [...] y te gusta un chico [...] metes la pata y le dices algo, y después claro que te arrepientes, y te da la llorera. A veces, te da el bajonazo, y después te da mareo, angustia, mareo, dolor de cabeza (Entrevista nº 10. Patricia, 20 años).

5.11. La presencia de los padres en Urgencias

Cuando los jóvenes son menores de edad tenemos obligación de avisar a los padres o tutores de los jóvenes con IEA. Hemos podido observar que la presencia de los padres en Urgencias provoca actitudes diferentes en las personas jóvenes afectadas por el alcohol, que no se producirían si estos no estuvieran presentes. Por su parte, los padres protagonizan en Urgencias escenas variopintas, desde agresivas hasta superprotectoras.

Cuando los jóvenes menores de edad son interrogados para que faciliten el número de teléfono de sus padres, lo evitan por todos los medios. A menudo se hacen los

dormidos. Por su parte, los amigos y amigas suelen decir que no lo conocen mucho, solo de vista, para justificar que no se saben el número. Así nos cuenta Maika cómo intentaron eludir que vinieran sus padres el día de su IEA.

Vino la madre de una amiga, porque el médico le dijo a mis amigos que tenían que llamar a mis padres, porque yo era menor, o que viniera algún mayor. Pero ninguno de mis amigos era mayor, todos éramos menores de edad. Y empezó dale que te pego. [...] que teníamos que llamar a mi madre o algún mayor. Empezó una amiga mía: ¡No, no, no, a M^a Pilar no (madre de Maika)!, ¡que nos mata! ¡que no sabéis lo que es! Y así estuvimos un buen rato. ¡Que sí, que si no!. Y al final, llamaron a la madre de una amiga mía. Cuando salimos, había un taxi esperándonos, con la madre de mi amiga, mi amiga... Mi madre no se enteró (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

En otro caso, las amigas y amigos de la chica intoxicada intentaron llamar a un amigo de la pandilla que fuese mayor de edad para eludir llamar a sus padres. Pero el médico o médica que las atendió no se quedó conforme hasta que no llamaron a su madre, porque por lo visto la chica era reincidente.

Pero, claro, teníamos que buscar a alguien mayor de edad. Aunque yo fui quien la llevé, nosotros nos fuimos, fui a buscar a otra muchacha. Pero los que se quedaron eran menores de edad también. Entonces, decidimos llamar a un amigo nuestro que era mayor de edad, y ya llegaron allí. Claro, la niña allí a voces y nosotros ¡cállate!, ¡cállate! Porque resulta que la madre de esta niña era muy «atacá», por nada se altera mucho y le dan taquicardias. Y por eso nos daba miedo que se enterara. ¡Aunque se enteró! Porque esta niña llegó más veces borracha a su casa y su madre la pilló. ¡Además es que le daba igual! [Risas] (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

En nuestra entrevista, interrogamos a las personas jóvenes acerca de si el temor a que llamen a los padres en caso de una IEA los disuade de llevarlos a Urgencias. Sin embargo, aunque en ocasiones les da miedo, e incluso rehúyen informar a los padres cuando estos les piden explicaciones de los ocurrido, no les impide llevar al joven al SUH, si lo ven mal. Afirman que la responsabilidad por la salud del amigo es mayor que el miedo a los padres. Así, nos lo comenta Paloma:

¡No nunca dejamos de ir por temor a los padres, más miedo te da que le pase algo, que esté mal y se te vaya de las manos! (Entrevista nº 9. Paloma, 23 años).

Sí, pero antes de eso me dijo ¡ay! ¡Que me encuentre muy mal! Y le dije, ¿quieres que vayamos a Urgencias? Y me dijo ¡no, por Dios, que mis padres me armarán...! Pero se cayó redonda, ¡pum!. Entonces, cuando llegué les dije, ¡por favor no vayáis a llamar a sus padres! (Entrevista nº 7. Maika, 21 años).

Otra de las actitudes observadas entre los jóvenes entrevistados en Urgencias es desaparecer en cuanto llegan los padres del intoxicado. Por lo general, hemos observado que se quedan hasta que llegan los padres, quienes les interrogan acerca de lo ocurrido. Sin embargo, como están preocupados por ver el estado del hijo o hija y que el personal sanitario les informe, entran en la sala de Urgencias. Momento que aprovechan los amigos y amigas del intoxicado para «esfumarse» y no tener que dar explicaciones.

Solo me acompañó mi padre, ¡mis amigos se perdieron! (Entrevista nº 10. Patricia, 20 años).

Vicente es un joven de 16 años, lo ha traído protección civil, porque ha perdido el conocimiento en la zona de botellón. Ha venido con una amiga. Como es menor de edad, hemos avisado a su familia. En cuanto el padre es avisado y llega a Urgencias, observo que la amiga de Vicente desaparece del espacio hospitalario. Generalmente, nos explican, quieren evitar dar explicaciones. Porque más tarde, cuando los padres interroguen a su hijo o hija, la versión de los hechos puede no coincidir con la que ellos han dado y caer en contradicciones al producir relatos diferentes acerca de lo ocurrido. Este hecho puede empeorar aún más la situación con sus padres (Notas de Campo. Conversación informal nº 20. Vicente, 16 años).

En algunas ocasiones, debido a la trayectoria de la persona joven, la familia desesperada nos pide ayuda, y desde los Servicios de Urgencias no está contemplado hacerlo, ni siquiera vendría el psiquiatra a valorarlo, puesto que este tipo de problemas se abordan desde la AP y en los CPD de Salud Mental. Pero, como no es una adicción propiamente dicha, tampoco les resolverían el problema. Esta es una de las muchas lagunas asistenciales del sistema de salud. Este es el caso de Alberto:

Necesita ayuda, tendría que verlo un psicólogo [refirió su hermana cuando vino a recogerlo]. Aunque es la primera vez que ha tenido que venir a Urgencias, sin embargo ha tenido muchos accidentes de tráfico. Ha roto ya muchos coches, todos por conducir ebrio [nos comenta la hermana, que tendría pocos años más que él]. Ha venido a

recogerlo con un encargo de su padre que no podía ausentarse de su trabajo. Insistía en que nos asegurásemos de si había tomado alguna sustancia. Ellos sospechaban que estaba empezando a tomar drogas.

Hermana de Alberto: ¿Ha tomado alguna sustancia? Mi padre me ha insistido en que le hagáis pruebas de sangre para ver qué sustancias ha tomado porque sospechamos que toma algo. [La hermana señala al amigo como el propiciador de las situaciones.] ¡Este es quien lo lleva a beber!

Amigo de Alberto: ¡Yo soy quien lo pervierte, pero él bebe mucho más que yo! (Nota de Campo. Conversación informal nº 2. Alberto, 24 años).

Entre las muchas escenas observadas durante el trabajo de campo, podemos afirmar que los padres suelen reaccionar de diferentes maneras. Si los jóvenes llevan una historia de problemas y borracheras o se llevan mal con la familia, la reacción es muy negativa, como en el caso de Ana, que tiene una trayectoria de problemas familiares. Esta es la reacción de Ana ante sus padres. Se queja de la falta de consideración y cuidado de su madre.

¿Tú te crees? En vez de preocuparse por mi salud, se ha echado la mano a la cabeza y se ha salido de la sala sin dirigirme la palabra (Nota de Campo. Conversación informal nº 4. Ana M^a, 23 años).

Un hecho similar protagonizó la madre de Desirée. Ella es una joven que con tan solo 17 años es la segunda vez que viene a Urgencias, su amiga ha llamado a su madre y acaba de llegar.

Estando hablando con la amiga de Desirée, llega su madre visiblemente molesta con la situación. No aparenta preocupación, sino más bien enfado. Cuando le quiero quitar hierro al asunto, me dice que se va enterar, que es la segunda vez y que quien no «sabe beber», no sale. Al parecer ha estado bastante tiempo castigada porque se emborrachó en otra ocasión. Ahora que se había ganado la confianza y es la primera ocasión que sale, ¡la echa por tierra!, explica su madre. ¡Pero esto lo arreglo yo! ¡Esto se ha acabado!, sigue diciendo la madre, como si supiera qué solución darle al problema de su hija. Mientras la madre habla, Desirée intenta abrir los ojos al escuchar una voz conocida. Se le ven los ojos rojos y le es imposible dejarlos abiertos ni intentar enterarse de lo que pasa, pero seguro que ya lo sabe. ¡Le ha caído una buena!. La madre de Desirée mira a su amiga pidiéndole explicaciones, pero la joven se defiende diciendo que ella no tiene la culpa de lo que le ha ocurrido a su amiga; que ella y los demás están bien. Se justifica argumentando que ella no puede estar vigilando todo el

tiempo lo que beben los demás, que eso es responsabilidad de cada uno. Además refiere que se ha negado a comer el bocadillo que le ha ofrecido su madre y que ella sí se lo ha tomado (Nota de Campo. Conversación informal nº 7. Desirée, 17 años).

Sin embargo, en otras ocasiones, los padres tienen una actitud positiva ante la situación de sus hijos. Este es el caso del padre de Vicente, quien tras observar que su hijo se encuentra bien, le pregunta con cariño si se puede levantar y le insta a ello y a agradecer la tención que le hemos prestado.

Se avisa a la familia cuando se ha recuperado. El personal facultativo le explica la situación. El padre se lo toma aparentemente bien, sin gran preocupación, ni regañina, al menos en nuestro Servicio. Nos pregunta si ya se lo puede llevar. Se disculpa y agradece la atención. Y le dice a su hijo: ¡venga! ¡levanta! ¡firme y dando las gracias a todos!. El joven sigue pálido y mareado, pero no se queja, se pone firme como puede y se disculpa dando las gracias al personal, que, condescendiente, le responde que tenga cuidado la próxima vez. El padre le ayuda cogiéndole de un brazo cariñosamente, mientras el joven lleva la bolsa de plástico que damos por si vomita en la otra mano, pero sale firme hacia la calle. Son las 22 horas. Vicente ha estado en el SUH tres horas y media y se le ha acabado el botellón casi al empezar. Los menores de edad tienen horario de llegada en su casa habitualmente, por lo que empiezan antes a beber porque tienen que volver pronto a casa, pero en este caso va a volver temprano y seguramente con castigo posterior (Notas de campo. Conversación informal nº 20. Vicente, 16 años).

En el siguiente caso, el joven que protagoniza la escena es mayor de edad. No obstante, se avisó a la familia porque no despertaba y se encontraba solo. La doctora que lo atendía no quería darle el alta sin que viniera alguien a acompañarlo. La madre de José Antonio, está pasando una mala racha, se ha quedado viuda hace poco. Tiene una hija casada y José Antonio, que vive con ella. A raíz de la muerte de su padre está en tratamiento con ansiolíticos. Posiblemente, la mezcla no le ha sentado bien.

La madre de Jose Antonio es mayor, de unos 60 años o más. Vive con el joven, al parecer es viuda y se apoya en una hermana mayor que está casada. A su llegada observa a Jose Antonio que se encuentra tumbado en una camilla. Duda si avisar a su hija, pero por otro lado no la quiere preocupar. El joven le dice que no la llame, que está bien y que no va a pasar más. Le digo a la madre que lo deje un rato más que se

recupere y que en breve la llamaremos para que se vaya a casa. Se va consternada y llorando. Tras pasar un buen rato, José Antonio y su madre salen del hospital. Es José Antonio quien ayuda a su madre, cogiéndola del brazo, pues se la ve delicada y deprimida. Está avergonzado y apesadumbrado por no haber controlado la situación hoy y haberle dado el mal rato a su madre. Se disculpa y da las gracias (Notas de campo. Conversación informal nº 25. José Antonio, 24 años).

Este último caso descrito nos pareció insólito. Por lo general, los padres de hijos mayores de 18 que protagonizan una IEA son ignorantes del consumo de sus hijos y mucho menos tienen conocimiento de que han estado en Urgencias. En este caso, el amigo de Moisés le informó a su padre de su tardanza por haber acompañado a su amigo al hospital. Son las 9 de la mañana y aún no había llegado a su casa, desde anoche que salieron al Corpus (fiesta local de Granada). Sin embargo, su padre quiso saber si era cierto y si tenía relación con algún otro tipo de drogas y se presentó en Urgencias. También le preocupaba que, en realidad, fuera su hijo el intoxicado y no el amigo.

Me ausento un momento y cuando vuelvo me informa mi compañera que ha venido el padre del amigo de Moisés a cerciorarse de lo que le había ocurrido a su hijo. Moisés y su amigo ya se habían ido de alta. Evidentemente, lo que quería saber era si el intoxicado era su hijo o su amigo. Le informamos que en realidad era cierto lo que su hijo le había contado. Había traído a su amigo porque se había mareado. El hombre quería saber si había consumido drogas. A mi compañera le dio pena del chico y mintió. Le dijo al padre que había sido atendido porque le había bajado el azúcar y se había mareado (Notas de campo. Conversación informal nº 13. Moisés, 18 años).

En otras ocasiones, cuando son menores de edad como Eva, es difícil acceder a sus sentimientos y mucho menos en presencia de su familia. Cuando te acercas a ellos, algunos de los padres no te permiten que accedas a su intimidad. Algunos de los chicos y chicas observados se suelen hacer los enfermos o los dormidos delante de los familiares para evadir reprimendas.

Durante todo el tiempo que han estado esperando en el pasillo las dos mujeres (su madre y una vecina) junto a la camilla donde estaba tumbada Eva, esta no les hablaba, ni si quiera las miraba, a pesar de estar pendientes de ella, e intentando llamar su atención. Solo cuando yo me acercaba a preguntar por su estado me contestaba, pero

la madre no me dejaba sola con ella. Se notaba molesta por mis preguntas al respecto de lo ocurrido y dejé de preguntar en ese sentido, limitándome exclusivamente a mi trabajo profesional» (Notas de campo. Conversación informal nº 23. Eva, 16 años).

5.12. Abandonar el contexto clínico

La salida es muy parecida en todos los casos en los que sus padres no se han enterado [que es la mayoría] porque son mayores de edad. Solemos llamar a sus amigos, que suelen estar dormidos en la sala de espera. A veces no están porque les hemos dicho que van a tardar varias horas, y se van a sus casas con intención de volver por ellos cuando estén mejor. En estas ocasiones, el mismo joven una vez restablecido, llama por el móvil para que vengan a recogerlo. Como suelen seguir con descoordinación, hasta que no venga alguien a acompañarlo o acompañarla, no les damos el alta. La mayoría de las veces, si sales a la sala de espera, o a la puerta de Urgencias, y miras alrededor, identificas quiénes son los amigos y amigas fácilmente. En este caso fui a buscar a los amigos de Desirée:

Salgo un momento a la puerta del hospital y me encuentro a un grupo de jóvenes que se acercan, supongo que son los amigos de Desirée. No me equivoco, enseguida sale su amiga y se reúne con los demás, todos están bien con sus copas de más, pero sin aparente signo de ebriedad extrema. Todos son jóvenes de 17 y 18 años, Las niñas se iban a quedar todas en casa de la amiga de Desirée [la que cumple 18 años] y al final su madre vendrá por ellas y los chicos dicen que se van andando hasta el recinto del botellón donde cogerán un autobús. Les explico que pueden cogerse un taxi entre varios y lo mismo no les sale muy caro, pero al parecer se lo han gastado todo en copas y en la entrada al Babilonia, que además le han cobrado 15 euros y tienen derecho a tres consumiciones. Aprovecho para darles algunos consejos para que no les sienta mal la bebida y que puedan tolerar mejor el alcohol y les advierto de los peligros asociados al consumo. Les pido una foto para mi trabajo. Me la conceden. Es diferente cuando los padres no han venido, porque lo habitual es esperarse, todo el grupo o algunos de ellos. Cuando están los padres, se desvían las responsabilidades hacia ellos y se van. En el caso de Desirée, su madre se enteró porque era menor de edad y los amigos se fueron cuando llegó su madre (Notas de campo. Conversación informal nº 7. Desirée, 17 años).

En algunas ocasiones muy puntuales, como la de Eduardo, siguen de marcha, porque aún es muy temprano y queda mucha noche por delante, pero no es lo habitual.

Cuando recogen al amigo ya se ha pasado la noche y se van a dormir. Eduardo es el típico caso del chico que desagrada atender en Urgencias, por los comentarios y la falta de respeto. El exceso de alcohol y la desinhibición a menudo está relacionado con las expectativas de una eventual relación sexual.

Eduardo llevaba horas en una camilla tumbado boca abajo durmiendo la borrachera; al cabo de un tiempo se va despejando y cuando se despierta del todo dice: ¡Vamos a seguir que no se ha acabado la noche que es temprano todavía! ¡Mira lo que me dice! [me refiere el amigo] que puede seguir bebiendo ya que está bien o irse de putas tal vez, dice bravuconamente. El amigo sonrío divertido como diciendo que no está bien, que se lo lleva a su casa y que mañana le va a dar dos hostias por haberle echado el día por alto. Mira lo que dice que se va otra vez al botellón... ¡tú te vas a tu casa! Jajajajaja (Notas de campo. Conversación informal nº 26. Eduardo, 21 años).

Hemos podido comprobar en las observaciones y entrevistas realizadas a los chicos y chicas que acceden a Urgencias por IEA que los amigos que los cuidan también se ganan la confianza de recriminarles la mala noche que les han dado. A menudo, han expresado que un día se puede tener un fallo y terminar en Urgencias por falta de control, pero si se repite varias veces, con la necesidad de tener que acompañarlos a Urgencias, consideran que ya hay un problema, y muestran su preocupación y desagrado al protagonista del mismo. Evitar ser recriminados por los amigos puede ser también un motivo para controlar el consumo dentro del grupo de iguales.

Capítulo 6

PERCEPCIONES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LAS INTOXICACIONES ETÍLICAS AGUDAS EN JÓVENES

El objetivo de este capítulo es conocer las opiniones de los profesionales sanitarios del SUH sobre las intoxicaciones etílicas en los jóvenes que acuden a Urgencias y profundizar en sus percepciones sobre este fenómeno desde el punto de vista sanitario. El personal de Urgencias identifica el consumo de alcohol por las personas jóvenes como un problema multidimensional. Por un lado, la mayoría de profesionales consideran las intoxicaciones etílicas como un problema social y político; y por otro lado, lo perciben, como no podría ser de otra forma, como un problema de salud. Así mismo, reflexionan sobre la idoneidad de la atención de las IEA en los Servicios de Urgencias, la repercusión de esta práctica juvenil en el SUH, analizan su propia práctica asistencial y exponen la posibilidad de realizar intervenciones preventivas y de reducción de daños en nuestro contexto.

La construcción del consumo de ciertas sustancias psicoactivas como problema está relacionada con el intercambio de significados culturales y sociales. No se vincula con la naturaleza de la sustancia en sí y las respuestas que pueda producir al consumidor sino que hace referencia también a las formas de consumo en el marco de las representaciones y valores que con relación a las mismas propone cada sistema cultural (FOLGAR, 2002).

El consumo de sustancias que producen intoxicación en el organismo es visto por la comunidad sanitaria como un consumo problemático. Autores como Lapetina y Fernández entienden como uso problemático aquellos usos que tanto desde el punto de vista toxicológico como sociocultural afecta al menos a una de los siguientes áreas: área de relaciones primarias (familia, amigos), área de relaciones secundarias (trabajo, estudio), área de la salud (física o psíquica), y área de las relaciones con la ley (FERNÁNDEZ; LAPETINA, 2008). Los profesionales sanitarios entrevistados perciben que el consumo de alcohol es un problema social y de salud pública.

6.1. La intoxicación etílica aguda como problema sociocultural y político

Los profesionales entienden el abuso de alcohol en los jóvenes como un problema de salud que tiene sus orígenes en la concepción cultural y social de esta sustancia entre nuestra población y la falta de compromiso institucional para solucionarlo.

6.1.1. Inicio precoz y la normalización del consumo de alcohol

Los profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias perciben que el consumo de alcohol por los jóvenes ha cambiado con respecto a años anteriores en el sentido de que ahora comienzan a consumir antes y acceden al Servicio de Urgencias cada vez más jóvenes con intoxicación etílica. Hecho que constatan los fines de semana en su práctica asistencial cuando personas muy jóvenes con IEA acuden al Servicio de Urgencias. De este modo nos lo explican:

Hombre, yo considero que es un problema por el tipo de población a la que afecta, que es gente muy joven que no debían estar haciendo eso que están haciendo ahora (Concha, médica, 39 años).

Creo que lo que ha cambiado con respecto a cuando nosotros éramos jóvenes es que nosotros bebíamos a partir de los 17 años más o menos y ahora tenemos muchos jóvenes de 13 años en adelante que vienen con IEA (Paco, enfermero, 42 años).

El consumo de alcohol juvenil se ha convertido en todo un fenómeno social en las últimas décadas (FRANCO ET AL., 2005). Los profesionales sanitarios están de acuerdo en que es un problema de salud derivado de una conducta generalizada en un contexto sociocultural permisivo. En este sentido, algunos profesionales consideran que el alcohol es una droga social que te condiciona para consumirla porque no solo no está sancionada como las ilegales sino que es una sustancia aceptada ampliamente por la sociedad.

El problema está en que es una droga social y está bien visto (José, médico, 50 años).

Es un problema importante porque el alcohol es una droga social y lo vemos bien... yo diría que es un problema cultural (Carmen, enfermera, 52 años).

Es más un problema social que de salud inicialmente, esto en pacientes jóvenes, y ya a partir de una edad sí que constituye un problema de salud, un paciente alcohólico crónico con sus hepatopatía y cirrosis, pero en jóvenes lo veo más un problema social (Nacho, médico-residente, 24 años).

Los profesionales sanitarios han puesto de manifiesto no solo las dimensiones socioculturales del consumo sino que inciden en otro tipo de dimensiones, como las relacionales, y personales, como la búsqueda de sensaciones. Afirman que el alcohol se ha convertido en una droga socializadora en sí misma y que les ofrece las expectativas que buscan.

El consumo de alcohol es en nuestro entorno un elemento de relación social, tan institucionalizado que para los jóvenes no supone un problema sino un modo más de pasar el fin de semana (Luis, médico, 46 años).

Hay muchos jóvenes que toman alcohol como refugio para desinhibirse y para hacer esa vida que todo el mundo piensa y puede imaginar (Alfonso, médico, 37 años).

El consumo de alcohol por los jóvenes está puesto de moda en la forma de evadirse, de divertirse, de cada vez consumir más alcohol y de relacionarse con el resto de la gente (Alicia, enfermera, 50 años).

Algunos profesionales denuncian la parte lucrativa del ocio recreativo y los intereses comerciales creados alrededor del consumo. Donde por un lado se promueve la producción y consumo de alcohol y por otro se recrimina a la persona que consume. Así nos lo contaba Concha y Miguel en sus entrevistas.

Y además creo que se ha convertido en una moda y es una forma de negocio mal entendido (Concha, médica, 39 años).

El alcohol actualmente tiene mucha propaganda, los jóvenes son impresionables, buscan cambios y tienen mucha tendencia a imitar a los demás y ven en el alcohol la manera de salir de situaciones o desinhibirse (Miguel, médico, 37 años).

6.1.2. La importancia del género en la intoxicación etílica aguda

Los profesionales han identificado algunas diferencias entre los chicos y chicas que acuden al Servicio de Urgencias que nos ha parecido importante señalar. Ideas tales como la introducción en el consumo habitual y excesivo de las chicas, y la asociación de la vulnerabilidad sexual y metabólica de las mujeres.

En este sentido, los profesionales han señalado la vulnerabilidad masculina relacionada con los roles sociales de la masculinidad. Según estos roles, se sigue obligando a los chicos a demostrar superioridad en los retos en general y con el alcohol en particular. Nicolás, médico de Urgencias, considera que el reto de los jóvenes está en beber mucho y superarlo, de lo contrario son recriminados por su grupo de pares.

A los jóvenes [varones] con IEA no les gusta hablar de este fracaso porque ellos... yo creo que lo que está mal visto es beber y llegar a estos estados, entre ellos lo suyo es hincharse de beber y además superarlo y poder con el alcohol y beberse grandes cantidades y decir que me sienta bien y que puedo con ello. Porque está mal visto asistir a los SUH, porque sobre todo los varones dan la sensación, entre el grupo de iguales, como si fuera de cobardes, de vencidos, el acudir al SUH por una borrachera (Nicolás, médico, 57 años).

Algunos consideran que los chicos habitualmente han bebido y ha sido visto normal por la familia porque era varón. En el caso de este profesional entrevistado, que cree que la alarma está en la inclusión de las chicas en el consumo de alcohol.

Antiguamente los mismos padres veían bien que los hijos, como hombres, bebieran. Ahora el tema es que las niñas también se están metiendo ya en el consumo del alcohol (Tomás, médico, 48 años).

En cuanto a las diferencias en las chicas, Luis, médico de Urgencias, incide en la vulnerabilidad metabólica de las mismas, identificando este problema como el causante de que se intoxiquen antes y peor que los varones.

Igual pasa con los jóvenes que beben o con las chicas que beben, quizás sean ellas las que por la intolerancia al alcohol las chicas son «metabolizadoras» lentas y se

acrecienta el problema, con menos bebida vienen más borrachas (Luis, médico, 46 años).

Nicolás, sin embargo, es especialmente sensible a la problemática que envuelve el consumo sin control por parte de las jóvenes y es capaz de identificar cierta vulnerabilidad sexual en las chicas que beben y consumen sustancias, y en su ejercicio profesional toma medidas preventivas en beneficio de las mismas.

A mí me preocupan las chicas que vienen y no recuerdan lo que ha pasado durante la noche. He vivido algunas experiencias en que las chicas han tenido relaciones y no lo recuerdan. Entonces yo suelo añadir en el protocolo, al protocolo de tratamiento en las jovencitas, la píldora de urgencias; yo sí suelo dar la píldora anticonceptiva de urgencias. Sobre todo aquellas chicas que no recuerdan pero que creen que han tenido relaciones sexuales y no han usado anticoncepción y no están protegidas, creo que en esto pecamos muchas veces de no prestarle atención (Nicolás, médico, 57 años).

A diferencia de sus compañeros médicos, Jesús, enfermero de Urgencias considera que hay distintos tipos de jóvenes que acceden al SUH, los que vienen por un error de cálculo (considera que generalmente este tipo es chica), que probablemente no vengan más, y los que son un verdadero problema, reincidentes y problemáticos y que terminan siempre en Urgencias. Jesús tiene la percepción que dentro del grupo de jóvenes que atiende hay un subgrupo que identifica como varones, que son bebedores intensivos, pero que sí acceden al SUH y lo expresa de este modo:

Hay dos tipos de jóvenes uno... la típica niña que sale con las amiguitas a una fiesta y se pasan y tal y luego están los típicos «chulitos» que están todo el día bebiendo y borrachos y vienen aquí... (Jesús, enfermero, 45 años).

6.1.3. El papel de las instituciones del estado en la responsabilidad de las intoxicaciones etílicas

Los profesionales piensan que estamos ante un problema social y de salud cuyos responsables son los gestores políticos y sanitarios.

Los profesionales consideran que las instituciones políticas han maleducado a la sociedad y por ende a los jóvenes ofreciéndoles derechos sin pedir responsabilidades.

En este sentido, consideran que los políticos les ofrecen recursos para desarrollar la actividad del botellón sin pedir responsabilidades sociales a los chicos, pero tampoco se responsabilizan ellos mismos de las repercusiones que este hecho produce. Consideran que las leyes al respecto son laxas y menos restrictivas que antaño. De este modo se expresan Luis y Ramón:

Esta sociedad... los jueces... no los jueces en sí, pero los políticos lo están permitiendo tranquilamente. Pues bueno a lo mejor tengo tendencias hitlerianas pero el tema de premio y castigo hay que aplicarlo, el problema es que esta sociedad aplica solo el premio, nunca la corrección (Luis, médico, 46 años).

El ayuntamiento debe hacerse cargo, lo mismo que ha habilitado y fomentado el consumo en este espacio [botellódromo], que también haga información y esté pendiente, porque allí nadie sabe ni lo que beben ni lo que hacen. [...] Un punto de información (Ramón, enfermero, 46 años).

Tomás considera que los responsables miran para otro lado, hacen propaganda de programas que luego no cumplen y no le prestan la atención que merece el problema, para la trascendencia que representa, mientras que sí lo hacen a otras cuestiones por motivos electoralistas o populistas.

Las instituciones no sirven, están obsoletas, hay una serie de burócratas que... bueno... que trabajan en beneficio propio, entonces son paripés que se hacen para vender a la prensa, vender al público de que hay y luego no hay realmente (Tomás, médico, 48 años).

En general, recriminan a los políticos la falta de leyes restrictivas de control, sobre todo dirigidas a los puntos de venta y el fácil acceso a la sustancia. Estas son sus opiniones al respecto:

Ahora para cualquier joven es muy fácil conseguir el alcohol. Los venden en muchas tiendas de chinos abiertas en fin de semana y a cualquier hora (Marcos, enfermero, 32 años).

Actualmente ha habido un cambio en el consumo; antes se bebía en sitios cerrados y ahora se bebe en la calle. Aunque yo recuerdo que antes también existían las litronas y la gente bebiendo por la calle. Quien quería beber bebía, lo que creo que ha cambiado

es el acceso que es más fácil. En los supermercados los compran más barato y más fácil (Marisol, enfermera, 35 años).

El consumo es excesivo, no se tiene en cuenta la edad, creo que no están bien controlados los puntos de venta (Rosa, médica, 28 años).

¿Por qué se les vende alcohol a los menores? Creo que hay que intentar controlar de alguna manera la venta de alcohol a los menores de 18 años (Miguel, médico, 40 años).

6.2. La intoxicación etílica aguda como problema de salud

La mayoría de los profesionales de nuestro Servicio de Urgencias creen que el consumo de alcohol juvenil constituye un grave problema de salud y han reflexionado sobre ello y argumentado, expresando diferentes opiniones al respecto.

La ciencia define y fija los riesgos y la sociedad los percibe (BECK, 2000). En este sentido, el riesgo está relacionado con la percepción cultural y se define en un contexto cultural concreto. En este orden de cosas, los expertos consideran que ha habido un cambio en el patrón de consumo e inciden en que el riesgo radica en este hecho y no en el consumo en sí, que socialmente estaba aceptado y percibido como natural en el patrón de consumo mediterráneo. Es en el nuevo patrón llamado «nórdico», desconocido hasta hace dos décadas por nuestra sociedad, donde incide la idea del riesgo alcohólico en los jóvenes actuales. Y de esta misma manera lo perciben y nos lo expresan los profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias.

6.2.1. El consumo por atracón

Los sanitarios del SUH consideran que aunque el consumo de alcohol siempre ha estado relacionado con los hábitos generales de nuestra sociedad a lo largo del tiempo, sin embargo el patrón de consumo ha cambiado especialmente en el grupo de jóvenes, siendo ahora más intensivo y peligroso.

Desde tiempo inmemorial el alcohol ha sido la sustancia psicoactiva más consumida y hoy en día no iba a ser menos. Por tanto, continúa siendo un problema de salud, sobre todo con la costumbre actual de beber en forma de atracón (Guillermo, médico, 55 años).

Están consumiendo semanalmente una dosis que ya rebasa los niveles de lo tolerable, de lo aceptable, que son dosis de elevada toxicidad y que tienen sus riesgos (Nicolás, médico, 57 años).

Entre ellos lo suyo es hincharse de beber y además superarlo y poder con el alcohol, y beberse grandes cantidades y decir que me sienta bien y que puedo con ello, ¿no?. (Nicolás, médico, 57 años).

Entre los consumos intensivos y como forma de iniciación aparecen los denominados «juegos de alcohol» favorecidos por las nuevas tecnologías. Así nos lo cuenta este enfermero:

Yo creo que sí es un problema, que va cada vez a peor porque si piensas, ahora beben mucho más, se cuelgan en el twitter, se echan apuestas a ver quién bebe más. Yo creo que se está desorbitando el problema del alcohol (Jesús, enfermero, 45 años).

Los profesionales sanitarios identifican cambios en el consumo y en la forma de divertirse e incluso cambios relacionados en la forma de ver la misma sustancia, la cual deja de ser un pretexto para realizar otras actividades como ir al cine, charlar o mantener una conversación, a centralizar la actividad de diversión en la sustancia en sí misma. Así mismo, todos perciben el aumento de consumo en fin de semana. Estos son algunos de los extractos del discurso en los que distintos profesionales del Servicio de Urgencias del HUVN explican esta tendencia:

El consumo yo creo que ha aumentado pero por franjas de días, concentrado en fines de semana... Se centra los fines de semanas y se bebe mucha más cantidad de alcohol. Antes ibas a alguna fiesta puntual y bebías en celebraciones. Ahora es que se meten en un local a beber como cosacos y eso antes no lo veías. Ahora hay acceso al alcohol indiscriminado (Ramón, enfermero, 46 años).

El consumo de fin de semana se asocia en los discursos profesionales a una intensificación, lo que se ha denominado por los expertos *binge drinking*.

Antes se salía para divertirse para mantener una relación, una conversación y si había alcohol de por medio pues bueno, bebías pero seguías... pero hoy día es más emborracharse. Ahora primero se bebe, se emborracha y luego se sale (Rosa, médica, 28 años).

Antes ibas al cine... otras cosas... ahora es a la placeta a ver quien la coge más gorda y... y en el botellón se bebe más porque te compras una botella a lo mejor entre dos... tú, imagínate, cae entera (Manuel, enfermero, 33 años).

Cada vez están inventado cosas nuevas para competir, para ver quién bebe más. El otro día salió en la tele que ahora apuestan quién bebe más rápido, con lo cual los pelotazos ya son impresionantes (Jesús, enfermero, 45 años).

Algunos, consideran desigualdades en salud e identifican vulnerabilidades específicas en ciertos sectores de la población. Así mismo, relacionan el consumo con otras inequidades sociales, como familias desestructuradas, problemas económicos, desempleo o riesgo de exclusión social. Así nos lo comenta Luis en su entrevista:

Yo lo veo un problema social y de salud bastante importante porque, claro, algunos de estos terminan muy tocados porque si además tienes la mala suerte de pertenecer a una familia un poco desestructurada ya lo tienes todo... Empiezas así y estás con una familia que está encima, te pueden ir dirigiendo, pero si no tienes nadie que te controle... ¡pues la tienes clara [...] Ahora está el problema económico, están todos paraos, pues... ¿a dónde vas?, ¡al botellódromo a comprar alcohol! (Jesús, enfermero, 45 años).

6.2.2. La intoxicación etílica aguda como antesala a un problema de adicción

Por regla general, los profesionales sanitarios observan el consumo abusivo juvenil como un problema de salud con peligro real de adicción. Están de acuerdo en que ahora a corto plazo no lo consideran un problema pero que si no se toman medidas llegará, a largo plazo, a serlo con problemas asociados como los de alcoholismo o complicaciones orgánicas importantes.

Aquí en Urgencias es la puerta de entrada al hospital y consulta por una intoxicación etílica pero después, a largo plazo, un consumo continuado puede derivar en muchos problemas (Miguel, médico, 40 años).

Considero que es un problema de salud porque quizás dentro de unos años veamos las consecuencias de este consumo excesivo a nivel de patología (Francisco, enfermero, 42 años).

Es un problema de salud porque esto constituye un inicio a un alcoholismo posterior ¿no? Desde el punto de vista cualitativo y posiblemente desde el cuantitativo, pues lo es (Luis, médico, 46 años).

Constituye un problema para la salud, a corto plazo no, pero a largo plazo sí. Habrá muchos niños alcohólicos, con problemas de cirrosis, claro que sí, con problemas hepáticos. Claro que sí (Alicia, enfermera, 50 años).

Se tienen pruebas que este tipo de consumos facilitan el paso al consumo crónico, que no son tan inocentes los consumos de un jueves o un viernes sino que es una manera de iniciarse en el alcoholismo y de pasar consumos diarios a consumos crónicos (Nicolás, médico, 57).

Nacho y Tomás, ambos médicos, consideran que aunque el consumo de alcohol juvenil es preocupante, el mayor problema no se centra en este grupo de chicos y chicas que realizan un consumo ocasional excesivo, sino más bien en otros jóvenes que realizan consumos crónicos y mantenidos en el tiempo distintos de los que vemos en nuestro Servicio los fines de semana y que no buscan nuestros servicios.

Probablemente tenga más problema el que está en el andamio trabajando y se toma todos los días 2 cubalibres, 4 cervezas y 1 carajillo pero no viene a Urgencias. Este posiblemente si va a llegar a ser un problema de salud (Nacho, médico, 24 años).

Pero los que necesitan ayuda se cogen el «colocón» de forma habitual y no se suelen pasar o si se pasan no vienen aquí (Tomás, médico, 48 años).

Un problema añadido que identifican en su mayoría los profesionales sanitarios es el policonsumo, pues en su experiencia ya está siendo raro encontrar intoxicaciones etílicas «puras». La mayoría de las personas atendidas tiene un consumo concomitante de otras drogas. Así nos lo han explicado:

En la actualidad se mezcla el alcohol con otras sustancias psicoactivas (anfetaminas, cocaína, HGB, etc.) para potenciar su efecto (Guillermo, médico, 55 años, experto en drogas).

Y, claro, con la mezcolanza de drogas, pues ya no sabes cuáles son los efectos que está sufriendo y ahora con las nuevas drogas de diseño no sabes realmente cuáles son las que ha tomado; tienes que ir a la caza o la previsión de algunos síntomas que te digan que es lo que ha tenido (Tomás, médico, 48 años).

Evidentemente el consumo de alcohol es mucho más abusivo que hace 10-15 o 20 años, mucho más alcohol y mucho más drogas (Alicia, enfermera, 50 años).

6.2.3. La intoxicación etílica aguda y el proceso de normalización asistencial

La universalización de la cobertura y prestaciones sanitarias de los SUH, la mejora de las instalaciones y la accesibilidad, así como el aumento de las expectativas del ciudadano acerca de lo que el sistema sanitario debe y puede hacer por los usuarios del mismo, contribuyen a explicar la alta frecuentación que soportan los SUH. La realidad es que la mayoría de los ciudadanos solucionan sus problemas de salud directamente en los Servicios de Urgencias sobrecargando la asistencia de los mismos.

En general, las personas vienen a Urgencias por cualquier enfermedad banal y los jóvenes del mismo modo. Esta universalización de la asistencia sanitaria ha llevado consigo la creencia de que todo puede ser atendido en Urgencias. Hace un par de décadas era impensable ir a Urgencias por una intoxicación etílica, mientras que hoy en día es algo habitual. Algunos de los profesionales nos lo comentan en sus entrevistas:

No les parece mal hartarse de alcohol todos los fines de semana y tampoco les parece mal acudir a un SUH por estar borrachos (Concha, médica, 39 años).

Sí, yo creo que sí, ahora vienen más jóvenes en fin de semana con IEA y cada vez más jóvenes, de 24 o 15 años, completamente inconscientes y en situaciones peor (Francisco, enfermero, 33 años).

A sus amigos les parece normal traerlos aquí y a sus padres les parece normal venir a recogerlos aquí (Concha, médica, 39 años).

Ya no se relaciona que has bebido con te llevo a tu casa, que duermas. Ya se relaciona que has bebido, que estás vomitando y estás inconsciente con te traen al hospital. No es que sea el lugar idóneo pero no hay otro sitio donde atenderlos (Alicia, enfermera, 50 años).

Los profesionales sanitarios identifican una conducta aprendida por los jóvenes difícil de romper. Al ser atendidos, otros amigos y amigas acudirán a Urgencias por los mismos comportamientos.

Nacho es médico-residente que realiza las guardias en Urgencias, es el más joven de los entrevistados y considera sus propios hábitos de consumo semejantes a los de los jóvenes que él mismo atiende, y observa que el patrón de asistencia ha cambiado. Antes la relación era borrachera y acompañarlo a su casa, sin embargo ahora la borrachera se identifica con asistencia a Urgencias. Esto es debido al libre acceso a la atención sanitaria en Urgencias y a un cambio cultural establecido socialmente.

En mi generación también se abusaba... el famoso alcoholismo de los fines de semana, yo no sé si los chavales beben más o menos que antes pero creo que más o menos igual. En mi opinión lo que ha cambiado es el patrón de asistencia al Servicio de Urgencias. Yo no recuerdo, yo recuerdo amigos míos y a mí mismo estar... un poquillo así... con una copa y jamás asistir ni yo llevar a un amigo a Urgencias (Nacho, médico, 24 años).

Por su parte Miguel, médico, experto en consumo de drogas, percibe que el problema no está tanto en que acudan de manera normalizada a Urgencias o no, sino que van a estar realizando consumos intensivos igualmente, asistan o no a la Urgencias. Miguel considera que la experiencia de ser atendidos en el SUH no va a cambiar la conducta de los jóvenes.

¿El problema dónde está? En que una vez que salgan de aquí y pasen tres o cuatro días va a volver a la «normalidad». Se les va a olvidar y van a seguir bebiendo los fines de semana (Miguel, médico, 40 años).

6.2.4. Evolución clínica de las intoxicaciones etílicas agudas

La percepción de los profesionales es que la evolución clínica de las intoxicaciones etílicas en Urgencias es buena. Salvo los problemas primarios de manipulación y traslado en un paciente que no colabora, suelen ser dados de alta en unas horas. Los pacientes con IEA son dados de alta sin secuelas en un 86% de los casos en pocas horas (PNSD, 2014).

Las intoxicaciones etílicas atendidas en nuestro Servicio son catalogadas por los profesionales del mismo como procesos banales, que suelen resolverse sin complicaciones y son dados de alta generalmente en 2-4 horas. Así lo explican en las entrevistas:

La mayor parte de los pacientes con IEA tiene una evolución favorable, necesitando solo medidas de soporte (José, médico, 56 años).

Hasta ahora no he visto a joven alguno en estado crítico que hiciera peligrar la vida (Tomás, médico, 48 años).

No son unos pacientes graves, que les vaya la vida, porque muchos vienen por abuso de alcohol y una mínima parte sí vienen en coma etílico y vienen solos y asustados (Alicia, enfermera, 50 años).

No he atendido ninguno grave, ni uno (Jesús, enfermero, 45 años).

Yo, a día de hoy, paciente joven con enolismo agudo, de «se me ha ido de las manos» [...] afortunadamente no han sido graves (Nacho, médico-residente, 24 años).

No recuerdo ningún caso grave, atendido en mi experiencia profesional, que haya atendido solo por ingesta de alcohol. No recuerdo ninguno que haya terminado mal, tan solo alguno ha pasado a observación porque estaba muy acidótico pero es una excepcionalidad. En mi experiencia de 200 casos, uno puede que haya tenido que pasar a observación porque esté peor, pero por IEA sola... si ya ha mezclado otras sustancias la cosa cambia (Luis, médico, 46 años).

Sin embargo, Nicolás, médico del Servicio, alerta del peligro de banalizar este proceso en relación a las estadísticas, porque en ocasiones puede llegar a ser una patología muy grave. Se expresa en estos términos en la entrevista:

Muchas veces cuando los recibimos pues sí... vienen con los amigos y nos aseguran que solo ha bebido alcohol, pero en realidad no sabemos lo que hay. Un joven en coma siempre me preocupa. No creo que valga: «bueno... es que estará borracho... ¿no?» Decir «vale es que ha bebido mucho»... no creo que valga; aunque eso se a lo que pasa muchas veces, pero puede haber más factores detrás... Yo sí lo veo preocupante (Nicolás, médico, 56 años).

Las intoxicaciones etílicas han sido consideradas por los profesionales del Servicio de Urgencias un proceso banal con poco riesgo para la vida por sí solo. Sin embargo, todos y todas tienen experiencias en su trayectoria profesional donde los pacientes hubieran podido sufrir lesiones graves e incluso la muerte si no hubieran sido atendidos correctamente en los Servicios de Urgencias.

Estos son algunos de los casos que han relatado y que muestran cómo algunos de los casos atendidos son graves, llegando incluso a tener que intubar a algún joven y trasladarlo a Cuidados Intensivos o pasarlos a la sala de RCP:

En mi experiencia he atendido gente que se ha pasado y ha habido que intubar y llevar a la UCI por un coma etílico (Tomás, médico, 48 años).

Una vez un chico menor de edad hizo una depresión respiratoria y hubo que pasar a la RCP e iniciar maniobras de reanimación respiratoria con el ambú, sus vitaminas y tal, y el niño empezó a remontar (Rosa, médica, 28 años).

Sí, sí, no muchos, pero sí hay alguno que lo hemos pasado a la RCP porque la cantidad de alcohol que tenía, ha empezado a convulsionar, que no sabíamos si era convulsión o no... que luego le ponemos el benadón y la benerva y ya has visto que no, que es una intoxicación etílica y ya una vez estabilizado lo hemos sacado de la RCP (Carmen, enfermera, 50 años).

De los últimos pacientes que he atendido, recuerdo de uno que a los dos días de haberlo atendido se presentó con una hemorragia subaracnoidea (era también consumidor de cocaína) (Guillermo, médico, 55 años).

Una chica menor de edad, tendría 15 años recién cumplidos, la habían traído unas amigas era un día de enero, hacía un frío... Venía vomitada encima, las medias rajadas, en manga corta, la tocabas y estaba helada, era como un muerto, totalmente ida sin respuesta. Me dejó tocado porque yo tengo una niña que tiene 14 y me dejó pillado quizás porque era joven, por la situación en que venía con manguilla corta, helada, es que no tenía casi ropa. La trajo la ambulancia y la tocabas y era mármol... «helá» estaba «helá», le tuvimos que poner manta térmica y pasarla a la RCP, pero vamos me impactó por la edad (Jesús, enfermero, 45 años).

El gran problema de los comas etílicos son las patologías previas que pueden empeorar el pronóstico o los riesgos asociados a la falta de coordinación o inconsciencia. Todos los médicos están de acuerdo en la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre una intoxicación etílica «pura» de otras intoxicaciones etílicas, asociadas a otras sustancias u otras conductas de riesgo. En las circunstancias descritas, el pronóstico cambia, por ejemplo cuando se asocian accidentes de tráfico y consumo de alcohol, que ya no es considerado tan banal.

Recuerdo un chico de Baza de 19-20 años, fue un accidente de tráfico y ya sí tuvo... tuvo un traumatismo craneoencefálico, tuvo que intubarse y se tuvo que subir a UVI (Rosa, médica, 28 años).

En algunos casos, unas de las complicaciones asociadas al consumo intensivo de alcohol son las hipotermias o hipoglucemias. Alfonso nos relata un caso grave con resultado de muerte que le tocó vivir en su práctica asistencial:

En Santiago de Compostela tuve un caso de muerte por hipotermia secundaria a una borrachera. Era holandesa, hacía mucho frío y lluvia y se quedó dormida en un jardín. Llegó prácticamente muerta. La intubaron, la intentaron reanimar pero la chica murió (Alfonso, médico, 37 años).

Del mismo modo, Nicolás nos relata cómo vivió un caso en el que un joven podía haber muerto sino hubiera sido asistido en el Servicio de Urgencias.

Yo recuerdo un chico con un anatomía peculiar, con un cuello corto y venía comatoso, que se ponía comatoso y tenía espasmos y se ponía cianótico y tuvimos que ventilarle con ambú sujetándole la cabeza porque entraba en hipoxia. Este chico se hubiera quedado tendido en la calle un día de frío o en su casa solo y hubiera acabado mal. Yo

sí que he tenido miedo por este chico porque un coma es un coma, aunque sea provocado por el alcohol (Nicolás, médico, 56 años).

6.3. La idoneidad de la atención de las IEA en los Servicios de Urgencias hospitalarios

Sobre la percepción de idoneidad asistencial de las intoxicaciones de alcohol por los jóvenes en los SUH y en el nuestro en particular ha habido variedad de opiniones al respecto tanto por parte de los profesionales de enfermería como de los profesionales médicos. Por regla general, todos creen que es necesario hacer un diagnóstico diferencial de gravedad previo y que solo deberían acceder los casos graves, pero no existe ningún establecimiento sanitario cerca de la zona de ocio recreativo que lo pueda hacer.

En su gran mayoría, los profesionales sanitarios piensan que el Servicio de Urgencia no es el sitio ideal puesto que no se debería tratar exclusivamente el problema biomédico. Consideran que es un problema que necesita un abordaje integral imposible de abarcar en Urgencias. Los discursos ponen de manifiesto el vacío asistencial existente tanto en este como en otros procesos relacionados con el consumo de sustancias.

En el momento agudo no existe otro sitio, ¿o viene aquí o dónde va? Porque no sé si los servicios periféricos están dotados de los servicios sanitarios necesarios, de lugares apropiados, porque no es algo momentáneo, no están ni una hora ni dos, a veces se tiran 6 o 7 horas según el estado de consciencia, lo que tarde en estar consciente (Francisco, enfermero, 42 años).

En general, los profesionales de enfermería tienen una visión más amplia de la atención de estos jóvenes y consideran que el abordaje debe implicar otras especialidades. Son más conscientes de la educación sanitaria y reconocen que es parte de su rol enfermero. Entre los profesionales entrevistados hay diversidad de criterios, hay quien no considera que deben atenderse en el hospital, aunque sí en otros dispositivos sanitarios; otros creen que sí es el lugar idóneo, y algunos que creen que no es un proceso asistencial que necesite atención sanitaria de ningún tipo.

Algunos creen que sí es el lugar adecuado, si presenta un coma etílico. Por lo tanto, los casos más graves deben atenderse en Urgencias. Es el caso de Rosa, Luis y Carmen, quienes se expresan en estos términos:

Yo creo que pueden ser atendidos en cualquier CS o en la Cruz Roja, aunque en los estados de coma es normal que los traigan aquí (Rosa, médica, 28 años).

Yo creo que... pero la verdad, cuando tienen una intoxicación aguda la verdad es que... ¿dónde van a ir?, ¿dónde los atiendes?... Es que es una patología que te puedes morir, un coma etílico...es una patología grave, aguda, puedes tener un vómito, una aspiración, mil cosas por estar inconsciente; es que no hay otro tipo de centros para atender a este tipo de gente (Francisco, enfermero, 42 años).

Tal y como vienen es que no hay otro sitio para atenderlos. Sí... si cuando vienen las criaturas no saben ni quién son, como los dejen en la calle se hielan. Yo no sé si habría otro sitio mejor que este. Tú no puedes dejar a un chiquillo de estos mareado en la calle. No pienso que sea el lugar idóneo pero no hay otro. Si hay un chico joven, menor de edad o no menor de edad y sus amigos se lo encuentran tirado en el suelo o vomitando ¿dónde lo llevan? (Carmen, enfermera, 50 años).

Guillermo, médico del Servicio de Urgencias, opina que nunca se debe atribuir el estado de inconsciencia (coma-semicoma) exclusivamente al alcohol porque puede estar solapada una intoxicación más grave atribuible a otra sustancia. Es por ello que, argumenta, deberían de existir otros dispositivos de atención, antes de derivar al SUH, atribuyendo motivos economicistas en un contexto de recursos escasos.

En esta época de escasez de recursos probablemente estemos ocupando nuestro tiempo en un tipo de paciente con escasa gravedad y que podría ser atendido en otro nivel asistencial y, si lo precisa, se remita al SUH. [...] La atención de pacientes con intoxicación etílica pura es más rara, con lo cual, este paciente potencialmente puede tener más complicaciones y precisa de una mayor atención en Urgencias (Guillermo, médico, 55 años).

Algunos facultativos tienen una visión más amplia de la atención a los jóvenes dependiendo de la formación. Es el caso de Nicolás, médico, que ha sido director de un centro de salud y está formado en medicina familiar y comunitaria, y está más formado en promoción para la salud, por tanto su discurso es otro.

Creo que los sanitarios no solo no deberíamos quejarnos de que nos consumen tanto tiempo porque quizás sería hasta deseable que nos consultaran más y que aprovecharíamos estos contactos para aconsejarles (Nicolás, médico, 56 años).

Es evidente que el lugar de tratamiento de primera instancia de una IEA es el SUH, pero el tratamiento integral es una labor a desarrollar desde el ámbito educativo, familia y servicios sanitarios en su globalidad (Miguel, médico, 37 años).

Otros profesionales consideran que no hay diferencia en la atención de una intoxicación etílica con la de cualquier otra patología y que los SUH tienen los medios necesarios para atender adecuadamente a todo tipo de pacientes.

Creo que el SUH es el lugar donde se deben de atender a estos pacientes, igual que cualquier otra patología. Tenemos recursos y conocimiento (José, médico, 56 años).

Los SUH son un punto del Sistema Sanitario Público más y aquí hay sanitarios, por tanto debemos de dar a parte de la atención sanitaria, debemos dar promoción de la salud (Ramón, enfermero, 46 años).

En todos los discursos se observa esa ambigüedad acerca de la atención, casi todos los profesionales están de acuerdo en que hay que atenderlos pero no están seguros de dónde sería el lugar ideal. Como expresa Concha en su entrevista:

Yo creo que no es el lugar adecuado. Porque en principio toda la vida la gente se ha emborrachado y no ha venido al SUH y no ha habido absolutamente ningún problema. Aunque realmente es que no hay otro sitio donde ir... Pero por otro lado es un tipo de enfermo que hay que vigilar, lo que pasa es que si son estudiantes jóvenes y sus compañeros no van a estar vigilandoles porque en ocasiones están peor que él o en las mismas condiciones y si se van a casa no le van a decir al padre «papá, estoy borracho, vigíleme». Antiguamente te daba vergüenza emborracharte, se veía mal pero ahora se ve bien. Pero sigo diciendo que no es el sitio adecuado (Concha, médica, 39 años).

Algunos profesionales expresan abiertamente su opinión negativa al respecto de la atención de los jóvenes en el SUH. Justifican su perspectiva ofreciendo argumentos sobre la saturación de los Servicios de Urgencias. Este es el caso de Francisco:

Yo creo que no, por muchos factores, por la saturación de las Urgencias, no tienes espacio ni tiempo para dedicarles. Es que ya lo ves, aquí no tenemos tiempo de nada (Francisco, enfermero, 45 años).

Algunos profesionales creen que la intoxicación etílica no es un proceso que deba de tener asistencia sanitaria. Son de la opinión de que deberían irse a su casa a dormir y así lo especifican en sus entrevistas:

Es que yo no creo que hubiese que atenderlos, porque no se han atendido nunca y toda la vida se ha emborrachado la gente. El caso es que vienen aquí y los tenemos que atender (Concha, médica, 39 años).

Yo no creo que haya que magnificar el problema haciendo sitios específicos para atenderlos. Porque cuando tú generas la necesidad... pues... creas la necesidad de solucionar esa necesidad. Yo creo que eso no hay que hacerlo. Yo no creo que hay que hacer... que no deberían de venir, pues no (Concha, médica, 39 años).

Yo creo que lo ideal es que se fueran a su casa sin atenderlos, como siempre ha pasado. Siempre que no haya signos claros de no hacer otros problemas. La IEA en sí produce la inconsciencia, es algo normal. El que bebe y no responde a ningún estímulo está en coma etílico. Claro que en el momento en que viene aquí, ya no podemos hacer nada, los tenemos que atender pero en principio la mayoría de las IEA que vienen al SUH no necesitan ningún tratamiento médico, solo necesitan dormir (Marcos, enfermero, 32 años).

Hombre, antiguamente se llevaban los borrachos a dormir la mona a su casa, ahora los traen aquí para que los curemos de la IEA, lo que no tiene lógica. El que esté borracho que se vaya a su casa a dormir y sus padres deberían de ser los responsables (Tomás, médico, 48 años).

Creemos que la ambigüedad y contradicción que se observa en el discurso de los profesionales del Servicio acerca de la idoneidad de la asistencia en el SUH de las personas jóvenes con IEA no obedece a un problema técnico, de falta de recursos materiales o profesionales, sino que obedece a otros motivos subliminares, un proceso solapado de estigmatización o reticencia que se ha creado sobre la imagen conceptual que han ido desarrollado de los jóvenes borrachos a lo largo de su trayectoria profesional.

Las observaciones formuladas por algunos de los trabajadores de la salud sobre los jóvenes con IEA en su ausencia tendían a reflejar sentimientos negativos hacia este tipo de pacientes. A menudo son descritos como pacientes difíciles de tratar, que desperdician los recursos limitados del hospital y cuyos comportamiento y estilos de vida son difíciles de comprender.

Los comentarios de una parte del personal asistencial y subalterno indicaban que algunos trabajadores de la sala de Urgencias hacen negativas evaluaciones morales de los pacientes que beben en exceso, manifiestan desaprobación y opiniones estereotipadas de ellos. Es posible que muchos de los profesionales del Servicio de Urgencias consideren inapropiado el uso de las Urgencias para este tipo de pacientes aunque muchos no lo manifiesten.

A pesar de haber observado este tipo de actitudes, por lo general son tratados con amabilidad y se les da una regañina amistosa cuando se van de alta. Generalmente la reticencia a la atención a estos pacientes es por lo dificultoso de su trato. Por su parte, el personal médico no pueden hacerles la historia en el momento de llegada porque están semiinconscientes, no se les puede hacer bien una exploración neurológica porque están vomitando; si les pregunta a sus amigos, eluden las respuestas. Cuando el joven o la joven ya está consciente, se quiere ir enseguida, pero el médico está atendiendo a otro paciente y no lo puede atender. En ocasiones, crean problemas en el espacio clínico, no quieren esperar y se fugan.

En cuanto al personal de enfermería, no pueden pincharles porque no se están quietos, a menudo los golpean en medio de la semiinconsciencia y porque se ponen agresivos. Es muy difícil quitarles la ropa sin colaboración, pues están desmadejados en la camilla o vomitando. En muchas ocasiones se sacan la vía y hay que volverles a pinchar. En algunas ocasiones, mientras se está atendiendo a otro paciente, se despiertan, suelen saltar de la camilla y sacarse la vía venosa, y en ocasiones se han fugado.

Con toda seguridad es que, en cualquiera de los casos, la experiencia de su paso por el Servicio de Urgencias no pasa desapercibida para ellos, ni la olvidan tan pronto como algunos profesionales han comentado en sus entrevistas.

A continuación se presenta algunos extractos representativos de cierta actitud estigmatizadora que verbalizan los profesionales acerca de la atención de los jóvenes en el espacio clínico.

Algunos profesionales consideran que en nuestro Servicio no se estigmatiza a ningún joven con IEA y diferencian la reticencia en la atención hacía otros pacientes, como los alcohólicos crónicos o los dependientes a otras sustancias. En este sentido se expresa Luis:

Yo no he visto que se estigmatice aquí a ningún joven que venga por una IEA, generalmente se les trata bien. Sí lo he leído, pero aquí no es lo que yo he visto. Quizás más a los alcohólicos, que es diferente; o los consumidores de otro tipo de sustancias, pero un chico que viene por una IEA normalmente pues no se le trata mal. Sí un estigma en los crónicos que vienen una y otra vez, que vienen en una situación... los ves ahí... (Luis, médico, 46 años).

Otro reconocen que no les gusta trabajar con ellos por la dificultad que entraña su atención. Es el caso de este médico entrevistado:

La atención de pacientes con IEA es muy variable, pudiendo causar importantes problemas en Urgencias. En el fondo, aunque no queramos, todos tenemos algún prejuicio a la hora de atender a este tipo de pacientes, sobre todo cuando son pacientes psiquiátricos, por la dificultad que entraña su atención (Guillermo, médico, 55 años).

Por esta dificultad en la atención, principalmente, se hacen comentarios peyorativos cuando vienen los jóvenes al SUH y muchos de los profesionales sanitarios lo expresan abiertamente, como es el caso de Nicolás:

Sí, hay reticencias y comentarios fuera de lugar en la atención a este tipo de pacientes (José, médico, 56 años).

Francisco asegura que existe cierta estigmatización por parte del personal sanitario en Urgencias hacia estos chicos y chicas borrachos. Sin embargo, especifica que no debería de generalizarse la estigmatización, que sí merecerían los adictos que vienen pidiendo un protocolo (cóctel de estupefacientes protocolizado por la Unidad de Drogodependencias) o los alcohólicos crónicos, como ya apuntaba Nicolás. Este

profesional hace referencia al carácter voluntario de la borrachera, por la que se juzga peyorativamente la conducta de las chicas y chicos con IEA. Sin embargo, asegura que ese argumento no se utiliza para otros pacientes que han adquirido sus enfermedades por practicar malos hábitos.

A nivel sanitario, sí es cierto que los comentarios de algunos profesionales son como... un poco peyorativos. No es lo mismo que el alcohólico, o el que llega pidiendo el protocolo, se nos olvida que son un paciente más. Como cuando llega un diabético y viene harto de pasteles, a nadie se le ocurre echarle el sermón, y a este tipo de pacientes sí nos sentimos más libres de juzgar, que deberían dormir la mona en su casa. Se hacen muchos comentarios peyorativos, que creo que son fruto del estrés de ver enfermos que están realmente graves, diferente que estos, que parecen que ellos se lo han buscado (Francisco, enfermero, 42 años).

Por otro lado, también vienen con amigos que quieren seguir la broma y molestan a los profesionales. En realidad, lo que les molesta a profesionales como Alicia es la falta de respeto y la poca valoración que hacen de su trabajo al tomarse a broma el contexto sanitario.

Hay veces que sí me molesta tratar a este tipo de pacientes. No es que me moleste especialmente, pero lo que sí me molesta cuando vienen acompañados de sus amigos y vienen de cachondeo y de bromas de... mira lo que le ha pasado y luego cuando vienen solos pues sí me da mucha pena, que sus amigos los han dejado solos. Me da pena porque vienen vomitados y se tienen que ir de alta con la ropa sucia, mojada. No me molestan especialmente, pero no me gusta tratarlos (Alicia, enfermera, 50 años).

Alguna literatura científica sobre el tema de alcoholismo en Urgencias hace referencia al hecho de hacerlos esperar demasiado. Nicolás no lo percibe de esta manera, no está de acuerdo con esa afirmación y nos comenta al respecto lo siguiente:

Quizás la actitud de ellos más desinhibida por el alcohol los hace menos tolerantes. Los más graves los atendemos de inmediato desde su clasificación en filtro por entrar en coma. Los menos graves probablemente esperan más, pero nuestra intención no es hacerles esperar adrede por castigarlos ni nada (Nicolás, médico, 57 años).

Algunos de los profesionales que consideran inadecuada la utilización de los SUH y los recursos por causa de la IEA estarían de acuerdo con el copago en estos casos.

Sin embargo, esta medida puede tener repercusiones negativas en la salud, pues determinaría el acceso a los Servicios de Urgencias, cuando realmente los necesitaran, circunstancia que podría disuadirlos de pedir ayuda poniendo en peligro sus vidas.

Nos quema a nosotros porque es un tipo de paciente que te achicharra, se agita empiezan a dar por saquillo, ¿no?... están en su puta historia. Entonces no trae nada ventajoso vamos... ¡ahí, sí que metería yo el copago!... ¡ahí sí!. Para que no vinieran a los centros sanitarios. ¡Ahí sí metería yo el copago... drogadictos y alcohólicos! (Francisco, enfermero, 45 años).

Algunos profesionales te dicen abiertamente sus pensamientos negativos acerca de la atención a estos jóvenes, justificando que no es necesario ninguna medida sanitaria especial para recuperarse tras una borrachera.

¡Claro... que está borracho, pues como antiguamente!... ¡Que está borracho y dando la lata!... ¡Vete y déjalo en medio de un monte de la Alfaguara y que se venga andando para Granada y verás cómo se le pasa la borrachera!. Eso es lo que hacían antiguamente, los cogían, los metían en el coche, los dejaban en el camino de Alfacar y les decían ¡venga para «Graná» andando y llegaban todos «espercojaos» y sin ganas de beber (Tomás, médico, 48 años).

Francisco y Concha insisten en que la borrachera no es una enfermedad que requiera una cura, sino que necesita tiempo y dormir, y eso lo deberían de hacer en su casa en vez del hospital. Así nos lo cuentan en la entrevista:

Es un tipo de enfermo que te revienta un poco las narices, que te cae mal, porque dices este borracho a su casa a dormir... ¡esto no se cura, esto se pasa! (Francisco, enfermero, 45 años).

Sí es cierto que muchas veces es una situación que te desagrade verlos... porque siempre decimos... bueno, debería dormir la mona en su casa, no debería dar... (Concha, médica, 39 años).

Concha nos cuenta en su experiencia profesional que hay algunos chicos y chicas mal educados y exigentes. Nos lo explica de este modo:

Algunos de ellos sí tienen vergüenza y les da vergüenza haber venido aquí. Pero hay chulos que están aquí 6-8 horas y despertarse y que tú tengas la obligación de atenderlos... (Concha, médica, 39 años).

Algunos facultativos consideran que estos pacientes deberían tener un circuito diferente al del resto de pacientes para no molestar a los graves. Guillermo considera que estos pacientes que se agitan, a menudo y crean alboroto no deberían ser atendidos cerca de los demás pacientes. Nos lo cuenta de este modo:

Los pacientes conflictivos (violentos, psiquiátricos, intoxicación con agitación) deberían seguir un circuito diferente dentro de Urgencias para que no distorsionar de forma importante el funcionamiento normal (Guillermo, médico, 55 años).

En ocasiones, hay casos de agresividad difícil de tratar pero suelen tener mezcla de alcohol y otras sustancias y los profesionales de Urgencias, por su experiencia dilatada, saben diferenciarlos. Francisco lo aclara en su entrevista de esta manera:

Sí, sí,... pero generalmente los que aquí hemos tenido han tomado de todo... después salían los tóxicos que habían consumido cocaína... de todo de todo, como el día que al Carlos le rompió el tobillo el que saltó el mostrador... Estos son los que descontrolan, crean problemas porque vienen muy violentos... con los papeles perdidos, no rigiendo bien la cabeza, van a su bola y no atienden a nada y entonces.... Sí causan problemas, porque algunos si vienen de pie y agresivos y otros que no se tienen en pie y no hay dónde cogerlos (Francisco, enfermero, 45 años).

En ocasiones, se presentan algunas situaciones difíciles de manejar y los profesionales no tienen formación para atender a estos pacientes, lo que deriva en situaciones de nerviosismo y agresividad verbal como mecanismos de contención a falta de otros argumentos. Es el caso de Marcos, enfermero, que tras lidiar durante horas con un joven borracho terminó perdiendo el control y nos lo relata así en la entrevista:

Me estuvo dando por culo toda la noche, se levantaba continuamente de la camilla. La sacaba de las ruedas, la ponía en el suelo, le tuve que regañar todo el tiempo y ordenarle que se volviera a tumbar en incontables ocasiones. Llegó incluso una de las veces a tirarme un carrito de ruedas golpeándome la espinilla y me hizo daño. Ya me cabreeé y llamé a seguridad para que lo redujeran... ¡un niñato!. Al final me tuve que

poner serio y decirle que le iba a dar dos hostias si no se quedaba quieto en la camilla. A esta gente hay que pararle los pies... era un chorizo y estaba borracho... Ya me puse serio y le dije: ¡o te estás quieto o te meto dos hostias! ¡Yo no puedo con estos pacientes! (Marcos, enfermero, 32 años).

En muchas ocasiones se portan bien, esperan pacientes a que les des el alta y te dan las gracias cuando se van. Muchos de ellos se van avergonzados y te piden disculpas. Muchos de los profesionales sanitarios comprenden la situación de los chicos y chicas y justifican sus actos con actitud paternalista. Es el caso de Marcos que nos lo comenta de este modo:

Algunas veces se ponen agresivos, pero la mayoría no, normalmente es porque no quieren estar aquí, se despiertan desorientados, se quieren ir a su casa. Están solos, les da miedo (Marcos, enfermero, 33 años).

Concha, médica de Urgencias, considera que si los atendemos, nosotros mismos como institución sanitaria, estamos favoreciendo y estableciendo un nuevo itinerario asistencial. Se expresa en estos términos:

El que no vengan aquí no nos indica que hayan disminuido el número de borracheras y además existen otros Servicios de Urgencias además del nuestro, pero me consta que otros Servicios de Urgencias no los tienen 8 horas como nosotros. Es como que tú favoreces el que vengan. Es como la típica discusión de si legalizamos las drogas sería peor o mejor, pues no se sabe si favorece... que se institucionalice la borrachera y que sea preciso tratarla aquí va a mejorar o va a empeorar la atención de estos niños (Concha, médica, 39 años).

6.4. El impacto de las intoxicaciones etílicas agudas en la práctica asistencial

Este apartado aborda la percepción de los profesionales sobre el impacto clínico que ejerce este volumen de pacientes en su práctica asistencial. En los relatos de los profesionales se observa diferencias importantes en su percepción del impacto que este grupo de pacientes ocasiona en nuestro Servicio.

Para ambos estamentos clínicos, tanto enfermeros como médicos, la impresión es que cada vez vemos más jóvenes. Sin embargo, en la evolución temporal presentada en el capítulo anterior sobre los registros de las intoxicaciones etílicas en Urgencias del HUVN, hemos observado que ha ido descendiendo en los últimos cuatro años.

Como ya hemos apuntado, la mayoría de los profesionales, sobre todo facultativos, creen que es ínfima la incidencia de los jóvenes que acceden al SUH por causa de IEA en relación con el resto de patologías atendidas. Sin embargo, la percepción de los enfermeros es que hay muchas asistencias.

Para Guillermo y Miguel, ambos médicos de Urgencias y expertos en drogas, la incidencia de los jóvenes que acceden al SUH por IEA, ni en términos absolutos ni en comparación con el global atendido, es significativa.

En la mayoría de las estadísticas supone una incidencia inferior al 0,5% del total de las urgencias atendidas. (Guillermo, médico, 55 años, experto en drogas).

El que los jóvenes que beben en exceso acudan al SUH no representa un porcentaje significativo del total de la población que abusa del alcohol, más aún si se compara con pacientes que acuden por otras patologías, siendo el porcentaje de estos mayor al de aquellos. (Miguel, médico, 48 años, experto en drogas).

Para Luis y José, médicos responsables de diversas áreas de gestión del Servicio de Urgencias y por tanto conocedores del impacto estadístico real que representan este tipo de pacientes, no es importante la repercusión de este proceso en Urgencias:

No es importante la repercusión de este tipo de pacientes en el SUH en cuanto a número, ni asistencia, excepto algunos días a la semana, jueves o viernes. Pero son pacientes de resolución fácil que no suelen estar más de 4-5 horas en el Servicio (Luis, médico, 46 años).

Por los datos que tenemos no es una patología prevalente. Es previsible en los fines de semana y la gran mayoría no reviste gravedad. La incidencia en nuestro Servicio es de 0.1%-0.2% anual (José, médico, 58 años).

En el caso de enfermeras y enfermeros, la percepción es bien distinta. La opinión mayoritaria entre las personas entrevistadas es que se atiende cada vez más jóvenes, sobre todo en fines de semana, sobresaturando el SUH y realizando un gasto innecesario, como expresa el enfermero Francisco en su entrevista:

Claro que sí, por supuesto, no solo por la atención además de este tipo de pacientes, puesto que ya estamos sobresaturados en un momento de puente y fiesta que acuden más, sino por el acto que conlleva a nivel de gasto sanitario. No sé si es mucho o poco, digamos que numerosos casos, no sé si estadísticamente es mucho o poco porque no tengo el dato, pero mi percepción es que sí (Francisco, enfermero, 42 años).

Del mismo modo Alicia, Francisco y Marisol, enfermeras y enfermeros, expresan en sus entrevistas que ellos perciben que hay mucha incidencia, refieren incluso que más que en años anteriores y sobre todo en fin de semana.

Mucha incidencia,... coincide con final de exámenes, fiestas locales, fines de semana... durante el resto de la semana hay mucho menos consumo de alcohol, pero los jueves, viernes y sábados hay mucho consumo de alcohol que se relaciona con el fin de las clases y del trabajo (Alicia, enfermera, 50 años).

Hombre, vienen mayoritariamente los fines de semana, pero últimamente vienen cada vez más jóvenes y durante los días de la semana. Ahora ya empiezan los fines de semana antes, los jueves dentro de nada vienen ya los miércoles... Dentro de nada le dan la vuelta a la semana directamente (Francisco, enfermero, 42 años).

Siempre han venido a los SUH, no es nada nuevo, sí es cierto que cada vez vienen más jovencitos, antes más mayores, alcohólicos típicos pero siempre han venido. Incluso jóvenes, lo que creo que ahora beben más. Pero siempre hemos tenido, aunque ahora considero que ha aumentado (Marisol, enfermera, 35 años).

En lo que todos los profesionales sanitarios de ambos estamentos coinciden es que no existe relación proporcional entre los que acceden a los Servicios y el global de jóvenes que se emborracha. Estos chicos y chicas necesitarían nuestros servicios pero deciden no venir. Siendo los que se emborrachan muchos más que los que acceden.

Mi percepción es que hace unos años parece que venían más y ahora me parece que vienen menos. Están las cosas más tranquilas. Pero yo creo que eso no significa nada, mi experiencia con mis hijas, como tú con las tuyas, es que siguen yendo de botellón, siguen utilizando los espacios. No creo que sea que beben menos sino que vienen menos aquí (Ramón, enfermero, 46 años).

Creo que lo que vemos es solo la punta del iceberg. Es anecdótico el uso que hacen los jóvenes de los SUH (Luis, médico, 46 años).

Para Nacho, el porcentaje de los jóvenes que acceden es ínfimo en relación al porcentaje de jóvenes que beben y realizan consumos intensivos.

Yo creo que vienen pocos para la cantidad de gente que sale y la cantidad de alcohol que beben. Si se juntan en una noche una media de 300 y a lo mejor, qué pueden venir ¿tres? ¿cuatro? ¿cinco? No lo sé. A nivel de porcentaje no es muy elevado. Claro que también pueden ir a los Servicios de Urgencias de los CS, la Cruz Roja, protección civil, entonces a lo mejor van con todo un 10% como mucho (Nacho, medico-residente, 24 años).

6.5. Valoración de la práctica asistencial

A lo largo del trabajo de campo los profesionales sanitarios fueron consultados sobre la atención que se debería ofrecer en un Servicio de Urgencias hospitalario, reflexionando sobre su propia práctica asistencial.

El tratamiento que reciben los jóvenes con IEA está protocolizado. La reacción a la sobredosis de alcohol no siempre es la misma, depende mucho de cada individuo. Algunos vienen muy sedados y otros sin embargo vienen con mucha agitación e incluso agresividad, que nos obliga a tomar medidas de contención físicas. A menudo, se sospecha del consumo de otras sustancias, de manera concomitante al consumo de alcohol, lo que exacerba los síntomas y no permite el diagnóstico certero. En

numerosas ocasiones el personal sanitario se ve obligado a realizar otros análisis toxicológicos para determinar el consumo de otras sustancias que requiriera un antídoto específico.

En el impreso de alta que se entrega al paciente, suelo leer «Abstenerse de beber bebidas alcohólicas» como única recomendación tras el proceso, lo que es un absurdo. La mayoría de los profesionales aduce que la saturación y sobrecarga laboral impide una actuación con más detenimiento y enfoque en prevención sobre la salud.

Algunos de los profesionales, sobre todo profesionales de la enfermería que entienden la prevención de riesgos como parte de su rol profesional, expresan la necesidad de formación específica en temas de adicciones.

En relación a la opinión profesional sobre el tratamiento que se ofrece en Urgencias, los médicos y médicas responden en su mayoría que es el adecuado y el que está «protocolizado» (en los libros), y que en un Servicio de Urgencias no se puede hacer más. Generalmente los facultativos suelen centrarse en el aspecto biomédico, y los demás aspectos serían un plus adicional y voluntario. En general añaden que se podría hacer más a nivel preventivo o informativo, pero están más satisfechos en general que los profesionales de enfermería.

Algunos opinan que ha habido un cambio en la atención de las IEA en Urgencias con respecto a épocas anteriores dirigido a vigilar efectos adversos del consumo. No obstante, reconocen que a nivel preventivo no se realiza ninguna actuación, pero puntualizan que tampoco se realiza en otras patologías. Esta actitud obedece a la visión generalizada o ampliamente asumida por la mayoría de profesionales sanitarios, donde la parcela de promoción de la salud es responsabilidad de AP. Concha, médica de Urgencias, lo explica de esta forma:

A nivel médico sí, no podemos hacer ninguna otra cosa más, otra cosa es que a nivel prevención no estemos haciendo absolutamente nada, pero con las otras patologías tampoco mucho. A nivel médico, vigilarlos más o menos, esto es nuevo, antes no se hacía... simplemente «dormirla», como se dice vulgarmente toda la vida, una borrachera... (Concha, médica, 39 años).

Miguel, médico de Urgencias afirma dialogar con ellos, y derivarlo a su MAP, pero la realidad es que todo se queda en formato papel, puesto que saben que no van a acudir. Digamos que es una manera de cubrir expediente.

Se atienden en cierto modo, como se exige desde un SUH, ya que en todo momento se derivan al centro de salud para su seguimiento por médico de familia y se dialoga con ellos conforme experimentan mejoría. Nosotros hacemos nuestro informe y lo mandamos (metafóricamente) al médico de cabecera. Parte del trabajo está hecho como Servicio de Urgencias (Miguel, médico, 40 años).

Rosa y José, por su parte, consideran que la actuación realizada por los profesionales sanitarios es la correcta puesto que se les atiende como a cualquier otro paciente y nos lo explican de este modo:

Suelen ser atendidos bien, se pasan por el filtro, se les evalúa, por regla general se les atiende de forma temprana, no suelen tardar más de 20 minutos en atenderlos, yo creo que como está estructurado el Servicio es lo correcto (Rosa, médica, 28 años).

Sí, considero que estamos dando una atención adecuada en lo que respecta a la atención urgente. Hay que mejorar la atención social (José, médico, 58 años).

Para Nacho y Nicolás, médicos, los tratamientos están obsoletos y deberían de revisarse.

Yo creo que no estamos tratando las IEA de forma efectiva. Aplicamos el protocolo por inercia, más que porque tenga una base fisiopatológica comprobada (Nacho, médico-residente, 24 años).

El protocolo típico de medicación a mí me parece que lo hemos cambiado poco, llevamos mucho tiempo haciendo lo mismo. No tengo claro que lo estemos haciendo bien (Nicolás, médico, 57 años).

Parece que los profesionales de enfermería tienen una visión más generalizada, integral y menos biomédica que los profesionales de la medicina. Algunos profesionales enfermeros expresan su inconformidad con el tratamiento recibido por los jóvenes. Ramón lo expresa de este modo:

Lo que hacemos aquí no es darle una atención integral al paciente porque no hay una estrategia global al paciente, la estrategia global es que viene, se le acuesta en una camilla, se le hace que duerma la mona, se le hacen tres gases venosos, se le pone glucosa y vitamina que parece que no sirve para nada, y se le echa a su casa después y ya está. Hasta la próxima, esa es la estrategia global. No lo estamos haciendo bien... os dejamos dormir (Ramón, enfermero, 46 años).

Alicia, enfermera, piensa que no deberían compartir circuito con los pacientes graves para que los chicos y chicas no se sientan mal por la banalidad de su proceso al compararse con otros pacientes. Mientras que Alfonso considera que nos quedamos a medio camino en la asistencia a los chicos y chicas que presentan una IEA.

Este tipo de pacientes no deberían estar mezclados dentro de las Urgencias con otro tipo de pacientes con patologías graves porque este tipo de pacientes no tiene patología grave *in situ* sino que simplemente han bebido. Porque ellos se pueden sentir mal, porque solo han bebido (Alicia, enfermera, 50 años).

Creo que nos quedamos a mitad de camino. No estamos realizando una asistencia efectiva 100%, no creo (Alfonso, médico, 37 años).

Alicia, enfermera, considera que no basta con enviarlo (metafóricamente) al MAP sino que habría que asegurarse que el médico de atención primaria tiene conocimiento del proceso ocurrido con la persona joven atendida en el SUH porque es consumidor abusivo.

Debería de existir un protocolo en SUH de cómo orientarlos, poniéndolo en contacto con su MAP y explicándoles que tienen un problema, porque la realidad es que muchos de ellos no creen que tengan un problema de abuso de alcohol. Porque beber una copa es normal pero beber 7 u 8 copas y 20 chupitos y 3 cervezas no es beber lo normal (Alicia, enfermera, 50 años).

Marisol, enfermera, considera que habría que realizar una intervención mínima en nuestro Servicio y asegurarse que posteriormente se le realice una evaluación en AP.

Tenemos que atenderlo cuando llega como paciente urgente, y cuando se va, hacerle una intervención mínima. Al final del proceso habría que realizarle una intervención

pero después habría que realizarle una evaluación posterior. Para ello debemos establecer algún mecanismo de relación con AP (Marisol, enfermera, 35 años).

Algunos médicos, como Nicolás, tienen la sensación de que no están ofreciendo una atención completa a los jóvenes con IEA, limitándose exclusivamente a la labor biomédica.

No, yo creo en Urgencias los médicos pecamos de hacer un enfoque demasiado recortado en el episodio de las IEA, diciendo... tú entras intoxicado y yo te pongo en condiciones de que andes por tu propio pie y nos limitamos a eso y a lo mejor algún consejo paternalista, venga no te pases tanto... Yo creo que nos quedamos muy cortos (Nicolás, médico, 56 años).

6.6. Los Servicios de Urgencias hospitalarios como espacios de intervención

Este tema es el que más debate ha creado entre los profesionales sanitarios. La mayoría creen que no es el lugar idóneo para realizar una intervención en salud, aunque entienden que no van a ir a otro sitio a recibirla. Por otro lado, reconocen que las políticas públicas de prevención no están funcionando como debieran, por tanto sienten la responsabilidad de tomar parte en esta área como profesionales sanitarios.

Algunos argumentan que el Servicio de Urgencias hospitalario no es el lugar adecuado para realizar ningún tipo de intervención reglada.

Otros médicos se centraron en la importancia de la implicación de las familias en la prevención y control del consumo de alcohol. Así lo explican Miguel y Tomás en el transcurso de sus respectivas entrevistas:

No obstante, queda labor por hacer en la que es importante la implicación de la familia. Y esta no suele acudir con el joven cuando llega a la SUH sino con amigos (Miguel, médico, 40 años).

Algunos profesionales sanitarios de Urgencias consideran que el día de la intoxicación no es el día adecuado, porque no están receptivos para enterarse, ni consideran el

SUH el lugar adecuado para realizar una intervención reglada. Se expresan del siguiente modo:

Yo creo que esa labor habría que hacerla en medios de comunicación o en AP y no el día que lo han hecho (Francisco, enfermero, 45 años).

¿Intervención en Urgencias? No creo que sea el sitio adecuado (Tony, médico, 48 años).

Sí es verdad que se debería hacer algo pero... yo dudo mucho... ni ellos están receptivos, ni la familia ni la gente que viene con ellos tampoco (Concha, médica, 39 años).

Nacho, médico-residente de Urgencias, considera que es necesario hacer intervención solo en casos de acontecimientos graves y no en casos leves de borracheras. Nos lo cuenta de este modo:

Yo creo que intervención se debe de hacer en casos graves de accidentes de tráfico, traumas graves. Lo que pasa es que un joven de 14 años que se ha emborrachado una vez tampoco hay que meterle... y más si están los padres, está asustado (Nacho, médico-residente, 24 años).

Habitualmente, el motivo más utilizado por el que no se debe intervenir en Urgencias es la saturación. Algunos aluden a la falta de tiempo para realizar una intervención, aunque apuntan poder darles algún comentario. Así nos lo explican:

Debido a la dinámica que se sigue en Urgencias (sobrecarga asistencial, rapidez en la atención, etc.) es muy difícil llevar a cabo medidas de educación sanitaria (Guillermo, médico, 55 años).

Es que en un SUH no puedes hacer educación sanitaria. Es en consulta externa y no tienes tiempo (Nacho, medico- residente, 24 años).

No te da tiempo para hablar con ellos. Puedes hacerle un comentario pero no puedes profundizar en el tema con ellos (Francisco, enfermero, 45 años).

Concha, médica, considera que los chicos atendidos no quieren recibir consejos sino solo atención médica. De su discurso se podría intuir la idea de que los jóvenes no quieren sermones ni que se inmiscuyan en su vida. Por otro lado, emerge la idea de que la responsabilidad del médico debe limitarse exclusivamente a lo biomédico. Así nos lo explica:

Es como cuando le decimos a un paciente, no fume y te dice que ha pagado toda su vida a la seguridad social y para eso está para que me cure, yo creo que casi, casi, es la visión que podría tener de nosotros si les decimos que no beban (Concha, médica, 39 años).

Por otro lado, algunos profesionales ni se plantean el debate y se niegan a hacer cualquier tipo de intervención, puesto que creen que no es su responsabilidad.

En la entrevista de Tomás, aparece el término «enfermo de verdad», para describir un tipo de paciente que presenta patologías graves. En definitiva, se deduce que identifica su trabajo como médico de Urgencias a resolver otro tipo de problemas, distintos de resolver una borrachera. Así es como nos lo comenta:

Yo no soy quien tiene que hacerlo. Yo no soy quien tiene que dar este tipo de información, bastante trabajo tengo yo con tratar los que están enfermos de verdad como para tener que estar... [...] Hay el mínimo de plantilla. Está infradotado. No..., yo estoy muy quemado de la sociedad... No sé, no creo yo que el Servicio de Urgencias sea el sitio adecuado donde tengas que hacer este tipo de intervención (Tomás, médico, 48 años).

En estos mismo términos se expresa Concha, médica del Servicio de Urgencias.

No creo que tengamos mucha influencia en que el enfermo deje de beber por muy joven que sea. Yo no hago ningún tipo de intervención, están resacosos, están malos, yo no creo que yo les tenga que dar nada (Concha, médica, 39 años).

Algunos de los expertos en drogas consideran que la intervención dirigida a los jóvenes que beben en exceso es cometido de los servicios sanitarios en su globalidad, así como de otros estamentos no sanitarios y no especialmente de los Servicios de Urgencias.

El tratamiento integral de la juventud que bebe en exceso es una labor a desarrollar desde el ámbito educativo, familia, servicios sanitarios en su globalidad (Miguel, médico, 40 años).

La reflexión de Nacho, médico-residente es importante, porque habitualmente no se tiene en cuenta que el proceso de salud quede registrado en el historial médico del paciente, y este hecho puede ser perjudicial para la persona en el futuro. Nos lo comenta de la siguiente forma:

Derivar a un joven al CPD porque haya bebido un día lo considero excesivo porque ya se considera abusador de tóxicos y queda para siempre reflejado en tu historia clínica y no es justo por un fallo. Te cuelgan el San Benito y no hay quien te lo quite (Nacho, médico-residente, 24 años).

En estos mismos términos se expresa Nicolás:

Yo no creo que derivarlos al centro provincial de drogodependencias no es sitio para mandar a un chico que ha presentado una IEA aislada y que tenga que estar allí con otros jóvenes que sí tienen otro tipo de dependencias más complejas. Posiblemente no es el sitio adecuado (Nicolás, médico, 57 años).

Para Ramón, enfermero, como la mayoría de profesionales apunta a AP como lugar de referencia para la intervención, sin embargo considera que el SUH es un espacio más donde los jóvenes acuden y hay que aprovechar el momento para intervenir también.

Yo creo que es un lugar más donde intervenir, donde ellos van acudir por la accesibilidad del SUH las 24h al día y sobre todo en las horas que ellos beben en la tarde-noche cuando otros servicios no están abiertos. Pero también van a los SU de AP (Ramón, enfermero, 50 años).

Miguel señala que si nos vemos en la tesitura de tener que atender a los jóvenes con IEA en los Servicios de Urgencias, es evidente que los estamentos responsables de la prevención han fallado. Nos lo comenta de esta forma:

Es evidente que cuando un joven llega a el SUH con una IEA es porque en la cadena e instituciones que pueden actuar han fracasado tanto en la prevención primaria como la secundaria (Miguel, médico, 40 años).

Jesús, enfermero, apunta un hecho importante puesto que desde la salud se ha problematizado el consumo juvenil y los ministerios alertan sobre el problema, y además se han creado observatorios y plataformas oficiales para lanzar datos objetivables del mismo, que hacen ruido y crean alarma social, pero que a efectos prácticos sigue existiendo un vacío asistencial y de promoción de la salud, antes de llegar a la adicción propiamente dicha. En ocasiones nos encontramos con chicos y chicas reincidentes que intuyes que tienen problemas y no sabes dónde remitirlo. Así nos lo cuenta Francisco:

El lugar adecuado sería... Si existiera un lugar ideal... debería de ser un centro donde hubiera un psicólogo, un psiquiatra o alguien especialista en «patologías de la cabeza», que es lo que yo digo, pero que luego le pudieran hacer un seguimiento, ir a los colegios. Mira... por qué has hecho esto... y controlar si es esporádico o si bebe más... pero, por desgracia, no existe este tipo de centros. Ya tiene que ser lo que todos conocemos Proyecto Hombre... pero ya tiene que ser alcohólicos crónicos (Francisco, enfermero, 50 años).

Es paradójico que aunque gran parte de los profesionales han argumentado acerca de por qué no se debe realizar intervención en el Servicio de Urgencias todos han aportado ideas plausibles de llevar a cabo este tipo de intervención en nuestro contexto.

Generalmente expresan un tipo de intervención paternalista, relacionada con lo vocacional, dirigida más a asustarlos, sin un protocolo establecido, hecho que obedece a la poca formación al respecto que tiene el personal sanitario formado en atención especializada, no así los formados en Atención Primaria. Son muchas las ideas que los profesionales aportan en este sentido.

Tabla 37. Relación de propuestas de intervención por los profesionales.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN POR LOS PROFESIONALES	
Una intervención integrada y amplia con un enfoque comunitario	Cambio asistencial no centrado exclusivamente en lo biomédico, adoptando una perspectiva comunitaria: familia, colegios, instituciones sanitarias, incluida Urgencias
Desarrollo de un protocolo de actuación	Necesidad de protocolizar actuación, realizando una intervención mínima o breve
Realización y difusión folletos informativos	Creación de folletos informativos, informando también de otros riesgos asociados al consumo de alcohol
Coordinación interniveles con otros puntos del Sistema Sanitario	a. Detección y alerta de consumos problemáticos (casos reincidentes) b. Coordinación/derivación a AP u otros servicios especializados
Creación de un Plan Estratégico	Realización formal de las estrategias a seguir en los casos de IEA desde Urgencias
Creación de un informe de alta específico	Actualización de recomendaciones al alta para las IEA
Realización de test de alcoholemia en sangre	Necesidad de conocer exactamente el grado de intoxicación para determinar la gravedad de la misma
Posibilidad de valoración por especialistas de salud mental en el SUH	Asegurarse la atención especializada en Urgencias de los casos que lo necesiten
Habilitación de un circuito asistencial diferenciado al resto de pacientes	Habilitación de circuito específico distinto al de los demás pacientes

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas de los profesionales.

A continuación desarrollamos ampliamente las reflexiones más importantes que realizan los profesionales sanitarios de Urgencias en relación con las intervenciones que podrían llevarse a cabo en nuestro contexto para mejorar la atención asistencial de la que se beneficiarían los jóvenes que acceden al SUHVN.

6.6.1. Una intervención integrada y amplia con un enfoque comunitario

El debate de intervenir en los jóvenes con IEA pone de manifiesto el vacío asistencial existente en los Servicios de Urgencias en el problema de las adicciones en general. No se ha tenido en cuenta los Servicios de Urgencias como lugares de intervención, en el tema de la prevención de las adicciones. Concha lo expresa de este modo en su entrevista:

Sin embargo, se debería incidir a todos los niveles, en principio en su casa, en la escuela, y bueno por qué no también aquí. Estaría bien, pero también vienen otros jóvenes con consumo de drogas y no se nos ocurre darles ningún tipo de intervención (Concha, médica, 39 años).

Otros profesionales consideran que es necesario utilizar todos los medios a nuestro alcance para concienciar a los jóvenes de los peligros del uso de sustancias.

El mejor programa para este tipo de casos es concienciación y no cansarse nunca. En los hospitales, en los centros educativos, en los colegios, en los CS, en la televisión. Hay mil medios para hacerles llegar la información y no solo de los peligros del alcohol sino del tabaco, drogas y otros fármacos (Alfonso, médico, 37 años).

Los profesionales sanitarios de Urgencias consideran que es posible y están capacitados para dar un giro asistencial desde una atención centrada exclusivamente en lo biomédico hacia una atención centrada en la prevención y promoción de la salud en el abordaje de las IEA. Francisco y Ramón, enfermeros, nos lo comentan de este modo:

Se nos olvida que estamos capacitados para atender al paciente de forma integral y estamos en SUH muy limitados a la parte técnica. Se podría comenzar a otro tipo de abordaje (Francisco, enfermero, 42 años).

Pienso que enfermería tiene capacidad para abordar este tema en principio sin necesidad de otros profesionales. Nosotros tenemos una cualificación para abordar el tema de la promoción de la salud. Y no sería tan difícil de llevar a cabo una intervención reglada (Ramón, enfermero, 46 años).

6.6.2. Desarrollo de un protocolo de actuación

Los profesionales de enfermería son conscientes de la necesidad de protocolizar la atención de manera que todos seamos capaces de dar una atención profesional y reglada. En este aspecto todos están a favor de una iniciativa en este sentido. Marcos y Francisco nos lo expresan en sus entrevistas:

Deberíamos protocolizar los cuidados dirigidos a este tipo de pacientes, aunque a ellos les interese poco. Se podría dar algún tipo de información para que sepan las consecuencias e información de consumo moderado (Marcos, enfermero, 32 años).

Muchas veces la demanda del Servicio no te permite que le puedas dedicar más tiempo a este aspecto, pero desde luego en algún sitio se debería empezar. Es cuestión de poner algún protocolo en marcha (Francisco, enfermero, 42 años).

Luis, médico de Urgencias, no considera la necesidad de atender de manera protocolizada a los jóvenes con intoxicaciones etílicas y piensa que una intervención consiste en darle una regañina o una moraleja a los chicos y chicas. Pensamos que esta ceguera asistencial hacia los aspectos más socioculturales, e incluso a los asistenciales pero dirigidos a aspectos preventivos, es secundaria a la carencia de formación en medicina de estas disciplinas y especialmente en medicina de Urgencias centrada en la inmediatez vital de los procesos asistenciales.

Yo de los que veo no se va ninguno sin un rapapolvos aunque no es lo más adecuado... pero tenemos la edad de sus padres probablemente... [...] Por lo menos cuando yo los atiendo intento dar una moraleja, ¿no? Quiero decir, eso no se puede generalizar, lo que no les vas a hacer es un psicoanálisis; pero consejos para el futuro, creo que lo hacemos todos. Pero que no está protocolizado (Luis, médico, 47 años).

Ramón y Nicolás, ambos con formación dilatada en AP, tienen claro que se podría realizar una intervención mínima o breve y cómo desarrollarla. Ramón, siendo consciente del problema de la derivación a los centros de salud de los jóvenes atendidos en Urgencias, por el salto asistencial que aún no han podido solucionar los

gestores sanitarios, entre AP y especializada apunta algunas soluciones a este problema en su entrevista:

Yo creo que deberíamos empezar aquí con una intervención mínima clínica y de formación en Urgencias y después garantizarse en otros niveles a aquellos jóvenes que hayan sido atendidos en varias ocasiones e incluso involucrar a la secretaría del Servicio que se encargue de avisar a sus CS (Ramón, enfermero, 50 años).

Yo creo que una intervención breve y dar algún documento escrito, darle una hoja impresa no más, con los consejos y con algunas recomendaciones. Es un mínimo que sí deberíamos de dar (Nicolás, médico, 57 años).

6.6.3. Realización y difusión de folletos informativos

Muchos de los profesionales apuntan la idea de un folleto informativo como herramienta ideal para iniciar una posible intervención en Urgencias.

Alicia, enfermera de Urgencias, expone que no basta con entregarles un folleto explicativo, sino que deberían de existir lugares atractivos, donde los jóvenes acudieran y se les ofrecieran charlas dirigidas específicamente a sus necesidades. Nos lo explica de este modo:

Podríamos repartir algún folleto acerca del consumo que dijera qué peligros tiene el alcohol, qué consecuencias a largo plazo, a qué sitio se podrían dirigir después de estar en el SUH. Pero luego, fuera del hospital, debería de haber lugares donde se les dieran charlas explicativas, donde ellos acudieran (Alicia, enfermera, 50 años).

Un folleto tendríamos que hacer y cuando estamos en la sala de camillas y se van se lo podíamos dar (Carmen, enfermera, 50 años).

Nacho tiene sus dudas acerca de la idea de un folleto porque piensa que los jóvenes no están interesados en él y la mayoría lo van a tirar. No obstante aporta ideas sugerentes de cómo debería de realizarse para que fuera más atractivo a los jóvenes. Estas son sus ideas expresadas en la entrevista:

Quizás sí podíamos hacer un tipo de panfletillo para dárselo, e informar de posibles riesgos. ¡Aunque la mayoría lo van a tirar!. Por ejemplo, el alcohol se relaciona con... la gente que se mata en moto... usar un lenguaje adaptado que les impacte; algo que refleje su realidad, las motos, los embarazos por las chicas todas estas historias; tampoco meterles miedo, pero sí hacerles ver que a veces una borrachera puede tener sus riesgos (Nacho, médico-residente, 24 años).

Algunos profesionales añaden que hay que centrar la intervención en otras conductas de riesgo que, asociadas al consumo de alcohol, son determinantes en la morbimortalidad de los jóvenes en un futuro a corto-medio plazo. Nos lo explican en las entrevistas de esta manera:

Explicarle que hay otras maneras de divertirse que soplando y explicarles todo lo que esta conducta les puede acarrear de pérdidas de neuronas por un tubo... Hígado... las patologías que algún día pueden llevar asociadas, que no cojan el coche porque todo esto son todas las cosas que pueden acarrear... accidentes de tráfico, violencia, peleas, porque ya no solo es la borrachera, es una puñalada, un puñetazo... traumatología, accidentes de moto, de coche... (Jesús, enfermero, 45 años).

El tipo ideal de intervención sería entregarle un folleto explicativo de las consecuencias negativas de consumir alcohol, además de accidentes y secuelas (José, médico, 50 años).

6.6.4. Coordinación interniveles con otros puntos del Sistema Sanitario

La necesidad de una coordinación interniveles entre atención especializada y Atención Primaria viene a ser el punto álgido del problema. Todos perciben que se quedan a medio camino del abordaje asistencial de los jóvenes con IEA de manera aceptable. Les preocupan sobre todo los reincidentes que tras su atención en Urgencias se les escapan de las manos e intentan aportar ideas que resuelvan el problema.

Para Carmen y Ramón, una solución sería un informe de continuidad de cuidados o un contacto telefónico con el CS en el que se encuentre adscrito el chico o la chica.

Debería de existir un informe de continuidad de cuidados o un simple teléfono al que podamos llamar para informar de este niño... o este adolescente ha llegado aquí en

estas condiciones, a ver si de alguna manera se puede captar y ayudarlo (Carmen, enfermera, 48 años).

Es que no hay una coordinación entre AP y especializada, pero no en esta patología sino en todas. Pero en el caso de un crío que viene en los últimos cuatro meses... tres veces, pues ya derivar a su CS y decir... mira que este muchacho... está teniendo... ya ha cogido tres cogorzas, a ver si podéis... hacerle hincapié de que ese no es el camino (Ramón, enfermero, 45 años).

Para Alfonso debería de existir un programa de apoyo que involucrara no solo a los jóvenes sino a sus padres y su CS.

Deberíamos crear un mecanismo que coordinara SUH con AP y los familiares y algún programa de apoyo. Porque este tipo de personas no son conscientes. En el alcohol, hasta que no estás ya muy, muy, afectado tú no eres consciente de que tienes un problema serio (Alfonso, médico, 37 años).

Nicolás, conocedor de los programas de formación en los centros escolares, apunta hacia esta opción para los chicos y chicas reincidentes. Para este profesional deberíamos ser capaces de asegurarnos el contacto con su MAP, quien debería de introducirlo en dichos programas. Así nos lo explica:

Lo que sí tendremos que actuar sobre los chicos que vienen reiteradamente, con intoxicaciones severas, ya en repetidas ocasiones. Deberíamos ser capaces de que se nos encendiera la alarma y deberíamos hacer algo, que no sé exactamente cómo, probablemente recomendarle que acuda al MAP y lo ponga en contacto con los programas de formación joven en los centros escolares (Nicolás, médico, 56 años).

Ramón, enfermero que ha trabajado durante muchos años en AP y conoce ambos espacios sanitarios, piensa que el Servicio de Urgencias es un lugar ideal para detectar casos que necesiten seguimiento por su MAP y los mecanismos de prevención que tienen puestos en marcha en medicina familiar y comunitaria al respecto de consumos problemáticos de sustancias o adicciones. Así nos lo comenta en la entrevista:

Yo creo que el SUH es solo una parte, pero se puede empezar aquí. Y esto debería de llevar emparejado que la enfermera y el médico que lo atiende aquí pudiera dar un

informe de continuidad de cuidados a alguien. Como es en el SUH donde se va a detectar al paciente, es el SUH quien tiene que dar la alerta al punto siguiente en la cadena, en atención primaria (Ramón, enfermero, 50 años).

Todos los profesionales sanitarios están de acuerdo en que urge hacer algo con los jóvenes reincidentes. Alfonso tiene claro que los primeros en enterarse deben de ser los padres, que son los que pueden vigilarlos más de cerca. Así lo explica en la entrevista:

En el caso de tres o más reincidencias, además del informe al médico de AP, debemos informar a sus familiares que son los que mayormente son responsables y los que pueden ejercer el control (Alfonso, médico, 37 años).

6.6.5. Creación de un Plan Estratégico

Algunos profesionales son aún más ambiciosos y apuntan hacia la creación de un plan estratégico dirigido específicamente a trazar las estrategias necesarias para llevar a cabo la atención en tema de adicciones en Urgencias. Ramón, enfermero, lo explica de este modo:

Habría que crear un plan estratégico funcional interniveles donde enfermería tendría que liderar promoción de la salud en espacio escolar y espacios de ocio y consumo (Ramón, enfermero coordinador, 46 años).

6.6.6. Creación de un informe de alta específico

Alfonso, médico de Urgencias, se ha dado cuenta de que para otras patologías existe en la plataforma informática donde crean sus historias clínicas unas plantillas *ad hoc* de recomendaciones al alta. Sin embargo, en el caso de las IEA no están hechas esas plantillas. Este profesional nos comenta en su entrevista lo fácil que sería crear una plantilla específica:

En el informe de alta hay un apartado para recomendaciones. Para otras patologías tenemos plantillas hechas, pero no para las IEA. Podríamos hacerlas y dárselas. Información, información, información (Alfonso, médico, 37 años).

Para algunos profesionales como Guillermo, experto en drogas, es un tema que le ha interesado y suele dar charlas sobre el tema dentro y fuera del Servicio de Urgencias. Sin embargo, no está convencido de la eficacia de una intervención porque considera por experiencia propia que los chicos y chicas no la quieren recibir y lo expresa de esta forma en la entrevista:

Creo que la mayoría de los sanitarios decimos lo típico, sobre todo a los jóvenes: el alcohol no es bueno, etc... aunque por la experiencia que tengo y tal como se mueve la sociedad no vas a conseguir educar al que no quiere educarse (Guillermo, médico, 55 años).

Sin embargo, algunos médicos jóvenes, crecidos y educados en el fenómeno del botellón y el ocio recreativo contemporáneo, no solo no se alarman con el abuso de alcohol de los jóvenes que atienden, si no que se ven identificados en sus conductas. Nacho, nos lo cuenta de esta forma:

Hombre siempre se le dice «tal»... «cual»... nos lo tomamos incluso de manera jocosa,... bueno la próxima vez... ¡tened cuidadito! Bueno yo creo que tampoco, no hay que ser ni tanto ni tan calvo y ¿asustarles? ¡Bueno, por favor! ¿A quién no se le ha ido alguna vez la mano? ¡No hay que ser alarmistas! (Nacho, médico-residente, 24 años).

Alfonso ha tenido experiencias graves con jóvenes con intoxicaciones etílicas y está muy concienciado al respecto de la prevención y el consejo breve en Urgencias.

Yo siempre les digo, hoy has sido afortunado que tienes el Servicio de Urgencias a un paso, hay mucha gente con móvil. Y gente sin más que ve a una persona borracha y le echa una mano, tienes la ambulancia que te puede llegar en dos segundos y te llevan al SUH. Les digo que tienen que tener mucho cuidado. Consejos sí que doy (Alfonso, médico, 37 años).

Rosa ofrece consejos a los chicos y chicas que atiende con IEA y le preocupa que cuando salen del Servicio de Urgencias ya no puedes hacer más, porque saben que sus padres no se van a enterar de lo ocurrido. Nos lo cuenta así en la entrevista:

Siempre le damos el consejo de imagínate que fuera tu amigo y no te das cuenta y le ocurre cualquier cosa... o que has estado a punto de estar en coma... Entonces le

metes ese miedo, pero luego a ti se te va de las manos, porque va a su domicilio y seguramente no le contará nada a sus padres (Rosa, médica, 28 años).

Una aportación diferente es considerada por este médico del Servicio, y consiste en la posibilidad de hacer una alcoholemia [determinación de alcohol en sangre]. De esta manera, sería fácil hacer una distinción entre intoxicaciones agudas o leves. Sin embargo, parece que existen problemas legales al respecto. Nos lo explica de este modo:

Se debería poder hacer una alcoholemia, que no se hace porque tiene implicaciones legales pero esto discriminaría entre IEA graves y no graves. Como no lo sabemos tratamos a todos por igual (Nacho, médico-residente, 24 años).

6.6.7. Posibilidad de valoración por especialistas de salud mental en el SUH

Esta enfermera opina que los jóvenes que han sido atendidos en Urgencias por una intoxicación etílica deben de ser vistos por otros especialistas en el momento de la atención en Urgencias. Es la opinión de Carmen:

Porque este tipo de paciente, una vez que se le haya pasado entre comillas la borrachera, ese enfermo tenían que derivarlo o bien para psicólogo... yo pienso que es de psicólogo. Y una atención integral entra el tratamiento psicológico o al psiquiatra si es que lo necesita (Carmen, enfermera, 50 años).

6.6.8. Habilitación de un circuito asistencial diferenciado al resto de pacientes

Algunos profesionales son de la opinión de que los jóvenes que acudan por borracheras sean derivados a otro circuito diferente de los pacientes graves.

Este tipo de pacientes no deberían estar mezclados dentro de las Urgencias con otro tipo de pacientes con patologías graves. Más bien por ellos, que solo vienen por una intoxicación (Alicia, enfermera, 50 años).

Estos pacientes no deberían estar ni ser atendidos en el mismo circuito que los demás pacientes, sobre todo los agresivos, problemáticos o con problemas de salud mental (Guillermo, médico, 55 años).

Capítulo 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1. Perspectiva epidemiológica de las IEA en el SUH

Nuestra sociedad tiene asumido el consumo de alcohol como parte de nuestra cultura. En este sentido, la experiencia de una borrachera es una experiencia común desde generaciones para los más jóvenes. Esta conducta normalizada se posiciona como un rito de paso a la madurez para los más jóvenes. 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 tiene amigas, amigos y conocidos consumidores. Incluso las propias personas jóvenes no consumidoras tampoco problematizan el consumo (PARKER, 2002).

Algunos autores y autoras que estudian las conductas de riesgo han hecho referencia al hecho de que la mayoría de los comportamientos de riesgo asumidos por las personas jóvenes son transitorios (FRANCE, 2000), y solo un pequeño grupo de los jóvenes practican de manera permanente dichos comportamientos (GRAHAM, 2004). La mayoría de las personas jóvenes entrevistadas en nuestro estudio no muestran una gran implicación en conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol, dado los bajos porcentajes obtenidos en la muestra. Por otro lado, nuestro hospital es uno entre varios donde los jóvenes pueden ser atendidos en nuestra ciudad; por tanto, los datos obtenidos tienen que ser analizados en su contexto. Además, en nuestro hospital no se atiende a los pacientes que presentan accidentes. En este sentido, algunos estudios realizados en hospitales traumatológicos afirman que existe una clara asociación entre consumo de alcohol o drogas y riesgo de accidentes, y que una elevada proporción de pacientes con traumatismos graves con necesidad de ingreso en UCI en edades jóvenes han consumido sustancias alteradoras del comportamiento (DÍAZ-CONTRERAS ET AL., 2008). En un estudio realizado en la ciudad de Granada en el hospital de Traumatología y Rehabilitación, encontraron que el 58% de los menores de 45 años fueron ingresados en UCI con trauma grave y dieron resultados positivos a

algún tóxico: el más frecuente es el cannabis (35%), seguido del alcohol (16%) y cocaína (15%) (FERNÁNDEZ-MONDÉJAR, 2010). Ante esta evidencia creemos necesario llevar a cabo intervenciones en el contexto de las Urgencias para intentar minimizar los daños, puesto que está demostrado que los pacientes traumatizados con resultados positivos a algún tóxico tienen un elevado riesgo de reincidencia y fallecimiento (DISCHINGER ET AL., 2001). En este mismo orden de cosas, en la Unión Europea se estima que se producen 10.000 muertes por lesiones de tráfico relacionadas con el alcohol. El consumo de alcohol también se asocia a un mayor riesgo de ingreso hospitalario y a un mayor consumo de recursos hospitalarios. El 30% de los ingresos hospitalarios en Urgencias está relacionado con el alcohol (PNSD, 2014).

Entre los hallazgos más significativos de nuestra muestra de los datos procedentes del análisis de la revisión de las HC, se encuentra que el porcentaje de chicos que consume alcohol es superior a las chicas. Así mismo, los chicos y chicas pertenecientes al tramo de edad de 18-21 años representan el mayor porcentaje de personas jóvenes atendidas. En los registros del hospital desde el año 2009 hasta el 2015, el porcentaje de chicos atendidos por IEA en el tramo etario de nuestra muestra es, aproximadamente, el doble que el de chicas. Entendemos que estas cifras corresponden a que los jóvenes varones beben más cantidad de alcohol que las chicas y se embriagan más asiduamente, por lo que necesitan atención sanitaria en mayor proporción. Según la encuesta ESTUDES 2015, la mitad de los jóvenes de 14 a 17 años realizan *binge drinking*. Aunque las chicas beban más, en los tramos de edad 14-17 años y realicen *binge drinking* en mayor proporción que los chicos, el porcentaje total de chicas que beben sigue sin embargo siendo menor que el de chicos, dato que justifica nuestras cifras. Del mismo modo, nuestros datos aportan que las chicas consumidoras de alcohol atendidas en Urgencias son algo menores que los varones. Estos datos se relacionan con los datos de las encuestas estatales, donde las chicas más jóvenes son las que mayor cantidad de alcohol consumen (ESTUDES, 2015).

Consideramos que las diferencias que justifican los distintos niveles porcentuales de asistencia por intoxicación etílica entre mujeres y hombres en determinados periodos etarios tienen que ver con los distintos roles que nos toca asumir a mujeres y a hombres. Creemos que los jóvenes, a partir de los 27-29 años tanto chicos como chicas, tienen que buscar trabajo y asumir más responsabilidades, lo que les puede

alejarse del consumo de alcohol abusivo. Sin embargo, las chicas tienen que asumir roles relacionados con las diferencias biológicas ineludibles para las mujeres, como es la maternidad. La edad media de la maternidad en España se sitúa en 31 años (INE, 2015); las mujeres que quieren tener hijos y estabilizar su futuro tienen más prisa por conseguir sus objetivos laborales que los varones, los cuales no tienen esta presión, y es posible que estas abandonen antes el consumo abusivo. En este contexto, algunos autores consideraban que el estilo de vida de los universitarios no consistía exclusivamente en el ocio recreativo, sino que este es temporal y transitorio, frente a otros estilos de vida más permanentes (RODRÍGUEZ Y AULLÓ, 1999).

Por otro lado, en prácticamente todos los grupos sociales y étnicos se encuentran pautas de consumo de bebidas alcohólicas. En nuestros resultados hemos identificado diferentes nacionalidades entre las personas jóvenes atendidas. Las diferencias, en estos grupos, aparecen determinadas por la forma de beber, el tipo de bebida, la permisibilidad o limitación al estado público de embriaguez y a la multifuncionalidad específica (DÍEZ, 2003). Además, los jóvenes que salen de sus países se encuentran con mayores riesgos añadidos porque cambian las drogas que consumen y varían los estándares de salud y seguridad de la vida nocturna (BELLIS Y HUGHES, 2003). En nuestros resultados, el porcentaje mayor de jóvenes extranjeros identificados en las historias clínicas era de origen marroquí, hecho justificado quizás por la proximidad entre nuestros territorios y el mayor número de marroquíes emigrados a Granada que de otras nacionalidades.

En otro orden de cosas, expertos en el tema de la psiquiatría y los trastornos adictivos afirman que existe una asociación entre determinados trastornos psiquiátricos, como el trastorno bipolar y el trastorno del uso de sustancias (las más frecuentes son alcohol, nicotina y cocaína), siendo en términos numéricos el 60,7% de los pacientes los que presentan esta asociación (CASAS ET AL., 2008). En este sentido, nos interesaba saber qué aportaban al respecto los datos de nuestra muestra. Encontramos que el mayor porcentaje de antecedentes clínicos reflejados en las historias tenían que ver con problemas psiquiátricos leves y de ansiedad. Consideramos que nuestros datos solo constituyen un apunte al tema en cuestión, pero sería necesario realizar estudios en profundidad sobre la asociación entre el consumo de alcohol y el uso paralelo de otros fármacos por el aumento del riesgo añadido en este grupo de jóvenes, puesto que las interacciones entre los efectos de las sustancias son farmacológicamente

imprevisibles, lo que convierte en un desafío el hecho de prever cuáles serán sus consecuencias (HANSON, 2001).

Algunos de los chicos y chicas entrevistados que presentan una IEA, también son policonsumidores de otras drogas, especialmente los varones. Los datos de las estadísticas autonómicas en relación al porcentaje entre chicos y chicas policonsumidores son semejantes a los datos reflejados en las historias clínicas de los jóvenes intoxicados atendidos en nuestro Servicio de Urgencias, y el porcentaje de chicas consumidoras de drogas es menor que el de chicos. Sin embargo, las diferencias intersexuales recogidas en Urgencias son más significativas que los datos del PNSD 2015.

Nuevamente, las encuestas provinciales estatales muestran que los jóvenes que consumen una sola sustancia se decantan, por lo general, por drogas legales: alcohol o tabaco. Sin embargo, las personas consumidoras de drogas ilegales suelen consumir más de una sustancia además del alcohol (*Los Andaluces ante las drogas*, 2014). Estos datos coinciden con lo recogido en las historias clínicas, donde los consumidores habían tomado varias sustancias a la vez, incluido el alcohol.

En cuanto a los datos obtenidos del análisis de las encuestas de alcohol realizadas en el Servicio de Urgencias, encontramos que, aleatoriamente, realizamos más entrevistas a chicas que a chicos. No obstante, las cifras estadísticas de incidencia anual de intoxicaciones etílicas en el HUVN, expuestas en el capítulo de resultados, aportan que son atendidos en Urgencias más chicos que chicas. No obstante, los datos de las encuestas muestran que, en edades menores, acceden más chicas que chicos, un dato que pueden relacionarse con las encuestas nacionales, que ya alertaron acerca de los mayores consumos de las chicas en edades tempranas (PNSD, 2014).

Por otro lado, nuestro trabajo ha abordado el estudio de conductas de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol por las personas jóvenes, al considerar que esta asociación es la que mayores cifras de morbimortalidad implica a este grupo de individuos. En este sentido, las conductas de riesgo asociadas al uso de drogas, la conducción de vehículos o las relaciones sexuales sin protección, suelen mantener relaciones entre ellas y estar determinadas por categorías transversales como el

género (BEST, RAWAF ET AL., 2001), un hecho que hemos visto en los resultados de esta investigación.

La comunidad científica ha puesto de manifiesto la relación de otras conductas de riesgo asociadas a los consumos de alcohol (ROMO ET AL., 2015; MENESES, 2009; GIL, 2008; AMEZCUA, 2014). El consumo intensivo de alcohol ha sido asociado a un mayor uso de sustancias ilegales, principalmente el cannabis, que está más extendido entre los varones ya desde edades adolescentes (CALAFAT, BECOÑA y MANTECÓN, 2008; COMAS, JIMÉNEZ, ACERO Y CARBALLO, 2007). Estos datos coinciden con los encontrados en nuestro estudio, donde la mayoría de la muestra había consumido o consumía habitualmente cannabis. Las personas jóvenes consideran que el consumo de drogas legales no tiene repercusiones negativas para la salud, sino solo en el caso de los adultos. Este mismo hecho ha sido afirmado por los jóvenes entrevistados en nuestro Servicio, quienes afirmaban que el alcoholismo era un problema de adultos. Paralelamente, los jóvenes entrevistados utilizaban las narrativas para distanciarse del consumo adictivo, hemos podido comprender la diversidad de usos de alcohol que experimentan y su perspectiva del riesgo, que nada tiene que ver con el cálculo de probabilidades sino con un modelo cognitivo propio acerca del consumo. En este sentido, algunos autores consideran la importancia de estudiar el riesgo en la salud desde las narrativas de los pacientes, como se ha llevado a cabo en esta investigación (RANGEL, 2014).

En realidad, la juventud asume los riesgos de los efectos negativos para poder vivir intensamente el presente. Tanto los chicos y chicas madrileños del estudio de Meneses y colaboradoras (2012), como los entrevistados en el SUH de Granada, afirman consumir para divertirse, relacionándolo con el ocio, mientras que las chicas presentan motivaciones más complejas relacionadas con la seducción y el establecimiento de relaciones afectivas. En este sentido, sabemos que las relaciones sexuales de los jóvenes con múltiples parejas es facilitada por el abuso de alcohol, es uno de los factores de riesgo sanitario más declarado actualmente y se asocia con la falta de adopción de medios protectores, como el preservativo (SANTO-DOMINGO, 2002). Los jóvenes de nuestra muestra han afirmado no tomar medidas protectoras en algunas ocasiones, especialmente los varones.

La percepción de estar en situación de riesgo, relacionada con el alcohol, es la condición previa para un tratamiento precoz, antes de que se imponga la percepción de haber tocado fondo. Por ello, hemos considerado adecuado realizar el test AUDIT en el momento de estar presentando una IEA para enfrentar al joven a la realidad de la situación vivida. El reconocimiento de la propia situación por parte del adolescente está en íntima relación con procesos de autoresolución de sus problemas (KANER ET AL., 2007).

Por el contrario, la mayoría de las personas jóvenes entrevistadas no tenían conciencia de peligro en sus conductas habituales de consumo de alcohol ni de riesgos asociados al mismo. Es un hecho relevante, puesto que se sabe que el riesgo percibido se comporta como un elemento protector frente al consumo.

Siguiendo este razonamiento, la percepción de beneficios del consumo, en la población joven, está significativamente relacionada con el consumo de alcohol y con la baja percepción del riesgo (GOLBERG, HALPERN-FELSHER Y MILLSTEIN, 2002). Los resultados de nuestro estudio muestran esta actitud de enfatizar los eventos positivos sobre los negativos experimentados entre los jóvenes entrevistados en Urgencias.

Por otro lado, sabemos que los jóvenes, sobre todo varones, que realizan consumos intensivos no les dan importancia a las consecuencias psicosociales derivadas de sus conductas, tales como agresiones o implicaciones en peleas y discusiones (CORTES ET AL., 2014). La desinhibición que produce el consumo de alcohol produce en ocasiones altercados, disputas y agresiones. La implicación del consumo de alcohol en el riesgo de padecer una lesión ha sido demostrada en numerosos estudios, especialmente para el caso de las lesiones de tráfico, aunque, también, se ven con frecuencia implicados en otras lesiones, como caídas, ahogamientos y otras lesiones leves como agresiones menores. A veces, algunos de los jóvenes atendidos por IEA en el SUH manifestaban cortes y agresiones menores. Del mismo modo, en España, la violencia está afectando cada vez más a los jóvenes (GIL VILLA, 2007). Aunque diversión y violencia parezcan dos experiencias contrapuestas, en la realidad encontramos evidencias de que se complementan. La frecuencia y la cantidad en la ingesta de alcohol tiene relación con las actitudes violentas (ANDERSON ET AL., 2007; PLANT Y PLANT, 2006). Del mismo modo, en cuanto a la implicación en peleas, Meneses y colaboradoras encontraron porcentajes similares a los nuestros con un 34,2% de

chicos frente a 16,1% de chicas (MENESES ET AL., 2009). Por tanto, nuestro estudio revela que hay un porcentaje pequeño de chicos y chicas que se ven envueltos en peleas. Como en los estudios citados, entre los entrevistados en Urgencias encontramos que el porcentaje de agresiones o implicación en peleas en el contexto del consumo de alcohol es mayor en varones que en mujeres.

En cuanto a indicadores sobre seguridad vial, algunos estudios han presentado cifras similares a las nuestras. Concretamente, el trabajo de Costa y colaboradores encontró que el 25% de los encuestados ha subido a un vehículo con conductor ebrio y el 9,5% reconoce haber conducido ebrio (COSTA ET AL., 2009). Los jóvenes entrevistados en nuestro Servicio de Urgencias subieron en igual proporción a un vehículo con conductor ebrio. Sin embargo, los varones condujeron ebrios en mayor proporción (66,7%) que las mujeres (33,3%). Según autoinforman los jóvenes universitarios de un estudio español coincidente con nuestros resultados, conducir después de consumir alcohol constituye una práctica generalizada entre ellos, y en algunos casos incluso después de haber consumido dosis elevadas (OLIVERA, 2002).

Otros estudios similares encontraron al igual que en nuestro estudio, diferencias intersexuales significativas al respecto de la protección en las relaciones sexuales a favor de las chicas (HIDALGO ET AL., 2000). Se cree que en España el 20% de los jóvenes no utiliza ningún método anticonceptivo (GÓMEZ, 2005). Nuestros resultados revelan que muchos jóvenes, especialmente los varones, no utilizan ningún método de protección: el 84,6% de los varones y el 15,4% de las chicas.

Diferentes estudios internacionales han demostrado que el abuso alcohol es una práctica mayoritariamente utilizada entre universitarios, a distancia de los que no estudian (SLUTSKE ET AL., 2004; SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION [SAMHSA], 2009). En España, los universitarios, de forma general, beben más alcohol que el resto de jóvenes (CORTES TOMÁS 2007; SALAMÓ ET AL., 2010). Los datos recogidos entre los jóvenes que acceden a Urgencias del HUVN por IEA nos muestran esta misma realidad: son mayoritariamente universitarios.

El aumento del consumo de alcohol entre universitarios ha sido justificado por la existencia de una cultura universitaria que muestra a un joven con libertades, dispuesto a asumir cualquier reto y que en dicho contexto se siente presionado a

consumir alcohol y otras sustancias (LONDOÑO ET AL., 2005). En este sentido, nuestros datos aportan que un número importante de jóvenes, el 42, 5%, son universitarios y el resto son estudiantes que aún no han llegado a la universidad. Por tanto, la cultura del ocio nocturno relacionado con el abuso del alcohol empieza desde muy temprana edad y va aumentando al entrar en la universidad, donde tienen más permisividad paternal y mayor acceso a las sustancias.

En cuanto al perfil sociodemográfico de nuestra muestra, podemos decir que la franja etárea escogida era de 18-29 años y que encontramos que había jóvenes mayores de 19 años en FP y ESO, lo podría indicar que los jóvenes que abusan del alcohol tienen peores expedientes, como han afirmado algunos autores (CARBALLO ET AL., 2013a), pero al no estar nuestros objetivos enfocados en ese tema no tenemos datos suficientes.

Otro indicador, asociado a la conducta de consumo intensivo, es la falta de dominio sobre el mismo; esto es, la dificultad para frenar el consumo una vez iniciada la ingesta. En nuestra muestra, un 12,10% de los chicos y un 2% de las chicas ya evidencian síntomas reveladores. Estos indicadores son patognomónicos de indicios de adicción. Los patrones intensivos de consumo están relacionados con una mayor prevalencia de dependencia (OLIVA ET AL., 2008). En España se estima que el 0,2% de los individuos con abuso de alcohol desarrollará una dependencia (PULIDO ET AL., 2014).

Por último, considerando los sentimientos de culpa o remordimientos tras el consumo intensivo, nuestro estudio ha encontrado que las chicas son más proclives a estos sentimientos, como también han evidenciado otros autores (READ ET AL., 2006; KAHLER ET AL., 2004). No obstante, otros trabajos no han encontrado diferencias en los porcentajes entre chicos y chicas, al respecto de estos sentimientos (CORTÉS ET AL., 2013).

7.2. Perspectiva recreacional del consumo de alcohol juvenil

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 ideas acerca de cómo cambiar el inicio temprano en la sustancia y posteriores patrones problemáticos del consumo. 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 van a determinar el comportamiento posterior hacia el consumo.

Nuestros resultados subrayan que, dentro del tiempo de ocio, el consumo de alcohol es fundamentalmente considerado una forma de fortalecer las relaciones interpersonales. Esto explica que las expectativas positivas del consumo de alcohol aparezcan asociadas a los efectos del consumo en grupo. En la investigación previa, los efectos positivos que se derivan del consumo de alcohol han sido relacionados con aspectos personales, incluyendo los estados de ánimo, como el hecho de sentirse más feliz o con más confianza (ESPEJO ET AL., 2011; COLEMAN Y CATER., 2005). Por encima de estos aspectos, se ha puesto en evidencia la consideración al consumo de alcohol en el tiempo de ocio como una forma de desarrollo de capital social entre los jóvenes (DEMANT Y JÄRVINEN, 2011). Nuestros resultados, en consonancia con los hallazgos de Katainen y Rolando (2014), muestran que el sentido de pertenencia al grupo de iguales puede estar influenciando el consumo de alcohol al menos de dos formas distintas en estas poblaciones. Por un lado, reforzando formas de consumo compartido, que contribuyen a fomentar la percepción de «embriaguez controlada». Por el otro, restringiendo otras formas de consumo, como beber en solitario.

En nuestro estudio hemos podido poner de manifiesto, en las entrevistas y conversaciones informales mantenidas con las personas jóvenes, determinadas actitudes relacionadas con el género que aportan mayor vulnerabilidad, tanto a chicas como a chicos, por las diversas concepciones culturales aprehendidas en una sociedad patriarcal como en la que vivimos inmersos. Conductas en los varones tales como aparentar mejor estado físico del que en realidad tienen delante de sus amigos y parejas. Así como, en el caso de las chicas, estar siempre juntas y acompañarse al baño para evitar posibles peligros.

De acuerdo con el sistema de género imperante en nuestra sociedad, la masculinidad se asocia con correr riesgos, someterse a situaciones peligrosas y violentas (HARDY Y JIMÉNEZ, 2007). En este sentido, los hombres beben más que las mujeres porque están motivados a tomar riesgos. A ellos les parece excitante en sí mismo arriesgarse. Esta conducta puede ser una forma de demostrar su masculinidad y por tanto resulta más fácil para los hombres correr riesgos, por su diferente percepción de los mismos. Es por ello que la probabilidad de sufrir daños relacionados con el consumo de alcohol es bastante mayor en hombres que en mujeres, situación que apenas ha cambiado en los últimos veinte años (PULIDO ET AL., 2014). Nuestros datos apuntan al hecho de que los varones atendidos en el Servicio de Urgencias son bebedores intensivos y toman más riesgos que las chicas en aspectos como relaciones sexuales sin protección, conducción vial y conductas agresivas. Por otro lado, en nuestros resultados hemos podido comprobar cómo los varones tienen que ocultar la intoxicación dentro del grupo de iguales para evitar ser ridiculizados. Incluso se han negado a ponerse tratamiento asegurando no necesitarlo.

Hemos comprobado en nuestra muestra que los consumos de alcohol por las personas jóvenes atendidas comienzan en edades tempranas. En nuestro Servicio de Urgencias, se atiende a los usuarios a partir de los 14 años, pero los mayores consumos los atendemos en las edades comprendidas entre 18-20 años. Estas cifras podrían explicarse por la inexperiencia, por un lado, y, por el otro, que aunque empiezan a experimentar con el alcohol con edades de 13-14 años, en realidad los mayores consumos los realizan a partir de los 18 años en adelante, cifras que descienden considerablemente a partir de los 29 años. Creemos que todo indica que tras el inicio, van realizando un abuso normalizado del consumo durante un periodo más o menos largo, en la franja etaria de 18-25 años, al que se van habituando, conociendo mejor sus límites y estableciéndose en un consumo controlado sin llegar a perder el conocimiento. Se trata de lo que algunos autores denominan *controlled loss of control* (MEASHAM, 2002), esto es, perder el control con «control» en el contexto de una «intoxicación intencional seriada».

Por otro lado, las mujeres son más vulnerables que los hombres frente a las conductas de riesgo asociadas al abuso de alcohol, porque no se las instruye en el seno familiar acerca del consumo de alcohol, puesto que sigue siendo inapropiado socialmente que la mujer beba (GÓMEZ MOYA, 2003). Históricamente, el consumo de alcohol ha sido

predominantemente una conducta masculina, aunque este hecho esté cambiando en las cohortes más jóvenes y las chicas consuman socialmente a la par que los chicos, situación que hemos comprobado en nuestro estudio. Sin embargo, el imaginario colectivo cambia a un ritmo más lento. Está peor visto que una chica se embriague – incluso para ella misma– que lo haga un chico, como hemos descubierto en los discursos de las chicas y chicos entrevistados. Esto tiene que ver con la idea de Courtenay quien afirma que determinados comportamientos están asociados a la forma en que los hombres se construyen como tales y se presentan socialmente como dominantes. Consiguientemente, las perspectivas de riesgo son asumidas mucho más por hombres que por mujeres, ya que para ellos la masculinidad es definida en oposición a los hábitos de vida saludable (ESTEBAN, 2006).

Del mismo modo, las mujeres jóvenes actuales que disfrutan del ocio nocturno se insertan en un contexto social cambiante donde la relación entre hombres, mujeres y alcohol es compleja (HUTTON, 2013). Es necesario comprender el consumo de alcohol como una práctica relacionada con aspectos de género, como se ha evidenciado en los discursos de los chicos y chicas de nuestro estudio. La posición de las mujeres jóvenes en la sociedad ha cambiado en gran medida por los beneficios del activismo feminista (HARRIS, 2004). A las mujeres se les pide que gestionen los riesgos. Sin embargo, la sociedad está desigualmente configurada y siguen existiendo factores estructurales que restringen las realidades sociales de las mismas. Las mujeres bebedoras jóvenes se enredan en discursos contradictorios para negociar las prácticas de su consumo de alcohol porque tienden a ser vistas todavía incumpliendo el «papel femenino aceptable» al comportarse como un hombre (HUTTON, 2013). Cuando las mujeres quieren disfrutar del ocio nocturno al nivel que los chicos, tienen que lidiar todavía con ciertas tensiones y contradicciones que necesitan resolver (GRIFFING ET AL., 2013) y que han quedado reflejados en la indecisión de los discursos de las chicas entrevistadas en nuestro Servicio de Urgencias, donde a menudo han expresado sentirse mal emocionalmente, cuando han reflexionado sobre su conducta de la noche anterior. Conceptos como reputación, respetabilidad y hedonismo controlado están estrechamente conectados con los hallazgos de trabajos recientes de estudios cualitativos realizados en Reino Unido y Nueva Zelanda, que exploran las prácticas de consumo y la negociación compleja en la construcción de las feminidades dentro de la cultura de la intoxicación caracterizada por el consumo excesivo y la

búsqueda hedonista de la embriaguez (HUTTON, 2013; GRIFFIN, 2013; CULLEN, 2012; ROLFE ET AL., 2009; LYONS Y WILLOTT, 2008).

Por otra parte, la literatura científica ha subrayado el modo en que las chicas suelen emplear, en mayor medida que los varones, estrategias protectoras ante el consumo de alcohol (ROSENBERG ET AL., 2011; BENTON ET AL., 2004). Así, por ejemplo, en consonancia con el estudio de Armstrong y colaboradores (2014), nuestras participantes hacen alusiones al sentido de seguridad que se deriva de saber que si beben en exceso van a recibir las atenciones necesarias por parte del grupo. Este carácter protector, asociado al grupo de iguales, contribuye a facilitar el «dejarse llevar» para la realización de prácticas intensivas de consumo de alcohol. Esto queda patente en los discursos de aquellas chicas que asocian el alcohol al hecho de «pasarlo bien», con independencia de los efectos adversos de dichos episodios de consumo intensivo. Es desde esta perspectiva desde la que las rupturas generadas por las chicas en relación al sistema de género quedan fundamentalmente sustentadas en la adopción de riesgos a través de dichas prácticas de consumo de alcohol. Siguiendo con este enfoque, el trabajo de Gómez-Moya apunta a que las chicas de hoy en día están experimentando una disyuntiva: el deseo de mantener una determinada identidad y reputación femenina a la vez que se disfruta de una mayor libertad para consumir alcohol. Este cuerpo de trabajo empírico, al igual que el nuestro, subraya las tensiones inherentes entre la feminidad heterosexual normativa y el deseo de crear modos legítimos para las chicas de consumir alcohol.

Otra de las conductas de riesgo que más se asocian a las mujeres son los desórdenes alimentarios. Algunas de las jóvenes entrevistadas en Urgencias referían realizar cálculos con las calorías para evitar engordar (drunkorexia). En este sentido, la investigación sobre la combinación de un trastorno de la alimentación y consumo excesivo de alcohol se ha centrado principalmente en los patrones de las mujeres en edad universitaria, pero el fenómeno no es exclusivo de las mujeres. Los estudios muestran que los estudiantes universitarios se dedican a esta combinación de malnutrición autoimpuesta y consumo excesivo de alcohol para evitar el aumento de peso (OSBORNE ET AL., 2011; BURKE ET AL., 2010; BARRY ET AL., 2012)

7.3. Perspectiva del personal sanitario del Servicio de Urgencias sobre el consumo de alcohol

Los profesionales de nuestro Servicio de Urgencias, al igual que la mayoría de la comunidad científica (SHIELD ET AL., 2012; CURRIE ET AL., 2012; BELLIS ET AL., 2008), han identificado el consumo de alcohol por los jóvenes como un problema de gran magnitud con dos vertientes: como un problema sociopolítico y como un problema de salud. Mientras que, paradójicamente, el alcohol es percibido por los jóvenes en general como la sustancia recreativa menos peligrosa para la salud (AYERS Y MYER, 2012).

Los profesionales sanitarios consideran que el problema del consumo de alcohol es un grave problema de salud pública, que desde el ámbito de la salud se debe abordar activamente. Consideran que los programas de prevención no están siendo efectivos y aunque podríamos aportar desde los SUH importantes contribuciones, en general, afirman que no es el lugar idóneo para ello.

La metodología cualitativa empleada en la investigación nos ha permitido descubrir dimensiones importantes en el discurso de los profesionales sanitarios y profundizar en las propuestas de mejora en cuanto a la calidad asistencial de estos pacientes.

La opinión general de los profesionales entrevistados acerca del consumo de alcohol por las personas jóvenes es que en nuestra sociedad este consumo se considera normal y con bastante permisividad por parte de la sociedad, familia e instituciones.

No obstante, los profesionales de enfermería y profesionales médicos en sus entrevistas expresan diferencias de opinión con respecto a la percepción del impacto que ejercen el número de pacientes atendidos por IEA en Urgencias. Esta diferencia la podría explicar el hecho de la carga de trabajo que ofrece un joven intoxicado al personal de enfermería y a las auxiliares e incluso celadores y guardias de seguridad, que tienen que luchar con el joven para poder canalizar la vía periférica y poner el tratamiento prescrito, recoger el vómito, intentar que no aspire, etc. En ocasiones, es necesario contención física y vigilar que no se fuguen del SUH. Para el médico o médica, sin embargo, representa menor carga que otros pacientes puesto que no pueden rellenar la HC porque el paciente no está en disposición de hablar, por lo que

se limitan a valorar el nivel de inconsciencia para determinar la gravedad y ordenar tratamiento y cuando están despiertos darles el alta.

Aunque los profesionales de la salud aceptan su papel fundamental en la atención y tratamiento de los jóvenes con IEA en el Servicio de Urgencias, son reticentes en cuanto a su papel en la prevención e intervención en los SUH, ya que consideran mayoritariamente que no es el lugar adecuado. Los profesionales de nuestro SUH consideran, como otros profesionales de estudios similares (MARCH CERDÁ ET AL., 2012) que la prevención se asocia más a un cometido de Atención Primaria, mientras que los casos graves sí son responsabilidad de servicios especializados, como los Servicios de Urgencias hospitalarios. El estudio revela la percepción generalizada de los profesionales acerca de la responsabilidad sanitaria en cuanto al problema del consumo de salud por los jóvenes y sobre su papel activo en el mismo.

Algunos profesionales de la salud tienen opiniones negativas de los consumidores de drogas y son reacios a trabajar con ellos. La cultura médica se integra en una compleja red de creencias y valores que entran en juego en el trabajo diario de los profesionales. Si bien es justo decir que los jóvenes que abusan del alcohol de manera esporádica –objeto de nuestro estudio– son los menos discriminados de todos, puesto que no están criminalizados al ser considerado el alcohol una droga recreativa y legal. Este tipo de reticencia o de actitudes de desaprobación por parte de los médicos y médicas en general y del personal de enfermería en particular ya está descrita en la literatura científica internacional. Han sido identificadas actitudes de desaprobación por parte de los médicos en general (ROCHE, GURARY Y SAUNDERS, 1991; GREENWOOD, 1992), psiquiatras (TANTAM ET AL., 1993) y el colectivo de enfermeras (CARROLL, 1993). En nuestro contexto, hemos podido constatar en la observación de campo la actitud negativa de casos puntuales por parte del personal de Urgencias, algunos celadores y guardias de seguridad también, pero en menor medida en el personal de enfermería y el personal médico. Por el contrario, algunos estudios nacionales han afirmado que los profesionales han desarrollado una actitud negativa hacia este tipo de pacientes (IREFREA, 2009).

Los factores que se ofrecen a dar cuenta de esta falta de voluntad de participar con los usuarios de drogas son factores actitudinales, restricciones laborales y la falta de motivación para aprender acerca de los problemas relacionados con las drogas

(ALBERY ET AL., 1996). Dichos factores han sido identificados y registrados en nuestro estudio en las reflexiones de los profesionales de nuestro Servicio de Urgencias. En este sentido, hemos podido comprobar diferentes actitudes personales en el personal facultativo que no solo tienen que ver con su sensibilidad o su edad, sino también con su formación. El personal médico que ha sido formado en atención primaria tiene una visión integral de la atención sanitaria. Sin embargo, médicos y médicas de atención especializada tienen una visión biomédica de la atención y así lo expresan en sus entrevistas.

En un estudio realizado en territorio nacional en urgencias de cuatro Comunidades Autónomas realizado por IREFREA (2009) se afirman que los profesionales tienen dificultades para mantener la neutralidad ante los pacientes que acuden por consumo de alcohol y drogas, ya que consideran que el estado alterado de estos jóvenes es producto de una conducta irresponsable e ilícita provocada por los propios pacientes. En este mismo orden de cosas, afirma que la relación médico-paciente, en el caso del consumo de drogas, requiere ser pensada ya que se alteran las pautas habituales en las que se acostumbra a establecer esa relación. Los pacientes bajo efecto de las drogas no llegan al Servicio de Urgencias porque deseen ser ayudados, con actitud sumisa frente al personal sanitario. Muchos de los jóvenes son llevados contra su voluntad y no entienden qué hacen en ese lugar. En muchas ocasiones, se sienten agredidos por el personal sanitario que trata de eliminar en ellos unos efectos deseados. En nuestro estudio, en muchas ocasiones hemos podido comprobar estas afirmaciones y las hemos expuesto también en los resultados. Sin embargo, es necesario hacer una salvedad con los jóvenes que presentan una IEA. Los chicos y chicas que presentan una intoxicación etílica no son tan estigmatizados por el personal, como los que presentan reacciones adversas a otro tipo de drogas ilegales o aún más si ya son adictos. Los jóvenes con IEA, aunque sí es cierto que se han intoxicado voluntariamente, sí requieren nuestros cuidados y quieren mejorarse. En la mayoría de ocasiones, son respetuosos y, salvo lo dificultoso de su atención por no poder colaborar por su estado cognitivo disminuido cuando llegan, se quedan dormidos sin molestar.

A diferencia de este estudio realizado por IREFREA, donde se ha afirmado que ningún profesional entrevistado ha cuestionado que estos pacientes deban ser tratados en la

sanidad pública, algunos médicos entrevistados en Urgencias consideraban que no era necesario tratar a los intoxicados en ningún servicio, ni público ni privado.

Los profesionales sanitarios denuncian la falta de medios y preparación específica sobre adicciones. En este sentido, algunos autores recomiendan la necesidad de disponer del apoyo de especialistas en adicciones en Urgencias para colaborar con el tratamiento de estos pacientes (CSIPKE ET AL., 2007; WOOLFENDEN ET AL., 2002). Así mismo, los entrevistados en el SUH en Granada consideraban que sería deseable propiciar un reciclaje continuo del personal de Urgencias para hacer frente a situaciones de intoxicaciones por sustancias psicoactivas, dada su importancia creciente y los nuevos retos que plantean. Consideramos, por tanto, que Formación continuada sería el medio más eficaz para que los profesionales sanitarios se prepararan en la atención a las personas jóvenes con adicciones que llegan a sus servicios.

Una de las prioridades en este tema, como afirman otros autores, debería de ser trabajar conjuntamente AE y AP, y de esta manera lo han expresado los profesionales entrevistados en el SUH. En este sentido, algunos profesionales afirman que es necesario elaborar un protocolo de abordaje y derivación de los pacientes con IEA desde AP a un programa de alcohol establecido previamente, afirmando que para que sea efectivo es necesario, en primer lugar, sensibilizar a los profesionales de los problemas generados por el consumo excesivo de alcohol. Afirman que es necesario establecer unos criterios de derivación claros entendiendo que debe realizarse un abordaje multidisciplinar y una vía de comunicación directa entre AP y AE, permitiendo un tratamiento combinado entre ambas. Para lo cual es necesario la creación de un documento que recoja la clasificación del tipo de bebedor en términos cuantitativos con el fin de discriminar una actitud diagnóstica y de tratamiento adecuada a cada caso en concreto. Así mismo, sería necesario la creación de un volante de interconsulta específico para asegurar la comunicación entre AP y el Programa de intervención por consumo de alcohol (RUBIO ET AL., 2001; USIETO ET AL., 2010).

Por otra parte, se ha demostrado que el contacto directo con el personal médico, de enfermería y demás personal sanitario tiene un efecto de persuasión importante sobre las personas en relación a sus comportamientos de abuso de drogas, mucho más que el que puedan llegar a tener las campañas mediáticas generales, especialmente

cuando se trata de personas con bajo nivel educativo. El personal sanitario tiene un alto estatus en el imaginario colectivo y sus opiniones suelen tener más relevancia que las de otros miembros de la sociedad (FERNÁNDEZ Y LAPETINA, 2008).

La actitud de los profesionales sanitarios tanto en AP como en los SUH hacia el consumo de alcohol suele ser ambivalente en general. El Sistema Sanitario tiende a tratar las complicaciones orgánicas del abuso de alcohol, pero no a prevenir este, a pesar de las recomendaciones de la política Mundial de Drogas, que propone trabajar en la sensibilización y promoción de la salud (RUBIO Y LÓPEZ MUÑOZ, 2001).

Existen antecedentes en la Comunidad de Valencia, donde se realiza una gestión integral del área de Urgencias y coordinada con Atención primaria de manera estable y homogénea (GARCÍA BERMEJO, 2008). Sin embargo, en nuestro contexto no existe una adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, hecho denunciado por los profesionales de enfermería de Urgencias que hemos entrevistado.

Algunos sanitarios sitúan a la familia como responsables principales de la conducta de los jóvenes. El papel de la familia se percibe actualmente como de mayor permisividad que en otras épocas. En este mismo orden de cosas, el consumo de alcohol por otros miembros de la familia constituye un factor predisponente, así como la utilización de estrategias educativas negativas basadas en la reprobación y la falta de afecto (PONS, 1998; SIERRA ET AL., 2005). Por otro lado, los jóvenes mantienen comunicaciones deficientes con sus padres, pues no toman en consideración sus recomendaciones en este tema (SIERRA ET AL., 2005). Del mismo modo, los profesionales entrevistados consideran que la intervención sanitaria es insuficiente como única vía de información de las personas jóvenes y apuntan la importancia de la participación familiar y educativa en el control del consumo de alcohol.

Diferentes autores han puesto de manifiesto la importancia de las dimensiones sociales, relacionales y personales que acompañan a los procesos de inicio y consumo de alcohol (BENDETSSEN ET AL. 2014; ALI Y NIKAJ, 2013; ABAR Y MAGGS, 2010). En este sentido han reflexionado los profesionales sanitarios entrevistados en nuestro servicio, dejando patente su visión del consumo de alcohol como problema de salud.

Del mismo modo, los profesionales entrevistados han relacionado las motivaciones para el consumo de alcohol de las personas jóvenes en la búsqueda de recompensas

internas y externas, asociadas a la mejora del estado emocional y a la aprobación social, un fenómeno que algunos autores han manifestado en sus trabajos (KUNTSCHKE Y COOPER, 2010).

Los profesionales sanitarios de nuestro servicio han expresado en sus entrevistas aspectos ya descritos en la literatura relacionados con la socialización asociada al consumo de alcohol y el hecho de recibir las expectativas que buscan en torno al consumo de alcohol, de manera compartida con los iguales (HALIM, 2012; HASKING, 2011). En este sentido, el patrón de consumo intensivo de alcohol ha sido descrito por los profesionales sanitarios desde su práctica asistencial y experiencia en Urgencias, desde una perspectiva de búsqueda de diversión y desinhibición asociada a la cultura juvenil en contextos urbanos. Estos mismos patrones han sido descritos en la literatura científica por diversos autores (DEMANT Y LANDOLT, 2014; FREIXA, 2004).

Algunos de los profesionales de Urgencias han comentado el consumo de alcohol como negocio mal entendido. Sin embargo, creemos que las industrias del alcohol entienden perfectamente el contexto y saben moverse y ofrecer sus productos entre los jóvenes utilizando reclamos económicos y atractivos dirigidos a personas jóvenes, a menudo menores, con total impunidad, hecho que hemos revelado en las entrevistas de alcohol. En este sentido, algunos autores han denunciado el hecho del consumo público de alcohol en general y en menores en particular, culpabilizando las limitaciones de las políticas públicas de control de ventas en España y especialmente en lo concerniente al establecimiento de restricciones a la disponibilidad y publicidad (MONTES, 2012).

Por otra parte, el libre acceso a los Servicios de Urgencias les da derecho a los jóvenes con IEA a ser atendidos. De hecho, diariamente se atiende a cientos de personas que presentan procesos no urgentes en los Servicios de Urgencias, los cuales no necesitan ninguna asistencia y que podrían ser vistos en AP. Este hecho obedece a la falta de consenso entre los profesionales sobre lo que constituye una urgencia médica (PÉREZ CIORDIA Y GUILLEN GRIMA, 2009). En realidad, el debate de los profesionales del SUH entrevistados acerca de la idoneidad de atender a los chicos y chicas con IEA en urgencias entraría dentro de un debate mayor y posiblemente no tenga relación con el intoxicado en sí exclusivamente, sino con otro tipo de cuestiones, referentes a la valoración de si estamos ante una situación de urgencia o no.

Algunos profesionales de Urgencias han expresado la opinión de que en la situación de escasez de recursos en la que nos encontramos deberían de ser atendidos en otros dispositivos, pero lo cierto es que el problema es que las personas jóvenes intoxicadas no acceden a CS o PAC, sino que se desplazan directamente al SUH en ambulancia por la libre posibilidad de atención y gratuidad. En otros países, ni es gratuito ni es posible el libre acceso. Este es otro gran tema de debate que suscita la problemática del consumo de alcohol juvenil entre las personas que hemos entrevistado.

Los profesionales sanitarios, a la vez que las charlas y cursos seguidos de las personas que han tenido contacto con las drogas y los organismos oficiales e Internet, constituyen las vías que las personas jóvenes consideran más adecuadas para recibir una mejor información (EDADES 2012). Por el contrario, los jóvenes entrevistados en el SUH referían en su mayoría no necesitar información. Las encuestas nacionales mantienen que el 72,8% afirma sentirse perfectamente o suficientemente informado, mientras que el 21,4% manifiesta que está informado solo a medias y el 5,8% que está mal informado.

En este sentido, nuestros datos han revelado que aunque una mayoría de los jóvenes refieren intoxicarse «seriadamente» cada fin de semana, sin embargo, acceden poco a los servicios sanitarios. Algunos autores han denunciado que el aumento actual en el consumo de sustancias psicoactivas, así como los problemas relacionados de los mismos por los jóvenes, no se traduce en consultas a los profesionales de la salud, por lo que se podría concluir que no se está detectando el consumo en este colectivo o que el Sistema Sanitario no accede adecuadamente a los adolescentes a pesar de que conoce sus repercusiones (MATALÍ COSTA ET AL., 2009). El SUH solo se utiliza en casos puntuales por los jóvenes, en situaciones extremas, en las que el joven requiere una atención especializada y momentánea, sin que sea posible el seguimiento de su estado de salud y sus hábitos de consumo (TOM ET AL., 1999). Esta realidad nos hace afirmarnos en la necesidad de intervenir en el momento en que sean atendidos en el Servicio de Urgencias.

7.4. Propuestas de intervención–acción desde el Servicio de Urgencias

Los Servicios de Urgencia parecen lugares muy prometedores para el cribado y las intervenciones breves entre los consumidores abusivos de alcohol, pero los estudios realizados sobre dicha posibilidad están aún en sus inicios. En nuestro Servicio de Urgencias, y gracias a este estudio, hemos podido comprobar que no solo es posible realizar la identificación de las personas jóvenes que realizan consumos abusivos, sino que, además, es factible realizar un tipo de intervención breve a los chicos y chicas que acceden por IEA a nuestro hospital.

En este sentido, hemos encontrado referencias de algunos autores que, tras realizar revisiones sistemáticas de investigaciones en Servicios de Urgencias, recomendaron la realización de intervenciones breves en estos servicios (D'ONOFRIO Y DEGUTIS, 2002). En este mismo orden de cosas, la autora de esta investigación, al igual que otros autores, considera que los Servicios de Urgencias se encuentran en una posición privilegiada para identificar e intervenir sobre individuos con consumo de riesgo, tanto de alcohol como de otras drogas, pues encuentran al paciente en un «momento receptivo» tras el evento impactante (CHERPITEL Y RODRÍGUEZ-MARTOS, 2005).

Del mismo modo, algunos investigadores han realizado intervenciones en un SUH y han conseguido reducciones significativas en el consumo, así como una menor utilización posterior de Servicios de Urgencias por esta causa (FORSBERG ET AL., 2000; SOMMERS ET AL., 2001; SMITH ET AL., 2003; CRAWFORD ET AL., 2004; CHERPITEL ET AL., 2005; RODRÍGUEZ-MARTOS ET AL., 2005; CRAWFOR ET AL., 2004). Además, se han demostrado importantes beneficios económicos derivados de las intervenciones breves en los sistemas sanitarios (FLEMING ET AL., 2000).

Sin embargo, es probable que existan importantes dificultades estructurales y culturales en los SUH que sea preciso solucionar antes de que las intervenciones breves sean una realidad en el contexto de los Servicios de Urgencias (HEATHER Y KANER, 2001).

Entre las propuestas de mejora referidas por los profesionales sanitarios del SUH en Granada, se encuentra la realización de un consejo breve a los jóvenes que han sido atendidos por IEA, así como la entrega de un documento informativo y explicativo de las cuestiones a tener en cuenta cuando salgan de fiesta y vayan a beber para minimizar el riesgo de reacciones adversas relacionadas con el consumo excesivo.

Por otro lado, se ha evidenciado que los programas de prevención e intervención actuales son insuficientes y poco efectivos. Sin embargo, algunos programas de intervención personalizada sobre alcohol en las universidades americanas se asocian a una disminución en el consumo en general (SCOTT, 2012). La saturación y sobrecarga laboral impide una actuación con más detenimiento y enfoque en prevención sobre la salud. Aunque los medios son escasos y el tiempo insuficiente, el personal sanitario entrevistado, especialmente las enfermeras y los enfermeros, están dispuestos a realizar una intervención breve si se protocolizara en el Servicio de Urgencias en Granada.

El abordaje de estos trastornos es complejo y largo, por lo que la consulta en Urgencias puede ser una oportunidad para empezar a hacerlo. La puesta en práctica general y la rutinaria de intervenciones breves en dichos marcos resultarían claramente ventajosas para la salud pública (HEATHER Y KANER, 2001).

Dentro de la categoría intervención breve están contempladas y descritas un gran número de actividades en las que se invierten mayor o menor tiempo dependiendo del espacio y el profesional que las lleve a cabo. Este tipo de intervenciones no están dirigidas a bebedores problemáticos con niveles severos de dependencia que deben ser tratados en centros especializados, sino que están especialmente diseñadas para los chicos y chicas que acceden con IEA los fines de semana a Urgencias. En este sentido, la intervención breve es «oportunistas», puesto que sus destinatarios todavía no se han quejado de tener un problema con el alcohol, sino que han sido identificados a través de un chequeo, como individuos que consumen alcohol, a niveles que comportan riesgo para su salud (HEATHER, 1998). Este es el caso de los pacientes jóvenes que acceden a nuestro Servicio. Del amplio abanico que referimos de intervenciones, creemos que la adecuada para nuestro Servicio sería una intervención de 5-10 minutos realizada en el SUH por una enfermera o enfermero antes del alta del paciente. De hecho, se ha demostrado que el simple hecho de reflexionar sobre el consumo mientras se realiza el test de consumo abusivo sirve de

intervención en si misma (SCOTT Y ANDERSON, 1991). Los jóvenes que beben hasta estar ebrios necesitan un tipo de intervención breve diferente a las sesiones estándar dirigidas a los adultos. Se debería centrar no solo en la reducción del consumo sino también en evitar las mezclas, minimizar los efectos, así como tener en cuenta otras áreas de riesgos para la salud. Es probable que este tipo de intervención exija la presencia de asesores especialmente hábiles y bien preparados para su puesta en práctica (GIESBRECHT, 1999).

Cualquier intervención preventiva sobre alcohol desde el ámbito sanitario pasa por la identificación precoz de los consumidores de riesgo, ya que estos a menudo pasan desapercibidos. Se debe tener en cuenta que la mayor parte de los daños ocasionados por el alcohol aparecen entre personas que no son dependientes, aunque solo sea porque hay muchos más de estos últimos (CÓRDOBA ET AL., 2012). Además, nadie desarrolla dependencia sin haber mantenido antes un consumo de riesgo (BABOR, 2001).

Algunas de las propuestas de intervención sugeridas por los profesionales del Servicio de Urgencias hacen referencia a la tendencia biologicista y técnica del abordaje asistencial en Urgencias, y la necesidad de darle un giro más integral teniendo en cuenta factores culturales y sociales. En este sentido, algunos autores ya denunciaban esta tendencia desde la aparición del DSM-IV (Manual taxonómico de psiquiatría). Del mismo modo, consideramos que no es posible realizar el abordaje asistencial del consumo de alcohol en general y en especial el juvenil sin tener en cuenta sus características sociales y culturales además de las biomédicas (MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, 1996).

7.5. Conclusiones

El estudio llevado a cabo en el Servicio de Urgencias ha puesto de relieve una serie de cuestiones que son merecedoras de consideración y que se exponen a continuación:

1. Los datos sugieren que el colectivo de consumidores de alcohol que ha sufrido una IEA suele ser muy consciente de los riesgos de sufrir una intoxicación que ocasione la necesidad de ser atendido en Urgencias. Sin embargo, no consideran dejar de beber, tan solo en algunos casos han referido considerar moderarse en el consumo. La experiencia de la IEA en Urgencias para las personas jóvenes entrevistadas en este estudio no es más que un mal trago que hay que pasar y olvidar.

2. El perfil de los jóvenes atendidos en nuestro Servicio de Urgencias corresponde a jóvenes varones en su mayoría, con gran ingesta de alcohol y policonsumidores, sobre todo de cannabis y en ocasiones de cocaína. Las mujeres son en general de menor edad que los varones, consumen alcohol de forma más moderada y no consumen drogas ilegales. Suelen beber una media de 9 UBE las mujeres y 14 UBE los varones. La estancia media no supera las cuatro horas y son dados de alta sin secuelas. La gran mayoría son traídos por amigos y familiares, utilizando en muchas ocasiones transporte sanitario. Las mujeres son calificadas con grado de prioridad de atención menor que los varones, lo que podría indicar que llegan en mejor estado que los varones, posiblemente por presentar menor grado de intoxicación. Algunas de las personas jóvenes que abusan del alcohol sufren patología psiquiátrica leve y toman ansiolíticos por prescripción facultativa, lo que puede potenciar el efecto sedante. Aunque la mayoría de jóvenes eran residentes en Granada, hay un amplio porcentaje de residentes en las zonas metropolitanas y rurales cercanas a la capital, y que necesitan vehículo para desplazarse a los contextos recreativos, lo que añade mayor peligrosidad a sus patrones de consumo de alcohol. Además, son atendidos un porcentaje nada despreciable de extranjeros, en su mayoría varones.

3. La mayoría de los jóvenes atendidos y a los que hemos estudiado son universitarios de clase media, por lo que consideramos que esta población debería de ser el objetivo diana de las políticas de reducción de daños del consumo abusivo de alcohol.

4. Salvo en ocasiones puntuales, los jóvenes estudiados habían necesitado atención hospitalaria en una sola ocasión. Sin embargo, en general todos los jóvenes referían haberse emborrachado en múltiples ocasiones.

5. Las personas jóvenes entrevistadas en nuestro estudio asociaban al consumo de alcohol otro tipo de conductas de riesgo, como relaciones sexuales sin protección, conducción temeraria, agresiones y policonsumo de otras drogas, lo que multiplica la posibilidad de complicaciones negativas.

6. Más de la mitad de los jóvenes de la muestra estudiada eran considerados bebedores abusivos por el test AUDIT, en su mayoría varones. Sin embargo, no consideran que tengan un problema de adicción y tienden a desligarse del concepto estereotipado del alcohólico. En este sentido, no creen tener necesidad de buscar ningún tipo de ayuda. Las personas jóvenes entrevistadas consideran el problema de la adicción relacionado con el adulto, que bebe a diario y en solitario y que no cumple con sus responsabilidades laborales ni académicas. Por todo ello, creemos que es necesario identificar a los jóvenes bebedores abusivos en los Servicios de Urgencias que puedan ser susceptibles de desarrollar una dependencia alcohólica y ponerlos en contacto con instituciones apropiadas para realizar pautas correctoras tempranamente que eviten dicha dependencia.

7. Las personas atendidas por IEA tratan de controlar los efectos negativos asociados al exceso de alcohol mediante recursos populares adquiridos en su experiencia o la de los amigos, para evitar tener que ser atendidos en Urgencias. El desencadenante principal de la asistencia en Urgencias para las personas jóvenes estudiadas es el desmayo. A partir de este evento se despliegan estrategias de ayuda por parte de los amigos y las amigas para trasladar a la persona intoxicada al hospital.

8. Las personas jóvenes atendidas tratan de justificar la IEA con motivos que no están relacionados con el exceso alcohólico, como comer poco, la mala suerte, el estado de ánimo o echarle algo en la bebida, entre otros.

9. Los chicos y chicas que acceden en busca de atención sanitaria a los SUH se encuentran en situación de vulnerabilidad por el mal estado físico y en ocasiones

psíquico en que llegan a Urgencias, y consideramos que este hecho resulta beneficioso para actuar en la reducción del daño y reducir su incidencia.

10. Hemos tenido dificultades para recoger los datos en el SUH. Dicho problema radica en que existen diversas formas en que el consumo de drogas se relaciona con los individuos que las consumen y las consecuencias que estos les producen. Solo en aquellos casos en que el paciente es atendido por una reacción producida por la sustancia, siendo esta la causa directa, queda establecida dicha relación y se registra en la ficha clínica. Por el contrario, si la relación es indirecta, esto es, si ha habido consumo de alcohol, pero la razón por la que se atiende en Urgencias es otra (un accidente, una agresión o un actividad sexual con riesgo), no siempre la relación queda recogida en el historial del paciente. Por otro lado, en ocasiones, los usuarios deben dar su consentimiento para que se realicen los exámenes toxicológicos y suele haber negativas. Todo ello dificulta la creación de datos empíricos que contribuyan a dar visibilidad al fenómeno para poder cuantificar su impacto. Consideramos que sería conveniente mejorar el sistema de registro en consulta de Triage utilizando como motivo único de entrada «ingesta alcohólica»; así como mejorar los registros en las HC por parte del personal médico y codificar con un diagnóstico al alta estándar adecuado para todo el colectivo médico.

11. Algunos de los médicos y médicas entrevistados del SUH han desdramatizado el hecho de las IEA puntuales atendidas, actuando con cierta sensibilidad ante una intoxicación etílica que puede ser aislada y por la que una chica o chico se vea obligado a acceder a Urgencias. En este sentido, aluden a problemas éticos cuando afirman que se debería evitar la trascendencia de este hecho en la HC y que quede reflejado permanentemente en su historial, insistiendo en que puede traerle problemas futuros, precisamente por esta predisposición patologizante del paradigma médico. En este mismo orden de cosas, la posible derivación a otros centros por una IEA aislada sería un despropósito, puesto que los centros ofertados por los organismos estatales para este fin concentran jóvenes instaurados en la adicción y con otros tipos de problemas mayores, por lo que sería contraproducente para los jóvenes atendidos el ser derivados.

12. La ayuda que se les puede ofertar a las personas jóvenes es compleja. La realidad es que durante un periodo más o menos largo, en su trayectoria vital a la adultez,

realizan consumos excesivos aunque no necesiten acceder a Urgencias. Sin embargo, esta conducta va a tener por el momento más problemas asociados a conductas de riesgo que pueden llegar a ser fatales. Creemos que es, en este sentido, donde deberían de incidir las políticas públicas. Sería más eficaz actuar directamente en las zonas de ocio, informando y vigilando. Actuando en medios de información, en colegios y en universidades, trabajando con sus padres y tutores para mantener una vigilancia intensa para evitar que se produzcan esas asociaciones de riesgo. Es especialmente importante la información destinada a prevención de riesgos en el ámbito de la sexualidad, alertando de los riesgos de la promiscuidad y falta de protección. Especialmente dirigida a las chicas, más vulnerables en este sentido.

13. El estudio demuestra que el uso de cuestionarios de cribado problemático de alcohol aporta información importante acerca del consumo problemático en los jóvenes entrevistados, y consideramos que la identificación temprana facilita la posibilidad de adaptar los programas de reducción de daños, puesto que creemos que el consumo de alcohol problemático necesita de medidas excepcionales de intervención en los SUH. Es por ello que consideramos ineludible la responsabilidad de realizar una intervención breve a los jóvenes atendidos en el SUH encaminada al consumo de alcohol responsable.

BIBLIOGRAFÍA

ABANADES, S., PEIRO, A. M., Y FARRÉ, M. (2004). *Club Drugs: los viejos fármacos son las nuevas drogas de la fiesta. Medicina Clínica, 123*, 305-311.

ABAR, C. C., Y MAGGS, J. L. (2010). Social influence and selection processes as predictors of normative perceptions and alcohol use across the transition to college. *Journal of college student development, 51*(5), 496.

ABBOTT-CHAPMAN, J., Y DENHOLM, C. (2001). Adolescents' risk activities, risk hierarchies and the influence of religiosity. *Journal of Youth Studies, 4*(3), 279-297.

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.

AKERSTROM, M. (1997). Waiting-A source of hostile interaction in an emergency clinic. *Qualitative Health Research, 7*(4), 504-520.

ALDRIDGE, J., MEASHAM, F., Y WILLIAMS, L. (2011). *Illegal Leisure Revisited*. Londres: Routledge.

ALFONSO, O. R. (ED.). (2014). *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto* (Vol. 12). Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

ALI, M. M., AMIALCHUK, A., Y NIKAJ, S. (2014). Alcohol consumption and social network ties among adolescents: evidence from Add Health. *Addictive behaviors, 39*(5), 918-922.

ALLEN, D. (2002). Research involving Young people and illicit drug use: methodological and ethical concerns. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 9*, 275-283.

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.

ALONSO, L. E., Y BENITO, L. E. A. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa* (Vol. 218). Madrid: Editorial Fundamentos.

ÁLVAREZ DE LINARES, I., GARCÍA DE DIEGO, R., ARIAS MIRANDA, M. T. (2007). Estudio sobre la atención de los pacientes con intoxicaciones etílicas. *Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*, Supl 50. Recuperado de URL: <http://www.enfermeriadeurgencias.com>

ÁLVAREZ ROLDÁN, A. (2002). Divertirse con drogas. En *De la información a la intervención. 1ª Jornada de recursos públicos en drogodependencias*. Junta de Andalucía. Universidad de Granada.

AMEZCUA, M., Y PALACIOS RAMÍREZ, J. (2014). Jóvenes, alcohol y riesgo: una mirada crítica desde las teorías socio-culturales. *Index de Enfermería*, 23(3), 149-152.

AMEZCUA, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. *Index de enfermería*, 30, 30-35.

AMEZCUA, M., Y GÁLVEZ TORO, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436.

ARMSTRONG, K., WATLING, H., DAVEY, J., Y DARVELL, M. (2014). A qualitative exploration of young women's drinking experiences and associated protective behaviours. *Journal of Youth Studies*, 17(6), 749-762.

ANDERSON, Z., HUGHES, K., Y BELLIS, M. A. (2007). *Exploration of young people's experience and perceptions of violence in Liverpool's nightlife*. Liverpool: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.

ANTELO, F., BAZARGAN-HEJAZI S., ANI C., Y BAZARGAN, M. (2008). Correlates of readiness to change problema drinking among a simple of problem drinkers receiving care from an inner city emergency department. *Ethnicity & Disease*, 18(2 Supl. 2): S2-93-98.

ARANAZ ANDRÉS, J. M., 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 Clinica*, 134(13): 583-586.

ARMSTRONG, K.; WATLING, H.; DAVEY, J. Y DARVELL, M. (2014). A qualitative exploration of young women's drinking experiences and associated protective behaviours. *Journal of Youth Studies*, 17(6), 749-762.

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.

AZKUNAGA, B., MINTEGI, S., DEL ARCO, L., BIZKARRA, I., Y GRUPO DE TRABAJO (2012). Changes in the epidemiology of poisoning attended in Spanish pediatric emergency departments between 2001 and 2010: increase in ethanol intoxication. *Emergencias*, 24, 376-379.

BABOR, T. F., HIGGINS-BIDDLE, J. C., SAUNDERS, J. B., Y MONTEIRO, M. G. (2001). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Ginebra: OMS.

BACH I BACH, L. (2000). La falta de conciencia del daño alcohólico, firme impedimento para la prevención primaria y secundaria del alcoholismo. *Revista Española de Drogodependencias*, 25(2), 114-117.

BAIGORRI, A., Y CHAVES, M. M. (2006). Botellón: Más que ruido, alcohol y drogas (La sociología en su papel). *Anduli: Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, (6), 159-173.

BAIGORRI, A., CHAVES, M., FERNÁNDEZ, R., Y LÓPEZ, J. A. (2004). El botellón: localizando un conflicto postmoderno. En ÁLVAREZ SOUSA, COORD., *Turismo, ocio y Deporte*. A Coruña: Ed. Universidad de A Coruña, 110-113.

BALLBÉ, M., WALTHER, M., MONDON, S., NIEVA, G., GUAL, A., SALTÓ, E., Y COLOM, J. (2009). Impact of training in brief intervention. Differences in the hospital approach of tobacco and alcohol consumption. *Adicciones*, 21, 113-118.

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.

BARRIO, G. (2014). Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 493-513.

BARRY, A., Y PIAZZA-GARDNER, A. (2012). Drunkorexia: Understanding the Co-occurrence of Alcohol Consumption and Eating/Exercise Weight Management Behaviors. *Journal of American College Health*, 60, 236-243.

BASTIDA, N., Y FERNÁNDEZ, C. (2007). Urgencias por consumo de alcohol en Atención primaria. *Jano*, 1664, 39-34.

BECK, U., GIDDENS, A., Y LASH, S. (1997). *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Siglo XXI.

BECK, U. Y BECK-GERNSHEIM, E. (2003). *La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós.

BECKER, G. (1983). Inversión en capital humano e ingresos. En: TOHARIA, L., *Mercado de trabajo: Teorías y aplicaciones*. Madrid: Alianza Editorial, pp. 39-63.

BELLIS, M. A, Y HUGHES, K. (2003). Consumo recreativo de drogas y reducción de daños en la vida nocturna global. *Adicciones*, 15, Supl. 2.

BELLIS, M. A. Y HUGHES, K. (2004). Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*, 16, 251-260.

BELLIS, M. A., HUGHES, K., CALAFAT, A., JUAN, M., RAMÓN, A., RODRÍGUEZ, J. A., MENDES, F., SCHNITZER, S. Y PHILLIPS-HOWARD, P. (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*, 8:155. doi:10.1186/1471-2458-8-155

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.

BENDTSEN, P., DAMSGAARD, M. T., TOLSTRUP, J. S., ERSBØLL, A. K., Y HOLSTEIN, B. E. (2013). Adolescent alcohol use reflects community-level alcohol consumption irrespective of parental drinking. *Journal of Adolescent Health*, 53(3), 368-373.

BENDTSEN, P., DAMSGAARD, M. T., HUCKLE, T., CASSWELL, S., KUNTSCHKE, E., AMOLD., Y HOLSTEIN, B. E. (2014). Adolescent alcohol use: a reflection of national drinking patterns and policy? *Addiction*, 109(11), 1857-1868.

BENTON, S. L., SCHMIDT, J. L., NEWTON, F. B., SHIN, K., BENTON, S. A., Y NEWTON, D. W. (2004). College student protective strategies and drinking consequences. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(1), 115-121.

BERGH, D., HAGQUIST, C., Y STARRIN, B. (2011). Parental monitoring, peer activities and alcohol use: A study based on data on Swedish adolescents. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 18, 100-107.

BERGER, P., Y LUCKMANN, T. (1984). *La construcción social de la realidad*. Madrid: Martínez de Murguía.

BERICAT, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social*. Barcelona: Ariel.

BERNSTEIN, E. Y BERNSTEIN, J. (2008) Effectiveness of alcohol screening and brief motivational intervention in the emergency department setting. *Annals of Emergency Medicine*, 51(6), 742-750.

BEST, D., RAWAF, S., ROWLEY, J., FLOYD, K., MANNING, V., Y STRANG, J. (2001). Ethnic and gender differences in drinking and smoking among London adolescents. *Ethnicity and Health*, 6(1), 51-57.

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.

BLOW, F. C., ILGEN, M. A., WALTON, M. A, CZYZ, E. K., MCCAMMON, R., Y CHERMACK, S. T. (2009). Severity of Baseline Alcohol Use as a Moderator of Brief Interventions in the Emergency Department. *Alcohol & Alcoholism*, 44(5): 486-490.

BOGDAN, R., Y TAYLOR, S. J. (1992). The social construction of humanness: Relationships with severely disabled people. En Ferguson, P. M., FERGUSON, D. L. Y TAYLOR, S. J. (EDS.). *Interpreting disability: A qualitative reader*. Nueva York: Teachers College, Columbia University, 275-294.

BONINO, L. (2000). III. Varones, género y salud mental: deconstruyendo la "normalidad" masculina. *Nuevas masculinidades*, 2, 41.

BOUZAS, M. (2013). *Estudio epidemiológico de las intoxicaciones agudas en el Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP) entre los años 2005 y 2008*. (Tesis doctoral). Universidade de Santiago de Compostela.

BLUM, J. (1987). En PORCIEL, A. J. *El consumo de bebidas alcohólicas. Un estudio en los estudiantes del Nordeste Argentino*. Corrientes: Instituto de criminalística y criminología-UNNE.

BLUM, R. W. (1987). Dependencia química en los adolescentes: problemas de diagnóstico y de tratamiento. *Pediatric Clinics of North America*, 2, 565-580.

BLUEBOND-LANGNER, M. (1978). *The private worlds of dying Children*. Princeton: Princeton University Press.

BLUMER, H. (1982). *Perspectiva y método*. Barcelona: Hora Nova.

BLUMER, H. (1981). El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona: Hora Nova.

BRANSTETTER, S., LOW, S., Y FURMAN, W. (2011). The influence of parents and friends on adolescent substance use: a multidimensional approach. *Journal of Substance Use*, 16, 150-160.

BROWN, S. A., MCGUE, M., MAGGS, J., SCHLENBERG, J., HINGSIN, R., SWARTZWELDER, S., Y MURPHY, S. (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*, 121 (sup. 4), 290-310.

BUGARÍN, R., GALEGO, P., GUDE, F., GARCÍA, A., Y GALBÁN, C. (2002). Estudio de las intoxicaciones etílicas agudas en un Servicio de Urgencias. *Anales de Medicina Interna*, Vol. 17, 11, 588-591.

BURKE, L. M., HAWLEY, J. A., WONG, S. H., Y JEUKENDRUP, A. E. (2011). Carbohydrates for training and competition. *Journal of Sports Sciences*, 29 (1), 17-27. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/02640414.2011.585473>

BURKE, L. (2009). *Nutricion En El Deporte/Nutrition in Sport: Un Enfoque Práctico/a Practical Approach*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

CABALLERO-VALLES, P.J., DORADO-POMBO, S. S., DÍAZ BRASERO, A., GARCÍA-GIL, M. E, YUBERO-SALGADO, L., TORRENS-PACHO, N., ET AL. (2008). Vigilancia epidemiológica de la intoxicación etílica aguda en el área sur de la comunidad de Madrid: estudio VEIA 2004. *Anales de Medicina Interna*, 25, 262-268.

CADAVEIRA MAHÍA, F. (2011). Alcohol and adolescent brain. *Adicciones*, 21(1), 9-14.

CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E., CASTILLO, A., FERNÁNDEZ, C., FRANCO, M., PEREIRO,

C. Y ROS, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17(3), 193-202.

CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E. Y MANTECÓN, A (2008). ¿Qué drogas prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos? *Adicciones*, 20(1), 37-48.

CALAFAT FAR, A., ADROVER ROIG, D., JUAN JEREZ, M., Y BLAY FRANZKE, N. T. (2008). Relación del consumo de alcohol y drogas de los jóvenes españoles con la siniestralidad vial durante la vida recreativa nocturna en tres comunidades autónomas en 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 323-331.

CARAPINHEIRO, G. (1998). *Saberes y poderes en el hospital: una sociología de los servicios hospitalarios*. (3ª ed.). Porto: Afrontamiento.

CARBONELL TORREGROSA, M. A., GIRBÉS BORRÁS, J., Y CALDUDUCH 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.

CARROLL, J. (1993). Attitudes of professional to drug abusers. *British Journal of Nursing*, 2(14): 705-711.

CARPINTERO ESCUDERO, J M., OCHOA GÓMEZ, F., RUIZ ASPLAZU J., BRAGADO BLAS, L., PALACIOS MARÍN G., RAMALLE-GÓMARA, E. (2000). Prevalencia de las intoxicaciones agudas en urgencias de la Rioja. *Emergencias: Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 12, 92-97.

CASAS, M, FRANCO, M. D., Y GOIKOLEA, J. M. (2008). Trastorno bipolar asociado al uso de sustancias adictivas (patología dual). Revisión sistemática de la evidencia científica y consenso entre profesionales expertos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(6), 350-361.

CASAS, M., GUAL, A. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14 (Supl. 1), 195-219.

CAUDILL, W. (1958). *The psychiatric hospital as a small society*. Cambridge: Harvard University Press.

CEA D'ANCONA, M. A. (1998). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

CHANG, LI-JUNG, LO, SHU-FEN, Y HAYTER, M. (2011) Drinking Behaviors: The Life Narratives of Indigenous Bunun women in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 19(2), 83-93.

CHERPITEL, C., Y RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (2005). Cribado de problemas de alcohol e intervención breve en urgencias: una oportunidad para la prevención. *Adicciones*, 17(3), 181-193.

CHERPITEL, C. J., YE, Y., MOSKALEWICZ, J., Y SWIATKIEWICZ, G. (2005). Screening for alcohol problems in two emergency service samples in Poland: comparison of the RAPS4, CAGE and AUDIT. *Drug and alcohol dependence*, 80(2), 201-207.

CHUO LAU, J. B., MAGAREY, J., Y WIECHULA, R. (2012) Violence in the emergency department: An ethnographic study (part II). *International Emergency Nursing*, 20(3), 126-132.

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.

COMAS, D. (1990). *El síndrome de Haddock: Alcohol y drogas en enseñanzas medias*. Madrid: Centro de Investigación, Documentación y Evaluación.

COMAS, D. (1994). El educador social en drogodependencias. En MUÑOZ SEDANO, A. *El educador social: profesión y formación universitaria: Semana de educación social*. Madrid: Popular.

COMAS, R., JIMÉNEZ, A., ACERO, A. Y CARBALLO, C. (2007). Variables psicosociales del consumo de cannabis en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 2, 162-180.

Comisión Clínica de la Delegación de Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2007. Recuperado de URL: <http://www.pnsd.msc.es/categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdh> (revisado15/11/2009).

CONDE, K., REMAGGI, M. L, Y CREMONTE, M. (2014). Alcohol y amnesia en universitarios de Argentina y España: prevalencia y predicción. Alcohol and blackout in university students of Argentina and Spain: prevalence and prediction. *Health and Addictions/ Salud y Drogas*, 14(1).

Consejería de Salud. Plan Funcional de la Sección de Urgencias del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

COOPER, L. M. (2002). Alcohol use and risk sexual behavior among college student and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol*, Supplement, 14, 101-117.

COOPER, S., ENDACOTT, R., Y CHAPMAN, Y. (2009). Qualitative research: specific desings for cualitative research in emergency care? *Emergency Medicine Journal*, 26, 773-776.

COOKE, M. W., Y JINKS, S. (1999). Does the Manchester triage system detect the critically ill? *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 16(3), 179-181.

CÓRDOBA, R., CABEZAS, C., CAMARELLES, F., GÓMEZ, J., HERRÁEZ, D. D., LÓPEZ, A., ... Y MARQUÉS, F. (2012). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención primaria*, 44, 16-22.

CORTÉS TOMÁS, M.T., ESPEJO TORT, B., Y GIMÉNEZ COSTA, J. A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19(4), 357-372.

CORTES TOMÁS, M. T., TORT, B. E., DEL RÍO, B. M., Y IÑIGUEZ, C. G. (2010) Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la practica del botellón en tres ciudades

españolas. *Psicothema*, 22(3), 363-368.

CORTÉS, M. T., ESPEJO, B., GIMÉNEZ, J. A., LUQUE, L., GÓMEZ, R., Y MOTOS, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Health and Addictions/ Salud y Drogas*, 11(2), 179-202.

CORTÉS, M. T. (2012). Determinantes psico-sociales relacionados con el consumo intensivo de alcohol de mujeres jóvenes. *Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre* (78), 30-33.

CORTÉS, M. T., COSTA, J. A. G., SELLES, P. M., Y MAHÍA, F. C. (2014). The importance of expectations in the relationship between impulsivity and binge drinking among university students. *Adicciones*, 26(2), 134-145.

COSER, R. L. (1962). *Life in the Ward*. East Lansing: Michigan State University Press.

COSTA MENDES, I. A., VILLAR, L., Y MARGARITA, A. (2004). Uso de sustancias psicoactivas, un nuevo desafío. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, nº especial Ribeirão.

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 enólica aguda. *Anales de Pediatría*, 76(1), 30-37.

COSTA, J. A. G., SELLES, P. M., Y TOMÁS, M. T. C. (2014). Factores asociados en la relación alcohol-conducción en jóvenes conductores. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 14(1), 15-26.

COSTA, J A.G. (2011). *Análisis de los determinantes cognitivos que subyacen a la conducta de consumo intensivo de alcohol en jóvenes utilizando como marco de referencia la teoría de la conducta planificada*. Valencia: Departament de psicología básica. Universitat de Valencia.

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.

CRAWFORD, M. J., PATTON, R., TOUQUET, R., DRUMMOND, C., BYFORD, S., BARRETT, B., ... Y HENRY, J. A. (2004). Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet*, 364(9442), 1334-1339.

CSIPKE, E., TOUQUET, R., PATEL, T., FRANKLIN, J., BROWN, A., HOLLOWAY, P., ... Y CRAWFORD, M. J. (2007). Use of blood alcohol concentration in resuscitation room patients. *Emergency Medicine Journal*, 24(8), 535-538.

CUESTA, C. DE LA (1997). Investigación cualitativa en el campo de la salud. *Revista Rol de Enfermería*, 13-16.

CUESTA, C. DE LA (2000). Investigación cualitativa y enfermería. *Index de enfermería*, 29(28), 7.

CUFF, E. C., SHARROCK, W. W., DENNIS, A. J., Y FRANCIS, D. W. (2006). *Perspectives in Sociology*. Londres: Routledge.

CULLEN, F. (2011). «The only time I feel girly is when I go out»: Drinking stories, Teenage girls, and respectable femininities. *International Journal of Adolescence and Youth*, 16(2), 119-138.

CUNNINGHAM, P. J., FELLAND, L. E., GINSBURG, P. B., Y PHAM, H. H. (2011). Qualitative Methods: A crucial Tool for Understanding Changes in Health Systems and Health Care Delivery. *Medical Care Research Review Journal*, 68, 34-40.

CURRIE C, ET AL., (EDS.). (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: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. 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.

DELGADO, B.; BAUTISTA, R.; INGLÉS, C. J.; ESPADA, J. P.; TORREGROSA, M. S., Y GARCÍA-FERNÁNDEZ, J. M. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Salud y drogas*, 5(2), 55-65.

DEMANT, J., Y JÄRVINEN, M. (2006). Constructing maturity through alcohol experience—Focus group interviews with teenagers. *Addiction Research & Theory*, 14(6), 589-602.

DE MIGUEL BOUZAS, J. C., TUBÍO, E. C., BARRERA, A. M. B., GÓMEZ, P. F., NÚÑEZ J. C. E., Y DUQUE, M. J. T. (2012). Estudio epidemiológico de las intoxicaciones agudas atendidas en un hospital gallego entre 2005 y 2008. *Adicciones*, 24(3), 239-246.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre Drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2015. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid 2015. Recuperado de URL: http://www.pnsd.msc.es/categoria2/observa/pdf/Estudes2015_web.pdf

Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2008. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid.

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.

DONOVAN, J. Y MOLINA, B. (2013). Types of Alcohol Use Experience From Childhood Through Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 53, 453-459.

DÍAZ-CONTRERAS, M. R., GUERRERO LÓPEZ, F., HERRERA PARA, L., PINO-SÁNCHEZ, F., LARA-ROSALES, R., LÓPEZ-GUARNIDO, O., Y FERNÁNDEZ-MONDÉJAR, E. (2008). Incidencia del consumo de tóxicos en pacientes con traumatismos graves. *Medicina Intensiva*, 32, 222-226.

DÍEZ, E; BARNIOL, J; NEBOT, M; JUÁREZ, O; MARTÍN, M., Y VILLALBÍ HERETER, J. R. (1998). Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis». *Gaceta Sanitaria*, 12(6), 272-280.

DISCHINGER, P. C., MITCHELL, K. A., KUFERA, J. A., SODERSTROM, C. A., Y LOWENFELS, A. B. (2001). A longitudinal study of former trauma center patients: the association between toxicology status and subsequent injury mortality. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 51(5), 877-886.

D'ONOFRIO, G., Y DEGUTIS, L. C. (2002). Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 9(6), 627-638.

DOUGLAS, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.

DWORKIN, J. (2005). Risk taking as developmentally appropriate experimentation for college students. *Journal of Adolescent Research*, 20(2), 219-241.

ELZO, J., LAESPADA, M. T., Y PALLARÉS, J. (2003). Más allá del botellón. Análisis socioantropológico del consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad.

EMSLIE, C., LEWARS, H., BATTY, G.D., Y HUNT, K. (2009). Are there gender differences in levels of heavy, binge and problem drinking? Evidence from three generations in the west of Scotland. *Public Health*, 123(1), 12-14.

Encuesta domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España. (EDADES) 2014. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio Español sobre Drogas. Recuperado de URL: http://www.mir.es/pnd/observa/pdf/domiciliaria_2014.pdf

Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España. (EDADES) 2015. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio Español sobre Drogas. Recuperado de URL: <http://www.mir.es/pnd/observa/pdf/domiciliaria2015.pdf>

ESCOHOTADO, A. (1989). *Historia de las drogas*. (Vol. 1, 2 y 3). Madrid: Alianza Editorial.

ESCUADERO-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.

ESPADA, J. P., PEREIRA, J. R., Y GARCÍA-FERNÁNDEZ, J. M. (2008) Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*.

ESPEJO, T, B., TOMÁS, M. T. C., COSTA, J. A. G., LUQUE, L. E., Y GÓMEZ, R. Á. (2011). Elaboración de un cuestionario basado en la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen para evaluar el consumo de alcohol en atracción en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, (4), 403-416.

ESSAU, C. A. (2004). The association between family factors and depressive disorders in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), 365-372.

ESTEBAN, M. L. (2004). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC*, 12. Consultado en 05, 11, 2007. Recuperado de URL: <http://www.ehu.es/CEIC/papeles/12.pdf>.

ESTEBAN, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2(1), 9-20.

FAADIS (Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social) (2009). La población andaluza ante las drogas XI. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones de Andalucía.

FAADIS (Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social). (2012). La población andaluza ante las drogas XII. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social Andalucía, Dirección general para las Drogodependencias y Adicciones en Andalucía.

FARKE, W., Y ANDERSON, P. (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa. «Binge Drinking in Europe». *Adicciones*, 19(4), 333-339.

FERNÁNDEZ, S. Y LAPETINA, A. (2008). Contacto: Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el Primer Nivel de Atención en Salud y otros contextos clínicos y comunitarios. Montevideo: Frontera. Recuperado de URL: <http://www.dropbox.com/sh/sk6lnvkqjika3p0/AAACZxJKPP0BTIMvt4KJ7hBca/Guia%20Contacto%20Fernandez%20Lapetina.pdf>

FIELD, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. Londres: Sage.

FISCHER, J. L., FITZPATRICK, J., CLEVELAND, B., LEE, J. M., MCKNIGHT, A. Y MILLER, B. (2005). Binge drinking in the context of romantic relationships. *Addictive Behaviors*, 30(8), 1496-1516. doi:10.1016/j.addbeh.2005.03.004

FLEMING, M. F., MUNDT, M. P., FRENCH, M. T., MANWELL, L. B., STAUFFACHER, E. A., Y BARRY, K. L. (2000). Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care*, 38(1), 7-18.

FOLGAR, L. (2002). Aportes antropológicos sobre la construcción del tema «drogas». Recuperado de www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/.../articulo_02.pdf

FORSBERG, L., EKMAN, S., HALLDIN, J., Y RÖNNBERG, S. (2000). Brief interventions for risk consumption of alcohol at an emergency surgical ward. *Addictive behaviors*, 25(3), 471-475.

FOUCAULT, M. (1973). *The birth of the clinic*. Nueva York: Vintage Books. [Trad. cast.: *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. (1975). Madrid: Siglo XXI.]

FRANCE, A. (2000). Towards a Sociological Understanding of Youth and their Risk-taking. *Journal of Youth Studies*, 3(3), 317-331.

FRIEDMAN, H. (2002). *Health Psychology*. Upper Saddle River, Nueva Jersey, Pearson Education.

FREIDSON, E. (1970). *Profession of Medicine*. Nueva York: Harper and Row.

FREIXA, F. (2005). Salud pública y bebidas alcohólicas. *Revista Española de Drogodependencias*, 30, 3-4, 243-262.

FRY, M. (2012). An ethnography: Understanding emergency nursing practice belief systems. *International Emergency Nursing*, 20(3),120-125.

FURLONG, A., Y CARTMEL, F. (1997). *Young People and Social Change*. Buckingham: Open University Press.

GALLARDO ORTEGA, D. F. (2008). Impacto de los puntos de atención continuada sobre la utilización de un Servicio de Urgencias hospitalario. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

GARCÍA-BERMEJO, P., PLATERO, J. M., LÓPEZ, J. R., SORIA, J. M., SERRANO, C. T., Y GINÉS, E. T. (2008). Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 20(1), 8-14.

GARDNER, M., Y STEINBERG, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study. *Developmental psychology*, 41(4), 625.

GARLET, E. R., LIMA, M. A. D. DA 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.

GEEST, S., Y FINKLER, K. (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*, 59(10), 1995-2001

GEERTZ, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa.

GIDDENS, A. (1999). Risk and responsibility. *The Modern Law Review*, 6 (1), 1-10.

GIESBRECHT, N. (1999) Reducing risks associated with drinking among young adults: promoting knowledge-based perspectives and harm reduction strategies. *Addiction*, 94, 353-355.

GIESBRECHT, N. (2008). Desarrollos recientes sobre el consumo global de alcohol y consumos de alto riesgo: argumentos a favor de las intervenciones efectivas a nivel de población en Canadá. *Adicciones*, 20(3), 207-219.

GIL GARCÍA, E., Y ROMO AVILÉS, N. (2008). Conductas de riesgo en adolescentes urbanos andaluces. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales* 66(129), 493-509.

GIL VILLA, F. (2007). *La delincuencia y su circunstancia: Sociología del crimen y de la desviación*. Valencia: Tirant lo Blanch.

GILBERT, J., Y PEARSON, E. (2003). *Cultura y políticas de la música dance: disco, hip-hop, house, techno, drum'n'bass y garage* (Vol. 147). Barcelona: Editorial Paidós.

GILL, M. R., REILEY, D. G., Y GREEN, S. M. (2004). Interrater Reliability of Glasgow Coma Scale Scores in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 43, 215-223.

GOFFMAN, E. (1984). *Sobre las características de las instituciones totales. Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos aires: Amorrortu.

GOLDBERG, J. H., HALPERN-FELSHER, B. L., Y MILLSTEIN, S. G. (2002). Beyond invulnerability: the importance of benefits in adolescents' decision to drink alcohol. *Health Psychology*, 21(5), 477.

GÓMEZ, C. (2025). «Mitos y realidades sobre la sexualidad y anticoncepción en las millennial españolas». Día Mundial de la Anticoncepción. Estudio Farmacéutica Bayer.

GÓMEZ-FRAGUELA, J. A., FERNÁNDEZ PEREZ N., ROMERO TRIÑANES, E., Y LUENGO MARTÍN, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20(2): 211-217.

GÓMEZ MOYA, J., ARNAL GÓMEZ, A., MUÑOZ RODRÍGUEZ, D., Y MARTÍNEZ VILANOVA, A. M. (2010). Mujeres y uso del alcohol en las sociedades contemporáneas. *Revista Española de Drogodependencias*, 3, 273-284.

GONZÁLEZ, A. M., JIMÉNEZ, S. B., Y RUBIO, J. M. (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 9(92), 205-226.

GOSSOP, M. (1996). En FOLGAR, L. (2002). Aportes antropológicos sobre la construcción del tema «drogas». Recuperado de www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/.../articulo_02.pdf

GRAHAM, P. (2004). THE END ADOLESCENCE. Oxford: Oxford University Press.

GRIFFIN, C., SZMIGIN, I., BENGRY-HOWELL, A., HACKLEY, C., Y MISTRAL, W. (2012). Inhabiting the contradictions: Hypersexual femininity and the culture of intoxication among young women in the UK. *Feminism & Psychology*. doi: 10.1177/0959353512468860

GUAL A., LLIGONA, A, Y COLOM, J. (2000). Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol Alcohol.*, 34:183-92.

GUALLAR-CASTILLÓN, P., RODRÍGUEZ ARTALEJO, F., GAÑAN, L D., BANEGAS, J B., URDINGUIO, P L., Y CABRERA, R. H. (2001). Consumption of alcoholic beverages and subjective health in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(9), 648-652.

Guasch, Ó. (2002). *Observación participante*. Cuadernos Metodológicos CIS, 20. Centro de investigaciones sociológicas, Madrid.

GUBER, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad* (Vol. 11). Bogotá: Editorial Norma.

GUO, J., HILL, K., HAWKINS D., CATALANO, R., Y ABBOTT, R. (2002), A Developmental Analysis of Sociodemographic, Family, and Peer Effectson Adolescent Illicit Drug Initiation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(7), 838-845.

HALIM, A., HASKING, P., Y ALLEN, F. (2012). The role of social drinking motives in the relationship between social norms and alcohol consumption. *Addictive behaviors*, 37(12), 1335-1341.

ATKINSON, P., Y HAMMERSLEY, M. (1994). Ethnography and participant observation. *Handbook of qualitative research*, 1(23), 248-261.

HARAWAY, D. (1995). *Ciencia, cyborg y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

HARDY, L. Y JIMÉNEZ, A. (2001). Masculinidad y género. *Revista cubana de salud pública*, 27(2), 77-88.

HARRIS, A. (2004). *Future girl: Young women in the twenty-first century*. Londres: Psychology Press.

HASKING, P., LYVERS, M., Y CARLOPIO, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive behaviors*, 36(5), 479-487.

HEATH, D. (1991). The mutual relevance of anthropological perspectives in alcohol studies. En ROMAN, M. P. (ED.). *Alcohol the development of sociological perspectives on use and abuse*. New Brunswick, New Jersey: Publications Division, Rutgers Center of Alcohol Studies, 19991, pp.125-143.

HEATHER, N., Y KANER, E. (2001). Intervenciones breves: una oportunidad para reducir el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 13(4), 463-474.

HEATHER, N. (1999). Beyond alcoholism: modern perspectives on alcohol dependence and problems. *Adicciones*, 11(2).

HENDERSON, S., STACEY, C. L., Y DOHAM, D. (2008). Social stigma and the dilemmas of providing care to substance users in a safety-net emergency department. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19, 1336-1349.

HIDALGO, I., GARRIDO, G., Y HERNÁNDEZ, M. (2000). Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health*, 27(5), 351-360.

HOAKEN, P. N., Y STEWART, S. H., (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive behaviors*, 28(9), 1533-1554.

HOLLAR, D. Y MOORE, D. (2004). Relationship of substance use by students with disabilities to long-term educational, employment, and social outcome. *Substance Use and Misuse*, 39(6), 931-962.

HOLLOWAY, I., Y WHEELER, S. (1996). *Qualitative research for nurses*. Nueva Jersey: Wiley-Blackwell Science.

HUTTON, F., WRIGHT, S., Y SAUNDERS, E. (2013). Cultures of intoxication: Young women, alcohol, and harm reduction. *Contemporary Drug Problems*, 40(4), 451-480.

IBÁÑEZ GALLARDO, D. J., CARBONELL TORREGROSA, M. A., Y MARTÍNEZ, P. (2007). Situaciones éticas del alcohol y otras drogas en urgencias de un hospital comarcal. Realidad actual. XXXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, pp. 74-75. *Adicciones*.

Informe sobre las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas monitorizadas en dos Hospitales de Andalucía. 2014. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Recuperado de URL: <http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybieness>

INGERSOLL, G. M., Y ORR, D. P. (1989). Behavioral and emotional risk in early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 9(4), 396-408.

INGLÉS, C. J., DELGADO, B., BAUTISTA, R., TORREGROSA, M. S., ESPADA, J. P., GARCÍA-FERNÁNDEZ, J. M., ... Y GARCÍA-LÓPEZ, L. J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420.

IREFREA. El consumo de drogas en el contexto recreativo y sus consecuencias en los Servicios de Urgencias Médicos. (SUM). Anexo 4. Informe científico Estudio financiado por el PNSD 2008. Ministerio de Sanidad y consumo.

JANESICK, V. J. (2000). La danza del diseño de la investigación cualitativa: Metáfora, metodolatría y significado. En DENMAN, C. A., Y HARO, J. A. (Eds). *Por los rincones. Antología de métodos cualiativos en la investigación social*. Sonora, El Colegio de Sonora, pp.227-251.

JANSSEN, M. M., MATHIJSEN, J. J. P., VAN BON-MARTENS, M. J. H., VAN OERS, H. A. M., Y GARRETSEN H. F. L. (2014). A qualitative exploration of attitudes towards alcohol, and the role of parents and peers of two alcohol-attitude-based segments generations in the west os Scotland. *Public Health*, 123(1), 12-14.

JARVIS, T. J. (1992). Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British journal of addiction*, 87(9), 1249-1261.

JEFFERIS, B. J. M. H., POWER, C., Y MANOR, O. (2005). Adolescent drinking level and adult binge drinking in a national birth cohort. *Addiction*, 100(4), 543-549.

JESSOR, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597-605.

JIMÉNEZ, A., Y HARDY, E. (2008). Masculinidad y género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(2), 77-88.

JIMÉNEZ, M., DE LA VILLA, M Y OVEJERO, A.(2011) Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles. Tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universites Psychologica*, 10(1), 71-78.

JOHSON, P., (2013). You think you're a rebel on a big bottle': teenage drinking, peers and performance authenticity. *Journal of Youth Studies*, 16, 747-758.

JONES, S. (1985): «Depth Interviewing», en *Applied Qualitative Research*, Hants y Vermont, Gower, pp. 45-55.

KAHLER, C. W., STRONG, D. R., READ, J. P., PALFAI, T. P., Y WOOD, M. D. (2004). Mapping the continuum of alcohol problems in college students: a Rasch model analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 322.

KANER, E. F., BEYER, F., DICKINSON, H. O., PIENAAR, E., CAMPBELL, F., SCHLESINGER, C., ... Y BURNAND, B. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2.

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.

KODJO, C. M., AUINGER, P., Y RYAN, S. A. (2004). Prevalence of, and factors associated with, adolescent physical fighting while under the influence of alcohol or drugs. *Journal of Adolescent Health*, 35 (4), 345.e11-6.

KUCKERT, A. (2001). Fremde Sprachen, andere Sitten: Kulturkennis in der Pflege. (Tesis Doctoral). Universidad de Ámsterdam.

KUNTSCHKE, E. Y COOPER, M. L. (2010). Drinking to have fun and to get drunk: Motives as predictors of weekend drinking over and above usual drinking habits. *Drug and Alcohol Dependence*, 110, 259-262.

KUNTSCHKE, E., GABHAINN, S. N., ROBERTS, C., WINDLIN, B., VIENO, A., BENDTSEN, P., ... Y WICKI, M. (2014). Drinking motives and links to alcohol use in 13 European countries.

Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 75(3), 428-437.

KUPER, A., REEVES, S., Y LEVINSON, W. (2008). An introduction to reading and appraising qualitative research. *The BMJ*, 337.

LAESPADA, M. T., AROSTEGI, E., Y IRAURGI, I. (2004). Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en los jóvenes de la CAPV. Observatorio Vasco de Drogodependencias, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. Vitoria-Gasteiz: Editorial Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

LAESPADA, M. T., IRAURGI, I. (2011) Diversidad sociocultural y drogodependencias: avances en drogodependencias. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias.

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.

LANGDON, E., Y WILK, F. B.(2010. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 177-185.

LARROSA, S. L., Y PALOMO, J. L. R. A. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.

LEININGER, M. (1991). Culture care diversity and universality: A theory of nursing. Nueva York: National League for Nursing Press (redistribuido por Jones and Bartlett Publishers, Inc., Nueva York, 2001).

LEMERT, E. M (1951). *Social pathology: A systematic approach to the theory of sociopathic behavior*. Nueva York: McGraw-Hill.

LESJAK, M.S., MCMAHON, G. J., ZANETTE, L. (2008). *Rural Remote Health*, 8(2), 878.

LIGHTFOOT, C. (1997). *The culture of adolescent risk taking*. Nueva York: Guilford Press.

LINGARD, L., ALBERT, M., Y LEVINSON, W. (2008). Grounded theory, mixed methods, and action research. *The BMJ*, 337.

LLANO, J. DEL, 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., SUELEVES, J. M., Y ESTUDES WORKING GROUP (2011). Effects of socialization and family factor son adolescent aexcessive drinking in Spain. *Prevention Science*, 12(2), 150-161.

LONDOÑO PÉREZ, C., GARCÍA HERNÁNDEZ, W., VALENCIA LARA, S. C., Y VINACCIA ALPI, S. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*, diciembre-Sin mes, 259-267.

LONG, D., HUNTER, C., Y VAN DER GEEST, S. (2008). When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Anthropology and Medicine*, 15(2), 71-78.

LÓPEZ, E. R. L. (2004). Adolescentes y alcohol: la búsqueda de sensaciones en un contexto social y cultural que fomenta el consumo. *Apuntes de psicología*, 22(3), 403-420.

LÓPEZ-FRÍAS, M., FERNÁNDEZ, M. DE LA FE, PLANELLS, E., MIRANDA, M. T., MATAIX, J., Y LLOPIS, J. (2001). Alcohol consumption and academic performance in a population of Spanish high school students. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(6), 741-744.

LYONS, A. Y WILLOTT, S. A. (2008). Alcohol consumption, gender identities and women's changing social positions. *Sex Roles*, 59, 694-712.

MADDEN, J. S. (1985). *Alcoholismo y farmacodependencia*. Mexico: Manual Moderno.

MARCH CERDÁ, J. C., PRIETO RODRÍGUEZ, M. A., DANET, A., ESCUDERO CARRETERO, M., LÓPEZ DOBLAS, M., Y LUQUE MARTÍN, N. (2010a). El consumo de alcohol en los

adolescentes: una aproximación cualitativa desde los docentes. *Trastornos Adictivos*, 12, 65-71).

MARCH CERDÁ, J. C., RODRÍGUEZ, M. Á. P., DANET, A., SUESS, A., ROMÁN, P. R., Y TOYOS, N. G. (2012). El consumo de alcohol en la población joven (12-17 años). El punto de vista de los profesionales de la salud. *Atención Primaria*, 44(9), 527-531.

MARCOS, N. S., CONSTANTÍ, V. A, MAZA, V. T. S. DE LA., BARCENILLA, A. C., COSTA, J. M., Y CUBELLS, C. I. (2009). Consultas por intoxicación etílica aguda en un Servicio de Urgencias pediátricas. En *Anales de Pediatría*, 70(2), 132-136.

MARTIN G, Y MURILLO, C. (2004). Demanda intradiaria de un Servicio de Urgencias hospitalario. Análisis del comportamiento estacional. *Cuadernos económicos de I.C.E.*, 67, 107-133.

MARTIN, A., Y STENNER, P. (2004). Talking about drug use: what are we (and our participants) doing in qualitative research? *International Journal of Drug Policy*, 15(5), 395-405.

MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. (2000). Anatomía de una ilusión: el DSM-IV y la biologización de la cultura. En *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 249-276). Bellaterra.

MARTÍNEZ, HERNÁEZ, A. (2005) Metáforas ocultas: sobre la invisibilidad del poder biomédico. En: PÉREZ TAYLOR, R. (ED.). Las expresiones del poder. IV Coloquio Paul Kirchhoff. Homenaje al Doctor Claudio Esteva Fabregat. Mexico: Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, 2005: 219-281.

MARTÍNEZ HERNÁEZ, Á. (2008). Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos.

MATALÍ COSTA, J., GALLEGO, M. P., MAZA, V. T. S. DE LA, TRONCOSO, E. S., FRAILE, S. G., Y CUBELLS, C. L. (2009). Consumo de drogas en adolescentes. Dilema ético en el abordaje diagnóstico-terapéutico. En *Anales de Pediatría*, 70(4), pp. 386-390.

MATTINGLY, C. (1998). Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience. Cambridge: Cambridge University Press.

MAZA, V. T. S, DE LA, BARCENILLA, A. I. C., CONSTANTÍ, V. A., Y CUBELLS, C. L. (2015). Six year follow-up of cases of acute alcoholic intoxication among teenagers attended at an emergency department. *Medicina clínica* (English Edition).

MEAD, M. (1934). The use of primitive material in the study of personality. *Journal of Personality*, 3(1), 3-16.

MEASHAM, F. (2002). «Doing gender» – «doing drugs»: Conceptualising the gendering of drug cultures. *Contemporary Drug Problems*, 29(2), 335-373.

MEASHAM, F. (2006). The new policy mix: Alcohol, harm minimisation, and determined drunkenness in contemporary society. *International Journal of Drug Policy*, 17, 258-268.

MELLO, M. J., LONGABAUGH, R., BAIRD, J., NIRENBERG, T., Y WOOLARD, R. (2008). DIAL: a telephone brief intervention for high-risk alcohol use with injured emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*, 51(6), 755-764.

MENÉNDEZ, E. (1991). Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes. *Alteridades*, 1(1), 21-32.

MENDOZA, Z. (1994). *De lo Biomédico a lo popular, el proceso salud enfermedad. Atención en San Juan Copala, Oaxaca.* (Tesis de Maestría), Escuela Nacional de Antropología e Historia, ENAH, México

MENESES, C., OLIVARES, J. U., Y GIMÉNEZ, S. (2008). Comportamientos de riesgo en los adolescentes madrileños. *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 66(129), 461-492.

MENESES, C., ROMO, N., UROZ, J., GIL, E., MARKEZ, I., GIMÉNEZ, S., ET AL. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Revista Trastornos Adictivos*, 11, 51-63).

MENESES, C. (2011): Asumir riesgos para madurar en la adolescencia. En TORRE, J. DE LA, (Ed.) *Adolescencia, menor maduro y bioética*. Madrid. Universidad Pontificia Comillas.

MENESES, C., RÚA, A., ROMO, N., GIL, E., UROZ, J., Y MARKEZ, I. (2012). Co-occurrence of risk behaviors among Spanish adolescents. *Revista Internacional de Sociología*, 70, 665-689.

MENESES, C., MARKEZ, I., ROMO, N., UROZ, J., RUA, A., Y LAESPADA, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 33(119), 525-535.

MERLINSKY, G. (2006). La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado. Cinta de Moebio. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, 27.

MILES, M. B., Y HUBERMAN, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: an Expanded Source Book* (2ª ed.). Londres: Sage.

MILLÁ, J. (2001). Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. *Medicina Clínica*, 117, 295-296.

MILLER, J. W., NAIMI, T. S., BREWER, R. D., Y JONES, S. E. (2007). Binge drinking and associated health risk behavior among High School students. *Pediatrics*, 119, 76-85.

MIRÓ, O., SESMA, J., Y BURILLO-PUTZE, G. (2010). La investigación en medicina de urgencias y emergencias. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 215-227. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

MONDÉJAR, E. F. (2008). Alcohol y drogas de abuso en patología traumática. Necesidad de screening rutinario para implantación de programas de prevención secundaria. *Medicina intensiva*, 32(1), 45-47.

MONDÉJAR, E. F., Y GUERRERO LÓPEZ, M. (2012) La prevención secundaria en patología traumática. ¿Influye el interés comercial en la implementación de la evidencia científica? *Medicina Clínica*, 4, pp. 62-63.

MONDÉJAR, E. F. GUERRERO LÓPEZ, M. QUINTANA, E. ALTED, E. MIÑAMBRES, I., Y SALINAS GABIÑA. (2009). Prevención secundaria en traumatizados relacionados con alcohol y drogas. Resultados de una encuesta nacional. *Medicina Intensiva*, 33, 321-326.

MONDRAGÓN, L., ROMERO, M., Y BORGE, G. (2008). Etnografía en una sala de emergencias: evaluación de pacientes con consumo de alcohol. *Revista de Salud Pública de México*, 50(4), 308-315.

MONTES RODRÍGUEZ, M. P. (2012). La venta de bebidas alcohólicas a menores en el Derecho español. *Revista española de drogodependencias*, (2), 205-218.

MONTI, P. M., BARNETT, N. P., COLBY, S. M., GWALTNEY, C. J., SPIRITO, A., ROHSENOW, D. J., Y WOOLARD, R. Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction*, 102(8), 1234-1243.

MONTICELLI, M., Y ELSEN, I. (2004). El hospital como una realidad clínica: una comprensión a partir del encuentro entre las trabajadoras de enfermería y familias de un servicio de alojamiento conjunto. *Horizonte de Enfermería*, 15, 37-52.

MORENO, C., MUÑOZ-TINOCO, V., PÉREZ MORENO, P. J., SÁNCHEZ-QUEIJA, I., GRANADO-ALCÓN, M. C., RAMOS, P., Y RIVERA, F. (2008). *Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

MORENO, E. (1996) Atención urgente o consulta rápida: necesidad de un modelo de respuesta a la demanda social. *Medicina Clínica*, 106, 478.

MORENO, M. (2011). Las páginas de Facebook podrían ofrecer pistas sobre el consumo de alcohol entre los menores de edad. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUUNIH. Institutos Nacionales de la Salud. Recuperado de URL: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_117177.html

MORSE, J. M. (2005). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Alicante: Universidad de Alicante. Servicio de Publicaciones.

MORTON-WILLIAMS, J. (1985). *Making qualitative research work-aspects of administration. Applied qualitative research*. Brookfield, Vt: Gower Publishing, pp. 27-44.

MUÑOZ, K., PAZ, F., SÁNCHEZ, E., GIRALT, R., PLANS, A. Y SANZ, J. (2003). *Intoxicaciones étílicas de adolescents en urgencias. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*. Madrid: Biblioteca virtual. Recuperado de URL: <http://www.enefermeriadeurgencias.com>

MUSZLAK, M., Y PICHEROT, G. (2006). Emergency room management of acute alcohol intoxication in adolescent. A French multicentre prospective survey. *Alcoologie et Addictologie*, 28, 4-11.

National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. (2004) NIAAA council approves definition of binge drinking. *NIAAA newsletter*, 3 (3).

NEALE, J. (1999). Understanding drug-using clients' views of substitute prescribing. *BRITISH JOURNAL OF SOCIAL WORK*, 29(1), 127-145.

NEALE, J. (1999). Experience of illicit drugs overdose: an ethnographic study of emergency hospital attendances. *Contemporary Drug Problems*, 26(3), 505-530.

NEALE, J., ALLEN D., COOMBES, L. (2005) Qualitative research methods within the addictions. *Addiction*, 100(11), 1584-1593.

NILSEN, P., HOLMQVIST, M., NORDQVIST, C., BENDTSEN, P. (2007). Frequency of heavy episodic drinking among nonfatal injury patients attending an emergency room. *Accident Analysis & Prevention*, 39, 757-766.

NOGUÉ, S., SANJURJO, E., ESPIGOL, G, Y MIRÓ, O. (2005). Club Drugs: nuevos retos para los que trabajan en urgencias. *Medicina Clínica*, 124 (6), 329.

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.

MPABULUNGI, L. (1995). *The role of the family in institutional health care: A study of Jinja Hospital*. (Tesis de Maestría). Makerere University, Kampala.

NUGUS, P., Y FORERO, R. (2011). Understanding interdepartmental and organizational work in the emergency department: An ethnographic approach. *International Emergency Nursing*, 19(2), 69-74.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (OED). (2007). Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas. Madrid: Delegación del Gobierno, Ministerio del Interior.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (OED). (2013). INFORME 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/-oed-2013.pdf

OLCINA, J. F., Y LLORENS, R. (2013). Bebidas alcohólicas. Una droga en el supermercado. *Revista española de drogodependencias*, 38(4), 357-375.

OLIVA A., PARRA, A., Y SÁNCHEZ-QUEIJA, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169.

OLIVA, A. (2004). La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infancia y aprendizaje*, 27(1), 115-122.

OLIVERA, C., PLANES, M., OLIVAS, M. C., Y GRAS, M. E. (2002). Efectos del alcohol y conducción de vehículos: creencias y conductas de los jóvenes. *Revista Española de las Drogodependencias*, 27, 66-80.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*. OPS, Oficina

Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1995.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2002). *Committee on problems Related to Alcohol Consumption. Second Report*. Ginebra: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Glosario de términos de Alcohol y Drogas* (2008). Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de URL: <http://www.msc.es/alcoholJovenes/docs/terminosAlcoh>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2013). Status report on alcohol and health in 35 European countries.

ORTÍ, A. (1990). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo. En *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza Universidad, pp. 171-203.

OTERINO, D., CALVO, R., SUTIL, P., FRENÁNDEZ, O., PÉREZ, G., Y SEMPERE, T. (1999). Utilización inadecuada de un Servicio de Urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explicativos. *Gaceta sanitaria*, 13(5) 361-370.

PALACIOS CEÑA, D., Y CORRAL, L. I. (2009). The basics and development of a phenomenological research protocol in nursing. *Enfermería intensiva/Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias*, 21(2), 68-73.

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.

PÉREZ-CIORDIA, I., Y GUILLÉN GRIMA, F. (2009). Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra: Razones que las motivan. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(3), 371-384. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE). Junta de Andalucía. Recuperado de

http://juntadeandalucia.es/servicioandaluz/principal/documentosAcc.asp?paginapr_ges_col_PlanAndUrgEmerg>Acceso29/10/2006

OSBORNE, V. A., SHER, K. J., Y WINOGRAD, R. P. (2011). Disordered eating patterns and alcohol misuse in college students: evidence for «drunkorexia»? *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), e12.

Plan de Calidad: Nuevas estrategias para la Sanidad Andaluza (2000). Consejería de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía.

PARKER, H., WILLIAMS, L., Y ALDRIDGE, J. (2002). The normalization of 'sensible' recreational drug use: Further evidence from the North West England longitudinal study. *Sociology. The Journal of the British Sociological Association*, 36(4), 941-964.

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, I. M., FERNÁNDEZ DE SANMAMED, M. J., CALAFELL, J., BORRELL, C., RODRIGUEZ, D., Y CAMPASOL, S. (2006). Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gaceta Sanitaria*, 20, 91-99.

PASTÓ, L., MARTORELL, C., MERCADAL, G. (2006). Intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias de un hospital universitario de nivel III: cambios producidos en los últimos 10 años. *Revista Toxicología*, 23, 95-100.

PÉREZ, F. J. M. (2008). La organización de la cadena asistencial urgente en España o la búsqueda de los eslabones perdidos. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 20(1), 5-7.

PIÑA, C. (1989). Sobre la naturaleza del discurso autobiográfico. *Argumentos*, 7, 131-160.

PLANT, M., Y PLANT, M. (2006). *Binge Britain: Alcohol and the national response*. Oxford: Oxford University Press.

PONS DIEZ, X. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 72(3), 251-266.

PONS DÍEZ, X (2003). EPIDEMIOLOGÍA, D. C. D. A. Y. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23(84), 9-17.

PONS DÍEZ, X. (2007). Materiales para la intervención social y educativa ante el consume de drogas. Alicante: Editorial Club Universitario.

PONS DÍEZ, X (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis: Investigación y análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 4(2), 157-186.

PONS, J., Y BUELGA, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-94.

POOL, R. (2000). *Negotiating a good death: Euthanasia in the Netherlands*. Nueva York: Haworth Press.

PULIDO, J., INDAVE-RUIZ, B. I., COLELL-ORTEGA, E., RUIZ- GARCIA, M., BARTROLI, M., Y BARRIO, G. (2014). Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud publica*, 88(4), 493-513.

QUERO RUFÍAN, A. (2003). Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. *Enfermería Clínica*, (6), 348-356.

QUERO RUFÍAN, A. (2007). Los cuidadores familiares en el Hospital Ruiz de Alda de Granada. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.

QUIROGA, B. V., MORENO, G. P., CANTALEJO, G. F., ARACIL, M. C., NICOLÁS, M. D., Y ALONSO, M. N. (2000). ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital?

Atencion Primaria, 25(3), 172-175.

RAMCHANDANI, V. A., BOSRON, W. F., Y LI, T. K. (2001). Research advances in ethanol metabolism. *Pathologie et Biologie*, 49, 676-682.

RANGEL FLORES, Y. Y. (2014). El Modelo Histórico-narrativo, una propuesta para estudiar el riesgo en salud. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 70-74.

Ravn Signe (2012). Contested identities: Identity construction in a youth recreational drug culture. *European Journal recreational of Culture Studies*, 15, 513-527.

RAHAV, G., WILSNACK, R., BLOOMFIELD, K., GERHARD, G., Y KUNTSCHKE, S. (2006). The influence of societal level factors on men's and women's alcohol consumption and alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*, 41, (Supplement 1), i47-i55.

READ, J. P., KAHLER, C. W., STRONG, D. R., Y COLDER, C. R. (2006). Development and preliminary validation of the young adult alcohol consequences questionnaire. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(1), 169-177.

RIQUELME, A., BURILLO-PUTZE, G., JIMÉNEZ, A., Y HARDISSON DE LA TORRE, A. (2001). Epidemiología global de la intoxicación Aguda en un área de salud. *Atención Primaria*, 28(7), 506-509.

REEVES, S., KUPER, A., Y HODGES, B. D. (2008). Qualitative Research methodologies: ethnography. *The BMJ*, 337:a1020.

ROCHE, A. M., GURAY, C., Y SAUNDERS, J. B. (1991). General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. *British journal of addiction*, 86(3), 263-275. ISO 690.

ROCKETT, I. R., PUTNAM, S. L., JIA, H., Y SMITH, G. S. (2003). Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study. *Annals of Emergency Medicine*, 41(6), 802-813.

RHODES, R. A. (1997). *Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Maidenhead: Open University Press.

RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (1989). *Manual de alcoholismo para el médico de cabecera*. Barcelona: Salvat Editores.

RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (2007). ¿Porqué es tan difícil legislar sobre alcohol en España? *Adicciones*, 19(4), 315-331.

RODRÍGUEZ-MARTOS, A., SANTAMARIÑA, E., ESCAYOLA, M., MARTÍ, J., PLASENCIA, A., Y TORRALBA, L. (2005). ¿Qué puede aportar una intervención breve en lesionados de tráfico con alcohol positivo. *Ponencia presentada en las XXXII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. (Resumen) Adicciones*, 17, 47-48.

RODRÍGUEZ SUÁREZ, J., AGULLÓ TOMÁS, E., Y AGULLÓ TOMÁS, M. S. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*, 11(2).

RODRÍGUEZ SUÁREZ, J., AGULLÓ TOMÁS, E., Y AGULLÓ TOMÁS, M. S. (2003). Jóvenes, fin de semana y uso recreativo: evolución y tendencias del ocio juvenil. *Adicciones*, 15, (Supl. 2), 7-33.

RODRÍGUEZ DÍAZ, F. J., MORAL JIMÉNEZ, M. D. L. V., OVEJERO BERNAL, A., Y SIRVENT RUIZ, C. (2004). Consumo de sustancias psicoactivas, género e identidad psicosocial: análisis de las diferencias intergénero en las actitudes juveniles ante el uso/abuso de alcohol. *Revista Española de Drogodependencias*, 29(3 y 4), 167-187.

ROLANDO, S., Y KATAINEN, A. (2014). Images of alcoholism among adolescents in individualistic and collectivistic geographies. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(2), 189-206.

ROLFE, A., ORFORD, J., Y DALTON, S. (2009). Women, alcohol and femininity. A discourse analysis of women heavy drinkers' accounts. *Journal of Health Psychology*, 14, 326-335.

ROMANÍ, O. (1993). Desfaciendo entuertos: hacia un apolítica distinta en el campo de las drogas. En *Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología, ICNDLCPS, (ed.), pp. 65-79.

ROMANÍ, O. (1997). Etnografía y drogas: Nueva Antropología. *Revista de Ciencias Sociales*, (52), 39-66.

ROMANÍ, O. (1999). Las drogas. *Sueños y razones*, 2.

ROMANÍ, O. (2012). Biografía i etnografía en el camp de les drogues1. *Pels camins de l'etnografia: un homenatge a Joan Prat*, 50, 269.

ROMO AVILÉS, N. (2006). Mujeres. Mirando desde el género los usos de drogas. En *SET (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANÍAS). Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Panamericana, 522-526.

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).

ROMO AVILÉS, N., MENESES, C., Y GIL, E. (2014). «Learning to be a girl». Gender, risks and legal drugs amongs Spanish teenagers. En ORTIZ, T. Y SANTESMASES, M. J. (EDS.) *Gendered Drugs and Medicine: Historical and Socio-Cultural Perspectives*. Farnham: Ashgate.

RONELL, A. (1992) *Crack Wars: Literature, Addiction, Mania*. Lincoln: University of Nebraska Press.

ROONEY, J. F., Y VILLAHOZ, J. (1995). *El consumo de drogas entre los estudiantes de 10 a 18 años. Un estudio transversal*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Comisionado para la droga. Junta de Andalucía.

ROSALDO, R. (1991). *Cultura y verdad: nueva propuesta de análisis social*, 77. México: Editorial Grijalbo.

ROSENBERG, H., BONAR, E. E., HOFFMANN, E., KRYSZAK, E., YOUNG, K. M., KRAUS, S. W., ... Y PAVLICK, M. (2011). Assessing university students' self-efficacy to employ alcohol-related harm reduction strategies. *Journal of American College Health*, 59(8), 736-742.

ROTH, J. A (1972). Some contingencies of the moral evaluations and control of clientele: the case of the hospital emergency service. *American Journal of sociology*, 839-856.

RUBIO, G., MANZANARES, J., LOPEZ-MUÑOZ, F., ALAMO, C., PONCE, G., JIMENEZ-ARRIERO, M. A., Y PALOMO, T. (2002). Naltrexone improves outcome of a controlled drinking program. *Journal of substance abuse treatment*, 23(4), 361-366.

RUBIO, G., Y SANTO-DOMINGO, J. (2001). Programa de homogeneización de las intervenciones en alcoholismo en atención primaria y especializada: una realidad. *Trastornos Adictivos*, 3 (2001), 76-79.

RUBIO, G, BARDON, B, Y LERTXUNDI, X. (2000). Programas para normalizar el consumo. En RUBIO, G., Y SANTO-DOMINGO, J. *Guía práctica de intervención en el alcoholismo*. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, pp. 257-267.

RUDGLEY, R. (1993), *The alchemy of culture: intoxicants in society*. Londres: British Museum Press.

SÁNCHEZ LÓPEZ, J. (2003). *Factores implicados en el uso de servicios de urgencias hospitalarios como alternativa a la atención primaria*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva Y Salud Pública.

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.

SANTO-DOMINGO, J. (2002) El desarrollo personal del joven y el alcohol. *Trastornos Adictivos*, 4(4): 223-232.

SANZ MARCOS, N., ARIAS CONSTANTÍ, V., TRENCHS SAINZ DE LA MAZA, A., CURCOY BARCENILLA, J., MATALÍ COSTA, L., Y CUBELLS, C. (2009). Consultas por intoxicación etílica aguda en un Servicio de Urgencias pediátricas. *Anales de pediatría*, 70: 132-136.

SCHUCKIT, M. A. (1985). The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42(11), 1043-1049.

SCHWARTZ, H., Y JACOBS, J. (1984). *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*. México: Trillas.

SCOTT, E., Y ANDERSON, P. (1991). Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. *Drug and Alcohol Review*, 10(4), 313-321.

SCOTT, D. M. (2012). Magnitude of the problems of drinking alcohol en College Compuses. Comentary on «Structuring a College Alcohol Prevention Program On the low level of response to Alcohol Model: A pilot Model. *Alcoholims: Clinical and Experimental Research*, 36(7), 1126-1130.

SECADES, R. (1996). *Alcoholismo juvenil*. Madrid: Pirámide.

SECADES, R. (1998). Uso y abuso del alcohol en los jóvenes. *Revista electrónica iberoamericana de Psicología Social (R.E.I.P.S.)*. Universidad de Oviedo. Disponible en: <http://www.uniovi.es/~Psi/REIPS>.

SECADES, R. (2001). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

SEMPERE, S. T., PEIRÓ, S., SENDRA, P. P., MTNEZ, E. C., Y LÓPEZ, A. I. (1999). Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. PAUH. *Revista Española de Salud Pública*, 73(4), 465-479.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. 25. SAS. Junta de Andalucía. Recuperado de URL: <https://ws027.juntadeandalucia.es/contenidos/publicaciones/datos/517/pdf/sasmemo11-7completa.pdf>

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 approaches. Copenhagen: Oficina Regional para Europa, OMS, pp. 10-28.

SIERRA, D. R., PÉREZ, M., PÉREZ, A., Y NÚÑEZ, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 17(4), 349-360.

SILVERMAN, D. (2003). Analyzing Talk and Text. En DENZIN, N., Y LINCOLN, S. *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Londres: Sage.

SLUTSKE, W. S., HUNT-CARTER, E. E., NABORS-OBBERG, R. E., SHER, K. J., BUCHOLZ, K. K., MADDEN, P. A., ... Y HEATH, A. C. (2004). Do college students drink more than their non-college-attending peers? Evidence from a population-based longitudinal female twin study. *Journal of abnormal psychology*, 113(4), 530.

SMITH, A. J., HODGSON, R. J., BRIDGEMAN, K., Y SHEPHERD, J. P. (2003). A randomized controlled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury. *Addiction*, 98(1), 43-52.

SOMMERS, M. S., DYEHOUSE, J. M., Y HOWE, S. R. (2000). Binge drinking, sensible drinking, and abstinence after alcohol-related vehicular crashes: the role of intervention versus screening. *Annual proceedings/Association for the Advancement of Automotive Medicine. Association for the Advancement of Automotive Medicine*, 45, 317-328.

SPEAR, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417-463.

STAHRE, M., NAIMI, T., BREWER, R., Y HOLT, J. (2006). Measuring average alcohol consumption: the impact of including binge drinks in quantity-frequency calculations. *Addiction*, 101, 1711-1718.

STARKS, H., Y TRINIDAD, S. B. (2007). Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380.

STEWART, R., DAS, M., ARDAGH, M., DEELY, J. M., DODD, S., BARTHOLOMEW, N., ... Y THAN, M. (2014). The impact of alcohol-related presentations on a New Zealand hospital emergency department. *New Zealand Medical Journal*, 127, 23-39.

STEINBERG, L. (2007). Risk taking in adolescence new perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55-59.

STRAUSS, A. L., Y CORBIN, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.

STROUT, T. D. (2010). Understanding qualitative evidence for emergency nursing practice. *Journal of Emergency Nursing*, 36, 483-485.

WALTON, S. (2003). *Colocados: una historia cultural de la intoxicación*. Barcelona: Alba editorial.

TANTAM, D., DONMALL, M., WEBSTER, A., Y STRANG, J. (1993). Do general practitioners and general psychiatrists want to look after drug misusers? Evaluation of a non-specialist treatment policy. *British Journal of General Practice*, 43(376), 470-474.

TAYLOR, S., Y BOGDAN, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

TEASDALE, G., Y JENNETT, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *The Lancet*, 304(7872), 81-84.

TIRADO MORUETA R., AGUADED GÓMEZ, J. L., MARÍN GUTIÉRREZ, I. (2009). Factores de protección y de riesgo de consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 9, 165-184.

THOM, B., HERRING, R., Y JUDD, A. (1999). Identifying alcohol-related harm in young drinkers: the role of accident and emergency departments. *Alcohol and Alcoholism*, 34(6), 910-915.

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). PAT (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 BARCENILLAS, A. I., ARIAS CONSTANTÍ, 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.

TUDELA, P., Y MÓDOL, J. M. (2003). Urgencias Hospitalarias. *Medicina Clínica*, 120 (18), 711-716.

TURNER, V. W. (1969). *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*. Nueva York: Adline Publishing Co. (Trad. cast.: *El proceso ritual*. Madrid: Taurus. 1988).

Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja. Análisis de año completo (mayo de 2004 a abril de 2005). Logroño: Servicio Riojano de Salud.

USIETO, E. G., PALACIO, E. P., ABASCAL, R. V., GONZÁLEZ, M. T., GONZÁLEZ, F. R., Y VEIGA, A. R. (2010). Protocolo para el abordaje y derivación de los pacientes con

problemas relacionados con el alcohol en el área de salud del Hospital de Sierrallana. *Trastornos Adictivos*. 12(1), 33-38.

VALVERDE, P. R., Y RODRÍGUEZ, C. M. (2010). Current situation of substance consumption in Spanish adolescents: tobacco, alcohol, cannabis and other ilegal drugs. *Health and Addictions*, 10(2).

VAN DER GEEST, S., Y FINKLER, K. (2004). Hospital ethography: introducción. *Social Science & Medicine*, 59(10), 1995-2001.

VALLEJO MATAVERA, V., CURCOY BARCENILLAS, A. I., TRENCHS SAINZ DE LA MAZA, V., ARIAS CONSTANTÍ, V., Y LUACES CUBELLS, C. (2015). Consultas derivadas del consumo de sustancias psicoactivas en un servicio de Urgencias pediátrico. ¿Qué gasto sanitario representan? *Revista Española de Pediatría*, 71(1), 13-15.

VILLA MORAL, M. DE LA, Y OVEJERO, A. (2003). Actitudes ante el consumo de sustancias psicoactivas y mentalidades del usuario en adolescentes de Secundaria. *Entemu*, 15, 151-175.

VILLA MORAL, M. DE LA, Y OVEJERO, A. (2010). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10(1).

VILLALBÍA, J. R., GRANERO, L., Y BRUGAL, M. T. (2008). Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia? *Gaceta Sanitaria*, 22(Supl. 1), 79-85.

WEIL, A. (1986). *The Natural Mind* (revised edition). Londres: Jonathan Cape.

WEINBERG, L., Y WYATT, J.P. (2006). Children presenting to hospital with acute alcohol intoxication. *Emergency Medicine Journal*, 23(10), 774-776.

WETHERILL, R., SCHYER, D. M., FROMME, K. (2012). Acute Alcohol effects on contextual memory BOLD response: Differences based of fragmentary blackout history. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(6), 607-617.

WOOLFENDEN, S., DOSSETOR, D., WILLIAMS, K. (2002). Children and adolescents with acute alcohol intoxication/self-poisoning presenting to the emergency department. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 345-348.

YOUNG, S. E., CORLEY, R. P., STALLING, M. C., RHEE, S. H., CROWLEY, T. J., Y HEWITT, J. K. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 309-322.

YOUNG, A. M., MORALES, M., MCCABE, S., BOYD, C.J., Y D'ARCY, H. (2005). Drinking like a guy: Frequent binge drinking among undergraduate women. *Substance Use & misuse*, 40(2), 241-267.

ZAKRZEWSLO, R. F., Y MARK, A. H. (2004). The Lived Experiences of Alcohol Addiction. Men of Alcoholics Anonymous. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 61-77.

ZAMAN, S. (2003). *Broken limbs, broken lives: ethnography of a hospital Ward in Bangladesh*. (Tesis Doctoral). Universidad de Ámsterdam.

ZEIGLER, D. W., WANG, C. C., YOAST, R. A., DICKINSON, B. D., MCCAFFREE, M. A., ROBINOWITZ, C. B. (2005). Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students Preventive Medicine*, 40(1), 23-32. doi:10.1016/j.ypmed.2004.04.044

ZWIEG, J. M., PHILLIPS, S. D., Y LINDBERG, L. D. (2002). Predicting Adolescent Profiles of Risk: Looking Beyond Demographics. *Journal of Adolescent Health*, 31, 343-353.

ANEXOS

ANEXO 1

TEST AUDIT DE IDENTIFICACION DE BEBEDORES ABUSIVOS

Este test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para el diagnóstico de alcoholismo (Test AUDIT). Es un cuestionario heteroaplicado que puede ser administrado por personal auxiliar previamente entrenado para su uso.

Instrucciones: A continuación se muestra un test con 10 apartados. Cada respuesta puntúa de 0 a 4 puntos, que coincide con el número que hay antes de la contestación elegida. Mientras realiza el test, ha de sumar los puntos correspondientes a cada pregunta que elija. La suma final es el resultado que ha obtenido en el test y se corrige al final de la página.

Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad. Es aconsejable que las respuestas a las preguntas sean supervisadas por algún familiar para contrastar la veracidad.

COMIENZA EL TEST:

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- 0. Nunca
- 1. Una o menos veces al mes
- 2. De 2 a 4 veces al mes
- 3. De 2 a 3 veces a la semana
- 4. 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 0. 1 o 2
- 1. 3 o 4
- 2. 5 o 6
- 3. 7 a 9
- 4. 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario
- 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba

de usted porque había bebido?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- 0. No
- 2. Sí, pero no en el curso del último año
- 4. Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

- 0. No
- 2. Sí, pero no en el curso del último año
- 4. Sí, el último año

SOLUCIONES AL TEST:

La valoración del test es distinta para hombres y mujeres. Una vez sumados el total de puntos que ha obtenido en el test, verá que su resultado se encuentra dentro de alguno de los siguientes apartados:

HOMBRES:

Puntuación total de 0 a 7 puntos: Usted no tiene problemas con el alcohol.

Puntuación total de 8-12 puntos: Su resultado en el test está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol. Debe moderar el consumo de alcohol y consultar a un especialista para corroborar el resultado del test y tomar las medidas oportunas.

Puntuación total de 13-40 puntos: Su resultado en el test indica que tiene un problema serio con el alcohol. El primer paso para resolverlo consiste en asumir que sufre un problema muy serio con el alcohol. Debe iniciar un tratamiento inmediatamente si no quiere que su salud se resienta y los demás se retiren de su compañía cada vez más.

MUJERES:

Puntuación total de 0 a 5 puntos: Usted no tiene problemas con el alcohol.

Puntuación total de 6-12 puntos: Su resultado en el test está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol. Debe moderar el consumo de alcohol y consultar a un especialista para corroborar el resultado del test y tomar las medidas oportunas.

Puntuación total de 13-40 puntos: Su resultado en el test indica que tiene un problema serio con el alcohol. El primer paso para resolverlo consiste en asumir que sufre un problema muy serio con el alcohol. Debe iniciar un tratamiento inmediatamente si no quiere que su salud se resienta y los demás se retiren de su compañía cada vez más.

Recuerde que los resultados del test tienen un valor orientativo y no pueden reemplazar una valoración completa realizada por un psiquiatra o psicólogo en una entrevista clínica convencional. Si quiere tener una mayor certeza sobre el resultado acuda a su psiquiatra de referencia.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

ANEXO 2**CATEGORIAS ANALISIS CUESTIONARIOS INGESTA ABUSIVA. TEST AUDIT**

DOMINIO	CONTENIDOS DEL ITEM
CONSUMO DE RIESGO	FRECUENCIA DE CONSUMO
	CANTIDAD ATÍPICA
	FRECUENCIA DE CONSUMO ELEVADO
SINTOMAS DE DEPENDENCIA	PERDIDA DEL CONTROL DEL CONSUMO
	AUMENTO DE LA RELEVANCIA DEL CONSUMO
	CONSUMO MATUTINO
CONSUMO PERJUDICIAL	SENTIMIENTOS DE CULPA TRAS CONSUMO
	LAGUNAS DE MEMORIA
	LESIONES RELACIONADAS CON EL ALCOHOL
	OTROS SE PREOCUPAN POR EL CONSUMO

ANEXO 3

ENCUESTA DE ALCOHOL

1.- ¿Qué días de la semana sueles beber?:

(0) Solo los fines de semana: J () V () S () D (). Poner cruces en los días, si son más de uno.

(1) A diario ()

(2) Cuando surge aunque no sea fin de semana. ()

2.- ¿Cuáles son las actividades normales que realizas cuando sales de marcha? Itinerario. Por orden.

.....

.....

.....

3.- ¿En qué lugar ha bebido?

(En casa de un amigo, la discoteca, en un Pub, bar la calle, botellón, otros....)

4.- ¿Con quién sueles salir de copas?

(Amigos/as, tu novio/a, conocidos, solo, para ver con quien te encuentras. Otros:....)

5.- ¿Cuando has tenido unas copas de más, has realizado alguna de las siguientes actividades?

(Mantenido relaciones sexuales sin protección, con alguien que no querías, conducir un vehiculo, cubir al vehiculo de algún desconocido, por alguien borracho, te has visto implicad en alguna pelea, Otros.....)

6.- ¿Aproximadamente a qué hora sales de marcha? ¿A qué hora te recoges?

7.- ¿Cómo te desplazas a la zona de copas?

(Andando, Moto, coche, autobús.....)

8.- ¿Cuándo vas de marcha, consumes alguna sustancia además del alcohol?:

CONSUMO	fines de semana	dos o tres veces por semana	una vez al mes	alguna vez en la vida
ALCOHOL				
HACHÍS				
ANFETAMINAS				
COCAÍNA				
TABACO				
HEROÍNA				
PSICOFÁRMACOS				

9.- ¿Qué motivo te trae a urgencias?

(Miedo a entrar en coma, porque te traen tus amigos, porque te sientes muy mal, porque no paras de vomitar, porque estás inconsciente, Otros)

10.- ¿Cuándo sales de marcha piensas en la posibilidad de tener que venir a urgencias?

(Sí, No, alguna vez.....)

11.- ¿Has venido a urgencias en más ocasiones por la misma causa?

(Sí, No, Cuántas veces.....)

12.- ¿Qué crees que ha ocurrido para que hayáis terminado en Urgencias?

.....

13.- ¿Qué esperas recibir en cuanto a asistencia se refiere del servicio de Urgencias?

(Pasar la borrachera, Ayuda psicológica, Recomendaciones preventivas, Otros...)

14.- ¿Cómo calificarías el trato que has recibido del personal sanitario?

(Muy bueno, Bueno, Regular, Malo).

ANEXO 4. TABLAS DE PARTICIPANTES

TABLA DE INFORMANTES DE CONVERSACIONES INFORMALES

CASO	NOMBRE	EDAD	OCUPACIÓN	OTROS
CASO.1	MOHAMED	25 AÑOS	TRABAJA	HACHÍS
CASO.2	ALBERTO	24 AÑOS	TRABAJA	POLICONSUMO
CASO.3	DANIEL	16 AÑOS	ESTUDIANTE ESO	
CASO.4	ANA. M ^a	23 AÑOS	UNIVERSITARIA	REINCIDENTE
CASO.5	ANTONIO	23 AÑOS	UNIVERSITARIO	
CASO.6	CUSTODIO	24 AÑOS	UNIVERSITARIO	REYERTA
CASO.7	DESIRÉ	17 AÑOS	ESTUDIANTE	REINCIDENTE
CASO.8	FATIMA	18 AÑOS	ESTUDIANTE	TRAUMATISMO
CASO.9	NACHO	23 AÑOS	UNIVERSITARIO	NOVIO ANA
CASO.10	ANDREA	21 AÑOS	AMA DE CASA	HIJO 2 AÑOS
CASO.11	M ^o CARMEN	20 AÑOS	OCIOSA	OBESA Y DIETA
CASO.12	M ^a ANGUSTIAS	23 AÑOS	TRABAJA	REINCIDENTE
CASO.13	MOISES	18 AÑOS	ESTUDIANTE	POLICONSUMO ACCIDENTAL
CASO.14	TONY	25 AÑOS	UNIVERSITARIO	
CASO.15	VANESA	25 AÑOS	OCIOSA	PSICOFÁRMACOS
CASO.16	FUENSANTA	20 AÑOS	UNIVERSITARIA	
CASO.17	IGNACIO	21 AÑOS	UNIVERSITARIO	
CASO.18	PEDRO	18 AÑOS	ESTUDIANTE	DIABETICO
CASO.19	JUAN	25 AÑOS	UNIVERSITARIO	HACHIS
CASO.20	VICENTE	16 AÑOS	ESTUDIANTE	
CASO.21	ADRIAN	18 AÑOS	UNIVERSITARIO	
CASO.22	LORENA	18 AÑOS	UNIVERSITARIA	
CASO.23	EVA M ^a	15 AÑOS	ESTUDIANTE	
CASO.24	ALONSO	18 AÑOS	NO TRABAJA	PROBLEMAS FAMILIARES
CASO.25	JOSE ANTONIO	24 AÑOS	ESTUDIANTE FP	ANSIOLÍTICOS
CASO.26	POLO	21 AÑOS	TRABAJA	POLICONSUMO
CASO.27	IVAN RUBEN	25 AÑOS	TRABAJA	
CASO.28	ANA	21	UNIVERSITARIA	NOVIA NACHO
CASO.29	LAURA	23	UNIVERSITARIA	

TABLA DE INFORMANTES DE ENCUESTAS DE ALCOHOL Y TEST AUDIT

CASOS	SEXO	EDAD	POBLACION	CLASE	DROGAS	ESTUDIOS
CASO 1	V	19	URBANO	MEDIA	NO	UNIVERSITARIO
CASO 2	V	16	RURAL	MEDIA	NO	INSTITUTO
CASO 3	V	16	-	-	NO	INSTITUTO
CASO 4	V	16	RURAL	MEDIA	NO	INSTITUTO
CASO 5	M	16	RURAL	MEDIO	HACHÍS	INSTITUTO
CASO 6	M	16	RURAL	MEDIO	HACHÍS	INSTITUTO
CASO 7	M	18	RURAL	MEDIO	NO	INSTITUTO
CASO 8	M	17	RURAL	MEDIO	TABACO	INSTITUTO
CASO 9	M	16	RURAL	MEDIO	TABACO	INSTITUTO
CASO 10	M	17	RURAL	MEDIO	TABACO	INSTITUTO
CASO 11	M	16	RURAL	MEDIA	TABACO	INSTITUTO
CASO 12	M	16	RURAL	MEDIO	NO	INSTITUTO
CASO 13	M	16	RURAL	MEDIO	NO	INSTITUTO
CASO 14	M	16	RURAL	MEDIO	THC/TABA	INSTITUTO
CASO 15	M	18	RURAL	MEDIO	TODAS	INSTITUTO
CASO 16	M	16	RURAL	MEDIO	TABACO	INSTITUTO
CASO 17	M	16	RURAL	MEDIO	NO	INSTITUTO
CASO 18	M	16	RURAL	MEDIA	HACHIS	INSTITUTO
CASO 19	V	19	RURAL	MEDIO	NO	INSTITUTO
CASO 20	M	29	URBANO	MEDIO	COCAÍNA	UNIVERSITARIO
CASO 21	V	22	URBANO	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 22	V	19	URBANO	MEDIO	NO	F. PROFES
CASO 23	V	21	URBANO	ALTO	TABACO	UNIVERSITARIO
CASO 24	M	19	URBANO	MEDIO	TABACO	UNIVERSITARIO
CASO 25	M	20	URBANO	ALTO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 26	M	17	RURAL	MEDIO	THC/COC	INSTITUTO
CASO 27	V	19	RURAL	MEDIO	NO	F.PROF
CASO 28	M	19	RURAL	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 29	M	18	RURAL	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 30	M	16	RURAL	MEDIO	NO	INSTITUTO
CASO 31	M	29	URBANO	MEDIO	TABACO	UNIVERSITARIO
CASO32	M	18	URBANO	MEDIA	NO	UNIVERSITARIO
CASO 33	M	18	URBANO	MEDIO	TABACO	INSTITUTO
CASO 34	V	23	URBANO	MEDIO	HACHÍS	UNIVERSITARIO
CASO 35	V	19	URBANO	MEDIO	NO	INSTITUTO
CASO 36	M	24	URBANO	MEDIO	TABACO	UNIVERSITARIO
CASO 37	V	19	URBANO	MEDIO	TABACO	INSTITUTO
CASO 38	M	23	URBANO	MEDIO	NO	-
CASO 39	V	19	URBANO	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 40	M	18	RURAL	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 41	M	26	RURAL	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 42	V	20	URBANO	MEDIO	TABACO	UNIVERSITARIO
CASO 43	V	19	URBANO	MEDIO	NO	F.PROF
CASO 44	V	24	URBANO	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 45	M	18	URBANO	MEDIO	NO	F.PROF

CASO 46	M	18	URBANO	MEDIO	NO	F.PROF
CASO 47	M	21	URBANO	MEDIO	NO	F.PROF
CASO 48	M	22	URBANO	MEDIO	HACHÍS	F.PROF
CASO 49	M	18	URBANO	MEDIO	TABACO	F.PROF
CASO 50	M	18	URBANO	MEDIO	NO	F.PROF
CASO 51	M	21	URBANO	MEDIO	NO	F.PROF
CASO 52	V	19	RURAL	MEDIO	HACHÍS	INSTITUTO
CASO 53	M	24	URBANO	MEDIO	NO	F.PROF
CASO 54	M	21	URBANO	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 55	V	18	RURAL	ALTA	ANF/COC	UNIVERSITARIO
CASO 56	V	23	URBANO	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 57	V	23	URBANO	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 58	V	20	URBANO	MEDIO	TABACO	UNIVERSITARIO
CASO 59	V	29	URBANO	BAJA	TABACO	F.PROF
CASO 60	V	20	URBANO	MEDIO	HACHÍS	INSTITUTO
CASO 61	V	26	URBANO	MEDIO	TABACO	UNIVERSITARIO
CASO 62	V	23	URBANO	MEDIO	TABACO	F.PROF
CASO 63	V	21	RURAL	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 64	V	22	URBANO	MEDIO	HACHÍS	UNIVERSITARIO
CASO 65	V	26	RURAL	BAJA	NO	INSTITUTO
CASO 66	V	20	URBANO	MEDIO	HACHÍS	UNIVERSITARIO
CASO 67	M	19	URBANO	MEDIO	HACHÍS	UNIVERSITARIO
CASO 68	V	20	URBANO	MEDIO	TODAS	UNIVERSITARIO
CASO 69	M	19	URBANO	MEDIO	TABACO	UNIVERSITARIO
CASO 70	M	18	URBANO	MEDIO	TABACO	UNIVERSITARIO
CASO 71	M	21	URBANO	MEDIO	HACHÍS	UNIVERSITARIO
CASO 72	M	19	URBANO	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 73	M	18	URBANO	MEDIO	TABACO	UNIVERSITARIO
CASO 74	M	18	URBANO	-	TABACO	UNIVERSITARIO
CASO 75	M	19	URBANO	MEDIO	HACHÍS	UNIVERSITARIO
CASO 76	M	22	URBANO	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 77	V	18	URBANO	MEDIO	TABACO	INSTITUTO
CASO 78	V	18	RURAL	MEDIO	NO	UNIVERSITARIO
CASO 79	V	22	URBANO	BAJA	HACHÍS	UNIVERSITARIO
CASO 80	V	22	URBANO	MEDIO	NO	INSTITUTO

TABLA DE INFORMANTES DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Nº ENTREVISTAS	SEXO	EDAD	OCUPACIÓN	ALIAS
ENTREVISTA nº 1	VARÓN	22 AÑOS	UNIVERSITARIO	ROBERTO
ENTREVISTA nº 2	MUJER	22 AÑOS	UNIVERSITARIO	EVA
ENTREVISTA nº 3	VARÓN	22 AÑOS	UNIVERSITARIO	ANTONIO
ENTREVISTA nº 4	MUJER	27 AÑOS	UNIVERSITARIO	MARIA
ENTREVISTA nº 5	VARÓN	28 AÑOS	UNIVERSITARIO	ALBERTO
ENTREVISTA nº 6	VARÓN	25 AÑOS	UNIVERSITARIO	CARLOS
ENTREVISTA nº 7	MUJER	21 AÑOS	UNIVERSITARIO	MAIKA
ENTREVISTA nº 8	VARÓN	21 AÑOS	UNIVERSITARIO	JORGE
ENTREVISTA nº 9	MUJER	23 AÑOS	UNIVERSITARIO	PALOMA
ENTREVISTA nº 10	MUJER	20 AÑOS	EMPLEADA ESO	PATRICIA
ENTREVISTA nº 11	MUJER	29 AÑOS	EMPLEADA ESO	PENÉLOPE

TABLA ENTREVISTAS PROFESIONALES SANITARIOS

NOMBRE	EDAD	CATEGORIA	PERFIL
GILLERMO	54	MEDICO	HIJOS ADOLESCENTES
TOMÁS	48	MEDICO	HIJOS JÓVENES
NACHO	24	MEDICO	SIN HIJOS
JOSÉ	50	MEDICO	HIJOS ADOLESCENTES
JULIO	46	MEDICO	HIJOS JÓVENES
NICOLÁS	57	MEDICO	HIJOS JÓVENES
ALFONSO	33	MEDICO	HIJOS MENORES
ROSA	28	MEDICA	HIJOS MENORES
CONCHA	39	MEDICA	SIN HIJOS
MIGUEL	37	MEDICO	HIJOS JOVENES
CARMEN	50	ENFERMERA	HIJOS ADOLESCENTES
LUIS	45	ENFERMERO	HIJOS PEQUEÑOS
MARCOS	32	ENFERMERO	SIN HIJOS
ALICIA	50	ENFERMERA	HIJOS JÓVENES
FRANCISCO	42	ENFERMERO	HIJOS PEQUEÑOS
RAMON	50	ENFERMERO	HIJOS JÓVENES
MARISOL	35	ENFERMERA	HIJOS ADOLESCENTES
ELOY	33	ENFERMERO	HIJOS PEQUEÑOS
PILAR	40	ENFERMERA	SIN HIJOS