

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
Socio Sanitarias*

Curso Académico 2014-2015

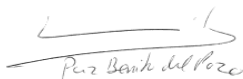
REDES DE CANNABIS EN LOS ENTORNOS URBANOS. UN ESTUDIO DE CASO: LA CIUDAD DE BILBAO

*Cannabis networks in urban environments. A case
of study: the city of Bilbao*

Realizado por: Leticia Andrés Camba
Dirigido por: Dra. Pilar Marqués y Dra. Paz Benito

En León, a 1 de Septiembre de 2015

VºBº DIRECTOR/A
Dra. Paz Benito Del Pozo y Pilar Marqués Sánchez



Paz Benito del Pozo



VºBº AUTOR/A
Leticia Andrés Camba



ÍNDICE _____	PÁGINA
RESUMEN/ ABSTRACT Y PALABRAS CLAVE _____	3
1. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS _____	4-23
1.1 Demandas del estudio en el ámbito de las políticas sanitarias _____	8-12
1.2 La importancia del consumo de cannabis en el mundo _____	12-16
1.3 El análisis de redes sociales: Teoría sobre las redes de consumo _____	16-20
1.4 Teorías relacionadas con el entorno: La teoría ecológica _____	20-23
1.5 Objetivos que se plantean _____	23
2. MATERIAL Y MÉTODO _____	24
3. RESULTADOS _____	25-48
3.1 Elección del caso de la ciudad de Bilbao _____	25-36
3.1.1. Peculiaridades legales _____	25-31
3.1.2. Motivaciones para el consumo _____	32-33
3.1.3. Patrones de consumo, número y lugar: nivel comunitario y local _____	34-36
3.2 Modelo de consumo de la ciudad de Bilbao a través de un diagnóstico del entorno _____	37-48
3.2.1. Contexto demográfico _____	37-39
3.2.2. Contexto económico _____	39-40
3.2.3. Contexto político-legal _____	40-41
3.2.4. Contexto socio-cultural _____	41-43
3.2.5. Contexto medioambiental _____	43-45
3.2.6. Contexto geográfico y estructural _____	45-48
4. CONCLUSIONES _____	49
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO _____	50
6. BIBLIOGRAFÍA _____	51-65
7. ANEXOS _____	66-67
6.1. Anexo 1. Determinantes de salud según Lalonde _____	66
6.2. Anexo 2 y 3. Aspectos generales socio-económicos, culturales y ambientales según el modelo de Modelo socioeconómico de Salud de Dalgren y Whitehead _____	67
6.3. Anexo 4. Mapa de Bilbao, por barrios _____	67

RESUMEN

El presente documento pretende describir el consumo de cannabis, definido como un problema sanitario a nivel mundial, a través de un estudio de caso, en la ciudad de Bilbao. Dicho problema ha fomentado el aumento del interés por determinados factores, considerados como influyentes para la salud y el desarrollo de los comportamientos, entendidos como riesgosos para la salud, como son el entorno y las relaciones sociales. Por lo que se propone un estudio del entorno y sus características desde una perspectiva de redes. Para ello se realiza una extensa búsqueda de la bibliografía existente, para comprender los conceptos básicos imprescindibles para el estudio como el Método del Análisis de Redes Sociales y la Teoría Ecológica y así analizar los resultados hallados desde el punto de vista de ambas teorías. Se encuentran amplios rangos de consumo en la población de Bilbao, además de una ambigüedad en las políticas halladas en la ciudad, que provocan la "normalización" del consumo. Así pues, dados los niveles de consumo y los efectos secundarios de la droga, tanto físicos como psíquicos, se considera importante el estudio y comprensión del entorno y las redes que inducen al consumo de cannabis, para poder realizar futuras intervenciones preventivas en materia de salud.

Palabras clave

Bilbao, cannabis, análisis de redes sociales, entorno y determinante de salud.

ABSTRACT

This paper is intended to describe cannabis use, defined as a health problem worldwide, across a case study in the city of Bilbao. This problem has stimulated improved interest by certain factors considered influential health and developing of behaviors considered dangerous to health, such as the environment and social relations. So a study of the environment and its characteristics is proposed from a network perspective. To do an extensive search of the literature was performed to understand the essential basics for the study as the method of Social Network Analysis and ecological theory and then analyze the results found from the point of view of both theories. Wide ranges of consumption are in the town of Bilbao, in addition to an ambiguity in the policies found in the city causing the "normalization" of consumption. So, given the levels of consumption and side effects of the drug, both physical and mental, study and understanding of the environment and the networks that lead to the consumption of cannabis, to make preventive interventions in health is considerate significant.

Key words

Bilbao, cannabis, social network analysis, environment and health determinants.

1. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El presente trabajo se encuadra en las asignaturas de "Contextos del bienestar" y "Diagnóstico del Entorno" del Máster Universitario en Investigación en Ciencias Socio Sanitarias de la Universidad de León. La idea surge, en primer lugar, del interés y curiosidad personal por el uso y consumo de cannabis, en pacientes a los que debo abordar en mi propio trabajo a diario, ubicado en la ciudad de Bilbao. En segundo lugar, nace de los propios contenidos del Máster y de conceptos y fenómenos desarrollados en el mismo, en particular de las relaciones de los individuos y su comportamiento (en este caso el consumo de cannabis) y su relación con las características del "entorno", en un lugar concreto; la ciudad de Bilbao, vinculado al "análisis de redes sociales", desde su punto de partida: las relaciones sociales. Por tanto, el trabajo surge con el fin de presentar concretamente en Bilbao las características del entorno de la ciudad y su posible influencia en determinados comportamientos de riesgo, específicamente el consumo de cannabis a través del ya citado anteriormente, análisis de redes, es decir, las redes de cannabis. Entendiendo por red "*un conjunto de actores vinculados a través de una relación que conforman una estructura de relaciones que los dota de posiciones y roles funcionalmente diferenciables y configura pautas de interacción que condicionan sus acciones y preferencias dentro de ella*" (Aguirre, 2012), influenciadas de manera directa por el entorno, situación o condiciones sociales de vida.

La definición de droga según la OMS es "*toda sustancia que introducida en un organismo vivo pueda modificar una o varias de sus funciones*" (OMS, 1982 citado por Del Moral, Fernández, Ladero & Lizasoain, 1998), diferente al término actual, que se utiliza para identificar como droga a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes características: poseen acciones psicótropas o psicoactivas (alteran o modifican las funciones dentro de un organismo vivo), poseen acción reforzadora positiva (inducen a la repetición de su uso), producen dependencia física y/o psicológica (al abandonar el consumo se producen síntomas de malestar) y no tienen implicación médica y si la poseen pueden utilizarse con fines no terapéuticos. El término droga se sustituye en la última década por el término de sustancia psicoactiva, según varios autores anglosajones (Del Moral, Fernández, Ladero & Lizasoain, 1998).

El consumo de sustancias psicoactivas es considerado como un problema de relevada importancia debido a sus consecuencias sociales y sanitarias, llegando a considerarse como "el problema socio-sanitario más grave a nivel internacional" (Fuentes, 2005, p.1269-1291; Rodríguez, Hernández & Fernández, 2007). Las urgencias hospitalarias y familiares han experimentado un aumento con repercusiones en la salud, desde el más

amplio sentido incluyendo niveles físicos como psíquicos además de las repercusiones a nivel social todo ello debido a ese abuso de drogas (Del Moral, Fernández, Ladero & Lizasoain, 1998). El abuso de sustancias psicoactivas tiene un carácter multifactorial, en el que se incluyen factores psicológicos y sociales como influyentes en el consumo. Se considera el contexto social como importante, por la influencia del mismo en el comportamiento, por ejemplo el consumo de tabaco, que a pesar de su conocimiento sobre la adicción y las consecuencias del mismo continúa consumiéndose gracias al contexto social de consumo (Galea, Nandi & Vlahov, 2004).

Así mismo se consideran como factores influyentes en los jóvenes, grupo de riesgo para el inicio en el consumo de drogas, sus características evolutivas; como la búsqueda de independencia, alejamiento de los valores familiares y sobre todo **conseguir la aceptación del grupo de iguales** (Pérez, Medina & Sánchez, 2009). Una de las prioridades de los gobiernos de los países occidentales en materia sanitaria es la lucha contra la droga (Arellano, González, Orsola & Pavletic, 2003), lo cual tiene sentido cuando se observa que alrededor de millones de personas consumen drogas en el mundo (UNODC, 2014). En Europa el cannabis es la droga ilegal más consumida por todos los grupos de edad, además en el año 2012 el consumo de cannabis es la causa principal más notificada del inicio de tratamiento de drogodependencia (Informe Europeo Sobre Drogas, 2014), también es el cannabis la sustancia ilegal más consumida en España (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014).

El hecho de que el cannabis sea una de las drogas más consumidas en el mundo (UNODOC, 2014), hace que sea necesario el estudio de esta droga. Es uno de los motivos que hacen que los investigadores se centren en la búsqueda de los factores precursores o facilitadores del consumo de sustancias psicoactivas (Gómez, & Muñoz, 2000) siendo uno de los grandes desafíos de la actualidad en cuanto a control y prevención del consumo de sustancias, muchos de ellos centrados en acciones frente al negocio de las drogas (Xarau, Tadín & Paredes, 2014). Las estrategias se centran no sólo en territorios específicos, sino además en ambientes y particularidades donde ocurre la venta y el consumo de drogas (Xarau, Tadín & Paredes, 2014). Según Clayton, en 1992 los factores de riesgo para el consumo de drogas es una característica del individuo, una condición, una situación o entorno ambiental que incrementa la posibilidad del consumo de drogas (Clayton, 1992). Atendiendo a la definición de entorno por parte de la Real Academia es "ambiente, lo que rodea" (Rae, 2001), entendemos el mismo como objeto de investigación, y con esta finalidad, uno de los fenómenos más importantes de este siglo es el estudio de la concentración de la población mundial en las grandes ciudades. Lo que significa que la

población se ha redistribuido encontrando así nuevos fenómenos sociales. La psicología trata de explicar el papel del espacio o entorno urbano (físico, interpersonal, percibido y representado) sobre el comportamiento de los habitantes de la ciudad (Aguilar, 1990).

Dentro de los factores de riesgo ambientales o contextuales se identifican factores en relación a las condiciones legales y normativas sobre la conducta, la disponibilidad de la droga, la organización del barrio, etc., (Rivas, Rodríguez & Gómez, 2000). Existen distintas políticas sobre el consumo de cannabis de legalización o prohibicionistas (Calafat, Juan, Becoña, Fernández, Gil, & Llopis, 2000), pero no existen datos sobre las consecuencias que pueden tener sobre los niveles de consumo, o si estas pueden actuar como precursores del consumo (Del Castillo, 2012), por ello resulta interesante el análisis del entorno que rodea el consumo.

Así mismo las redes sociales y las relaciones que se establecen a través de ellas han demostrado ser un elemento productor de salud y enfermedad, influyendo incluso en la adopción de hábitos de vida (Almagiá, 2014), así como elementos precursores o no del inicio en el consumo de drogas (Rivas, Rodríguez & Gómez, 2000). Hay numerosos autores sobre redes sociales que indican que las **redes son una clave para comprender la iniciación y progresión del uso de drogas a lo largo del tiempo**. Se ha encontrado que las personas que usan y abusan de las drogas están rodeadas a menudo de amigos, familiares y/o conocidos que abusan de estas mismas sustancias o personas que aprueban esta conducta. Además, que las redes sociales tienen potencial para influir sobre los patrones de uso de drogas a través de procesos de persuasión e imitación (Aguirre, & Pinto, 2006; Galván, Serna, & Hernández, 2008) junto con el estudio de aspectos espaciales o ecológicos del entorno y la relación entre ambos (Peña, 2005). La bibliografía demuestra que hay pocos trabajos sobre el análisis de redes en relación a los comportamientos de riesgo, con la finalidad de actuar de manera preventiva de la conducta por lo que se requieren más estudios que analicen las relaciones (Valente, 2003).

Atendiendo a estas consideraciones, podemos entender que los comportamientos y los hábitos que generan las personas se transmiten a través de los vínculos o relaciones que se tienen entre los diferentes individuos, bien de manera perjudicial o en beneficio de la salud de los mismos. A este respecto, dichas relaciones se ven a su vez influenciadas por el entorno o el contexto que las rodea, estructura de las ciudades, hábitos alimenticios, ocio, etc., midiendo estos comportamientos dentro de los contextos a través del análisis de redes (Marqués, Fernández, Cabrera, Muñoz, Llopis & Arias, 2013). Según Wasserman el individuo tiene comportamientos determinados según las relaciones que posee o que le rodean (Marqués, Fernández, Cabrera, Muñoz, Llopis & Arias, 2013). Por este motivo, el

análisis de redes sociales (ARS) se considera imprescindible para la realización del estudio propuesto, utilizado con objeto de analizar las interacciones y los vínculos entre individuos dentro de la red, comportamientos sociales a su vez influidos por las estructuras sociales y el entorno que las rodea.

Todas estas razones, la identificación y determinación de factores del entorno condicionantes o influyentes en la salud (en concreto comportamientos de riesgo como el consumo de cannabis), desde una perspectiva del análisis de redes, desde su base de relaciones sociales, nos llevan a la exposición del análisis de los aspectos del entorno más relevantes, a través de un estudio de caso de la ciudad de Bilbao. El problema de consumo de drogas tipificado como comportamiento de riesgo se encuentra reflejado dentro de las líneas estratégicas del programa Horizon 2020, de la Comisión Europea, con tres pilares principales: abordar los principales retos sociales, promover el liderazgo industrial en Europa y reforzar la excelencia de su base científica, exactamente se ubica dentro del área de “salud, cambio demográfico y bienestar” y “búsqueda responsable e innovación”. Dichas líneas representan, pues, el marco que inspira el planteamiento general y justifica la oportunidad de este trabajo. De la misma forma, el Ministerio de Sanidad Servicio Sociales e Igualdad, tiene su propio Plan Nacional sobre drogas en el que los Objetivos Generales dentro de su Plan de Acción se encuentran el retraso de la edad de inicio en el consumo, disminución de la oferta, reducir daños asociados al consumo o el consumo de sustancias entre otras. Por lo tanto, se considera imprescindible conocer el entorno y las relaciones que desencadenan dichos comportamientos para poder realizar intervenciones de prevención y establecer la búsqueda de futuras líneas de investigación que puedan surgir de su desarrollo.

La intención del trabajo es ofrecer un estudio de caso referido a la ciudad de Bilbao. Se trata de una aproximación descriptiva basada en un análisis de la literatura existente y después se realizará la propia descripción de los factores del entorno influyentes en los comportamientos de consumo. El trabajo se estructura de la siguiente manera: comenzando con la **introducción, justificación y objetivos** donde se realiza una explicación breve de los fundamentos e ideas generales del estudio que justifican su posterior ejecución, como el propio interés por el tema en cuestión, englobándose dentro de los contenidos del Máster, así como en las líneas de investigación del marco Europeo. En el mismo apartado y dadas las características del estudio se realiza una **descripción sobre la literatura existente** en relación a los conceptos clave y teorías esenciales para comprender el estudio de caso, en referencia a; **demandas de estudio a nivel de políticas sanitarias, niveles de consumo a nivel mundial, teorías relacionadas con las redes de consumo** (estudio de la teoría de

redes sociales), y **estudio de teorías descriptivas del entorno** (la teoría ecológica) y finalmente se redactarán los **objetivos** del estudio. Pasaremos seguidamente al apartado donde se describen los **materiales y métodos** utilizados. Después se realizará la descripción de la ciudad de Bilbao y el modelo de consumo en el apartado de **resultados**. A continuación se exponen la **discusión y conclusiones** derivadas del análisis. Para finalizar con las limitaciones del estudio.

1.1. Demandas del estudio en el ámbito de políticas sanitarias

La idea de este Trabajo Fin de Máster surge, como se ha dicho, del interés por profundizar en el conocimiento sobre el consumo de drogas, un tipo de comportamiento implicado tanto en la salud física como mental de la población, considerando **la salud como la base fundamental del Máster**, inscrita en todas las dimensiones de su existencia. Por ello se hace necesario y a través de este apartado se explicará la importancia del estudio en relación a las políticas sanitarias y la salud.

En las últimas décadas se observa un intento de explicar el concepto salud de una manera completa e integradora, es decir, tratando de conjugar los procesos biológicos y sociales con los personales, y éstos, con los ideales de vida saludable y de calidad que cada persona y sociedad vayan estableciendo (Romero, 2014), explicando así el concepto de salud como un proceso integral y no como un estado, formando equilibrio entre el ambiente y los individuos (Gella-Jarne, 2015). La pérdida de salud es un proceso natural y constantemente presente, porque el caos y el estrés, son experiencias percibidas en base a demandas externas e internas, formando parte de las condiciones naturales de la vida (de los Santos, Valverde & Rodrí, 2011).

La Organización Mundial de la Salud define la salud “como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no solo la ausencia de enfermedad o achaque” (Organización Mundial de la salud, 1948 citado por Palomino, Grande & Linares, 2014). Previamente, de manera holística, determinada por Laframboise (1973) y desarrollado por Marc Lalonde (1974) en su informe titulado "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses" dice **que la responsabilidad del sector de la salud** de la comunidad está compuesta por cuatro grandes determinantes: Anexo I

1. Estilos de vida y conductas de salud.
2. Medio ambiente.
3. Biología humana.
4. Sistema de asistencia sanitaria (Villar, 2011).

Sumados a ellos se encuentran los determinantes de responsabilidad del estado: determinantes económicos, sociales y políticos.

Además, se determinó que los cuatro factores de responsabilidad de la comunidad influyen en el potencial de mortalidad de la población. Que las principales causas de enfermedad, muerte y discapacidad eran evitables y que las decisiones personales generan riesgos comportamentales aprendidos, también evitables (Palomino Moral, Grande Gascón & Linares Abad, 2014). En la actualidad el informe de Lalonde constituye uno de los **ejes principales de actuación en cuanto a salud pública** se refiere (Acero, Caro, Henao, Ruiz, & Sánchez, 2013).

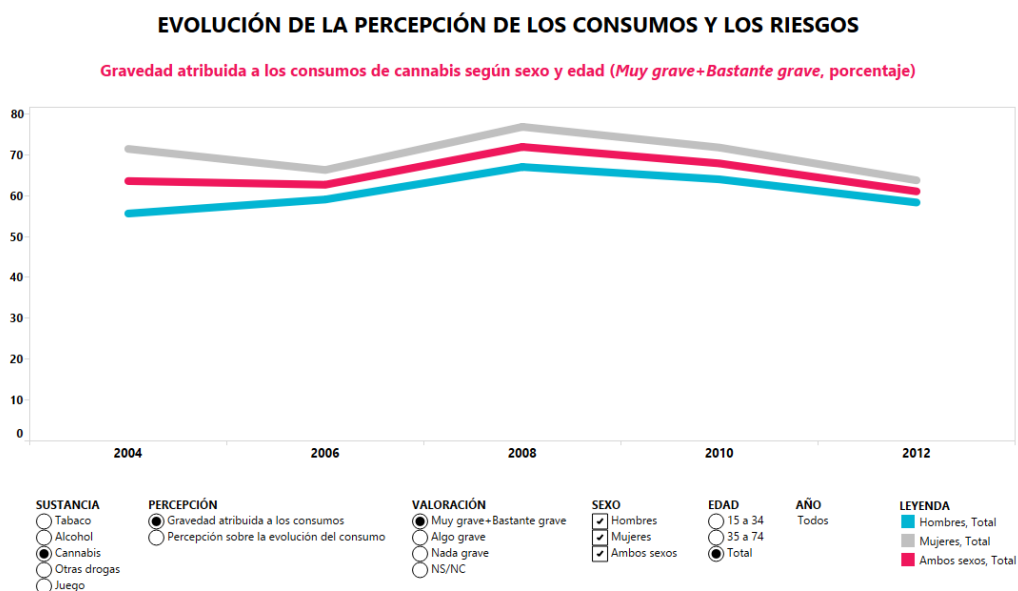
Según algunos autores "a través de la propuesta de Lalonde, hoy sabemos que el estado de salud de una población está determinado por una serie de elementos que actúan de manera interactiva (Palomino, Grande & Linares, 2014, 75). Estos factores pueden clasificarse en: a) organización de un país, política, servicios, equidad, justicia, familia (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012); b) determinantes demográficos (Palomino, Grande & Linares, 2014, 75); c) determinantes biológicos (Castaño & Stella, 2009); d) determinantes medio ambientales (Ordóñez, 2000); e) renta, reparto de la riqueza (Palomino, Grande & Linares, 2014, 75); f) determinantes sociales (Villar, 2007; Castaño & Stella, 2009); g) sistema educativo ; h) nivel de formación y de información, acceso (Tuesca-Molina, Romero, Salgado, Delgado & López, 2008) i) sistema de atención sanitaria, cobertura, calidad, alcance de los mismos, efectos, etc" (Palomino, Grande & Linares, 2014, 75).

Este tipo de planteamiento teórico es el fundamento del objetivo que se plantea en este trabajo acerca de las **redes que implican consumo de cannabis** (comportamientos de riesgo para la salud), que a su vez, se ven **influidas por el entorno que las rodea**, conceptos reflejados en los contenidos del Máster. Se define el consumo de sustancias psicoactivas como uno de los comportamientos más problemáticos de la población joven y de riesgo para su salud (cannabis, anfetaminas, cocaína...) (López, Vilariño, Linares & González, 2014) junto con el consumo de alcohol y tabaco (García-Merita, Dols, García, Fernández, Aicart & Solá, 2012; Moral & Ovejero, 2011). Al mismo tiempo, es el cannabis una de las sustancias más consumidas dentro de la población joven española (López, Vilariño, Linares & González, 2014). Según la Organización Mundial de la Salud **usar cualquier sustancia psicoactiva puede provocar daños en la salud, ya sean de carácter físico o mental** (Perea, 2014). El problema del consumo de drogas es complejo y requiere el abordaje desde un enfoque multideterminado, teniendo en cuenta factores genéticos, psicosociales y ambientales que expliquen estos comportamientos perjudiciales

para la salud. Las relaciones familiares (Ruíz, Hernández, Arévalo, de Jesús, Vargas & Lourdes, 2014), las situaciones económicas, características del barrio donde se vive y las redes sociales que nos rodean definen varios de los puntos clave para el desarrollo de las conductas adictivas (Díaz, 2012; Morales, Consuelo & Rey, 2012).

Cuando hablamos de políticas en salud sobre el consumo de cannabis no podemos obviar la importancia de las consecuencias derivadas del mismo. Un número elevado de la población tiene la percepción de pensar en el cannabis como una sustancia inocua debido al desconocimiento de los efectos secundarios producidos por el consumo de esta droga (Rovira, 2014). De acuerdo con este pensamiento, vemos como en la gráfica 1 se muestra que menos de un 60% de la población de la Comunidad del País Vasco afirma que el consumo de cannabis es considerado como grave para la salud (*Gobierno del País Vasco. Centro de documentación de Drogodependencias, Drogomedia, 2012*).

Gráfico 1: Evolución de la percepción de los consumos y los riesgos, 2012



Fuente: Tomado de Gobierno del País Vasco. Centro de documentación de Drogodependencias, Drogomedia, 2012.

Por el contrario, la realidad es que el consumo de cannabis afecta prácticamente a todos los sistemas del organismo, desde el sistema nervioso central, al sistema cardiovascular, sistema endocrino, respiratorio e inmunitario. Estas afecciones se han clasificado básicamente en dos tipos: agudas o a corto plazo y crónicas o a largo plazo (No, 2001). El efecto psíquico y en el comportamiento de los consumidores puede ser considerable (Julien, 2013; Leggett, 2006) provocando efectos nocivos sobre el crecimiento celular, efectos sobre la ingesta de alimentos de forma que aumenta el mismo o efectos

cognitivos como disminución en la memoria a corto plazo (Machado, Costa, Waldo & Crippa, 2011). Se considera además, que la marihuana puede ser causante de la aparición temprana de síntomas psicóticos en pacientes vulnerables, adelantando en años la aparición de dichos síntomas (Moreira, & Crippa, 2009). A lo que se suma el aumento de la delincuencia y tráfico ilegal de la sustancia (Brook, Brook, Arencibia-Mireles, Richter & Whiteman, 2001). Se habla de tráfico ilegal de la sustancia dadas las características actuales de la legislación española, en donde la comercialización de cannabis está prohibida (Gamella & Rodrigo, 2005). Se indica asimismo, que algunas de las consecuencias más visibles del consumo de sustancias ilegales pueden ser violencia, problemas escolares, problemas legales y conducción temeraria entre otras (López, Vilariño, Linares & González, 2014).

Atendiendo a estas consideraciones y como se cita anteriormente, podemos englobar las políticas que demandan el estudio como promoción y prevención de la salud dentro de las políticas a nivel europeo incluidas dentro del programa Horizonte 2020, en el que uno de cuyos retos sociales es *"la salud, el cambio demográfico y el bienestar de los individuos de tal forma que podamos llegar a conocer y comprender cuales son los determinantes de la salud, como establecer mejoras en promoción de la salud y cómo prevenir las enfermedades"* (ESHORIZONTE2020. Portal Español del Programa Marco de Investigación e Innovación de la Unión Europea. Ministerio de Economía y Competitividad. Gobierno de España, 2013). De la misma manera, a nivel europeo de la Unión Europea su estrategia sobre Drogas 2005-2012 constituye el marco adecuado para la aplicación de una política integral sobre drogas, y su desarrollo a partir del Plan de Acción 2005-2008 marca el camino a seguir" (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Asimismo, España participa activamente en los trabajos que realiza el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) (de las Drogas, 2005) y la Unidad de Drogas de Europol (UDE/Europol), estructuras comunitarias especializadas en el análisis e investigación del problema de las drogas (Carmona, 2006). Desde el gobierno de España a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se analiza el problema de las drogas desde una **perspectiva global e integrada, afectando a múltiples ámbitos de la sociedad**. Actúa en coordinación con diferentes campos de acción, desde la cooperación internacional y con participación activa de España en todos los foros que estudian el fenómeno de las drogas, actuando de forma conjunta con países de problemática común (sobre Drogas, 1998). Basando la participación en los siguientes principios:

1. Debate internacional activo sobre droga.

2. Control de las ofertas y demandas.
3. Asumir la responsabilidad de forma conjunta.
4. Actualización y mejoras en la prevención sobre el consumo de drogas.
5. Política común en materia sobre drogas.
6. Colaboración y cooperación con Iberoamérica y la cuenca mediterránea.
7. Aumento de los diferentes sistemas en la lucha contra el tráfico de drogas.
8. Lucha contra el blanqueo de capitales
9. Mejora de la información contra el comercio ilícito (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España, 2015).

En el marco de Naciones Unidas, España asume la jurisdicción sobre Convenciones de la lucha contra la droga. Destacan los trabajos de España en la aplicación de las medidas con en la Declaración Política de Nueva York en el año 1998, la reducción de la demanda de drogas y la cooperación internacional en la lucha contra el problema mundial de las drogas" (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015). A nivel de comunitario actualmente está en vigor el IV Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma del País Vasco siempre en coordinación tanto con los planes estratégicos a nivel Europeo como a nivel Nacional; estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra las drogas (2005-2012), estrategia Nacional sobre drogas (2009-2016) y su correspondiente Plan de Acción sobre las drogas (2009-2012) (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015). A todos estos planes se unen los propios de cada ayuntamiento, como la prevención del consumo de drogas del ayuntamiento de la ciudad de Bilbao generado a través de un servicio de información del Área de salud y consumo del ayuntamiento (Ayuntamiento de ayuntamiento de Bilbao, 2015).

1.2. La importancia del consumo de cannabis en el mundo

Anteriormente hemos observado la importancia del consumo en materia de salud pública, dados los múltiples problemas de salud, tanto a nivel físico como psíquico, que puede producir el consumo de cannabis, y las estrategias políticas en prevención de consumo y promoción de la salud, tanto a niveles europeos como, nacionales y comunitarios. Así pues, partiendo de la base de la importancia del consumo destacaremos en el siguiente apartado el número elevado de consumo en cifras a nivel mundial y, por tanto, la importancia del estudio del mismo.

La planta del cannabis puede producirse como droga en tres categorías diferentes: "como hierba de cannabis" las flores y hojas de la planta, como "resina de cannabis" la secreciones que surgen de la planta prensada llamadas de manera común como "hachís" y

como "aceite de cannabis" (Leggett, 2006). Las preparaciones de cannabis por norma general son derivados de una planta que se llama *Cannabis Sativa*. Contiene docenas de cannabinoides diferentes, el principal componente psicoactivo que se presenta en los derivados del cannabis es el tetrahidrocannabinol (THC), además de otras sustancias químicas unidas a esta sustancia, lo encontramos en toda la planta excepto en el tallo y las semillas, siendo más abundante en las flores y las hojas más pequeñas que rodean a las mismas (Abel, 2013; Leggett, 2006). De manera general, el consumo de cannabis se realiza en forma de cigarrillo llamado "porro" para ser fumado, y llama la atención que un porcentaje muy elevado de consumidores lo hace acompañado y compartiendo el cigarrillo entre varios consumidores, según las encuestas realizadas en los diferentes países de consumo. De la misma manera la gente comparte su producción de cannabis, dado el elevado porcentaje de personas que realizan su propio cultivo (Leggett, 2006).

El cannabis es a diferencia de otras drogas ilegales la más consumida en todo el mundo, se calcula que aproximadamente un 4% del total de la población adulta, de 15 años o más, consume dicha sustancia, es decir, 166 millones de personas de un total de 200 millones de consumidores, consumen el cannabis. En Europa un 19% de personas son consumidoras de esta sustancia, por encima de la media a nivel mundial, solamente por encima encontramos el continente americano con un 24% (Leggett, 2006; Degenhardt & Hall, 2012; Room et al., & Corda, 2014). Si observamos la siguiente tabla 1 en relación al porcentaje de consumo en los diferentes continentes podemos comprobar el número elevado de consumidores existentes en Europa en segundo lugar a nivel mundial.

Tabla 1. Rangos de número de personas y % consumidores de cannabis población de edades entre 16 a 64 años, de elaboración propia a partir de datos del informe mundial sobre drogas, 2009.

Regiones del mundo	Nº de personas que realizan consumo de cannabis y %
Africa	21 630 000–59 140 000 (3.8–10.4%)
North Africa	4 780 000–10 620 000 (3.6–8.0%)
West and central Africa	11 380 000–31 840 000 (5.2–14.6%)
East Africa	2 340 000–8 870 000 (1.7–6.5%)
Southern Africa	3 130 000–7 810 000 (3.9–9.8%)
The Americas	40 950 000–42 860 000 (6.7–7.0%)
North America	32 520 000–32 520 000 (10.7–10.7%)
Central America	550 000–610 000 (2.2–2.5%)
The Caribbean	440 000–2 060 000 (1.6–7.6%)
South America	7 410 000–7 630 000 (2.9–3.0%)
Asia	31 340 000–67 970 000 (1.2–2.5%)
East and southeast Asia	5 440 000–24 160 000 (0.4–1.6%)
South Asia	16 830 000–28 110 000 (1.9–3.1%)
Central Asia	1 950 000–2 260 000 (3.8–4.4%)
Near and Middle East	6 060 000–12 360 000 (2.4–4.8%)
Europe	28 730 000–29 250 000 (5.2–5.3%)

West and central Europe	22 750 000–22 860 000 (7.1–7.1%)
East and southeast Europe	5 980 000–6 380 000 (2.6–2.6%)
Oceania	2 160 000–3 460 000 (9.3–14.8%)
Total estimado	124 810 000–202 680 000 (2.8–4.5%)

Fuente: *Elaboración propia, datos tomados de Degenhardt & Hall, 2012.*

Estos millones de personas naturalmente no realizan el consumo ni el mismo tiempo ni de la misma forma, se calcula que el 10% de las personas que prueban el cannabis pasarán al consumo diario durante un cierto período de su vida, y entre un 20% y un 30% lo consumirán con carácter semanal. Sumando a una gran proporción de personas cuyo consumo es menos frecuente. El grado de consumo suele variar según la etapa vital del consumidor. La proporción de consumo se puede estimar a través de las encuestas nacionales de consumo, en aumento en los países de Europa Occidental (Legget, 2006).

A continuación, en la siguiente tabla 2 se muestran las prevalencias de consumo por edades y por países pertenecientes al continente Europeo. Diferentes para cada uno de ellos y para diferentes etapas de la vida.

Tabla 2. Prevalencia estimada de algunos países consumidores y grupos de edad, 2014.

	Estimaciones de la prevalencia		
	Población general		Población escolar
	A lo largo de la vida adultos (15-64)	En los últimos 12 meses adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida (15-16)
País	%	%	%
Dinamarca	32,5	11,2	24
Francia	32,12	17,54	39
España	27,4	17	32
Países Bajos	25,7	13,7	23
Alemania	25,6	11,1	29
Irlanda	25,3	10,3	18
República Checa	24,9	16,1	42
Italia	21,7	8	13
Suecia	21,4	6,1	6
Finlandia	18,3	11,2	11
Polonia	17,3	17,1	23
Portugal	11,7	6,7	14

Fuente: *Elaboración propia, datos tomados de Informe Europeo sobre drogas, 2014.*

El cannabis a pesar de ser una droga internacional y consumida por la mayoría de los países del mundo, se observan diferencias en las cifras relativas a los *niveles de producción, el precio, las incautaciones, las cifras de consumo, o incluso en la forma de consumo.* Resulta aún más dificultoso, y confuso si cabe, realizar estimaciones para cada uno de los diferentes países (Leggett, 2006; Major, 2004). Gran parte de la dificultad para aportar datos concretos viene dada por algunas de las características intrínsecas de la propia droga. En cuanto al control del cultivo de cannabis, se encuentran dificultadas dadas

las particularidades o pequeñas plantaciones existentes (Gutiérrez, 1991-2007). Así organizaciones como las Naciones Unidas, publican un boletín dedicado únicamente al cannabis (UNDOC, 2006).

El cultivo de cannabis se da a nivel de casi todos los países del mundo en forma de hierba, pero solamente en unos pocos países se produce la resina, la producción de la misma se limita a países del Norte de América, Oriente Medio y el Suroeste de Asia (UNODC, 2014). La siguiente tabla número 3 representa una estimación de la producción de cannabis a nivel de los principales países productores en función de las incautaciones de hierba producidas durante el año 2003.

Tabla 3. Principales países destacados por el cultivo de cannabis, estimaciones de producción, 2003.

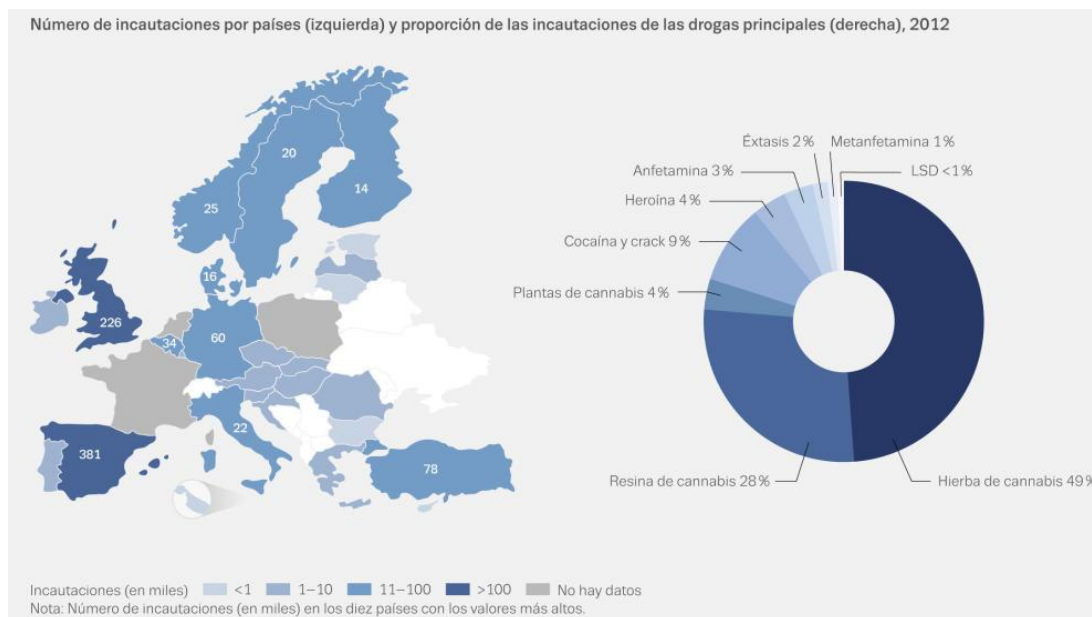
País	Superficie cultivada en hectáreas	Superficie erradicada (hectáreas)	Producción estimada (toneladas)	Incautaciones totales en hierba equivalente en hierba (toneladas)
Marruecos	134 000	...	98000	21000
Afganistán	52 000	...	50000	6432
México	29 500	22 000	10 400	2 160
Paraguay	5 500	753e	(15 000)	257f
Colombia	5 000	...	4 000	134
Estados Unidos	(4 500)	365g	(4 455)	1224
Total	231 000	23 118	181 885	31 207

Fuente: Elaboración propia, datos tomados de Boletín de Estupefacientes, 2006.

Las incautaciones de hierba han disminuido de manera paulatina excepto en el Caribe y Europa, en el año 2012, al contrario de las incautaciones de resina que aumentaron en el mismo año. España representa el 26 % de las incautaciones de resina a nivel mundial, además, los indicadores de oferta de hierba parecen estar aumentando en Europa Occidental, así como el acceso a la hierba para el consumidor. También nos indica el informe mundial sobre drogas que Europa Occidental y Central siguen siendo las regiones con más altos niveles de consumo a nivel mundial en donde los precios de la hierba están aumentando (UNODC, 2014).

Dadas las dificultades del conocimiento sobre la producción de cannabis, una de las formas en que se han utilizado para obtener datos aproximados sobre el volumen de producción a nivel mundial han sido las incautaciones anuales. En Europa se realizan de forma anual un millón de incautaciones, y así mismo y como se observa en la figura 1, el 81% de todas las incautaciones realizadas en Europa están relacionadas con el cannabis (de Drogas, 2011; EMCDDA, 2014).

Figura 1. Número de incautaciones por países y proporción de las incautaciones de las drogas principales, 2012.



Fuente: Tomado de Informe Europeo sobre drogas, 2014.

Sin duda el elevado consumo de cannabis a nivel mundial da lugar a numerosos estudios en cuanto al mismo se refiere, sumado a los efectos negativos que el cannabis tiene y que se manifiestan en su forma más extrema, a través del número de muertes relacionadas con el consumo otras drogas, entre las cuales se encuentra el cannabis (UNDOC, 2014).

1.3. El análisis de redes sociales: Teorías sobre las redes de consumo

En este apartado explicaré en primer lugar el concepto de análisis de redes y algunos conceptos clave. Después seguiré una línea de investigación en función de la aplicación de las redes sociales en el ámbito socio-sanitario, aplicación del análisis de redes a los comportamientos de riesgo, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

La investigación sobre las redes sociales ha desarrollado componentes a partir de conceptos matemáticos, sociológicos y antropológicos, así podremos analizar los escenarios relacionales (Marqués, 2010). Este conjunto de componentes es el denominado análisis de redes sociales (ARS) en el cual el punto de partida del análisis de redes sociales son las relaciones, a través de las cuales se crea la vida social de los individuos (Ávila-Toscano, 2009). Por lo tanto, se consideran imprescindibles los individuos y las relaciones de los mismos, para realizar el análisis de redes. Se define a las redes de manera formal como un conjunto de nodos (los individuos miembros de la red) vinculados entre ellos por una o varias relaciones. Se considera que el ARS es útil en la resolución de problemas o innovación de ideas, porque desde una red de trabajadores de una misma empresa,

conectados además con otras empresas u organizaciones forman una amplia red de conocimiento (Marin & Wellman, 2011).

El desafío del análisis de redes es la inclusión o no de los actores o nodos dentro del análisis, para ello Laumann en 1983 define tres enfoques para **comprender el mundo social**:

1. Enfoque basado en **la posición**: en el que determinados miembros de la red ocupan una determinada posición, ellos serán incluidos el resto de actores serán excluidos del estudio.
2. Enfoque basado en **el evento**: en el que se determinan los límites de la red, como por ejemplo haber asistido a dos eventos X.
3. Enfoque basado en **la relación**: para explicar como la relación comienza en un número de personas y poco a poco se expande entre otros individuos (Marin & Wellman, 2011).

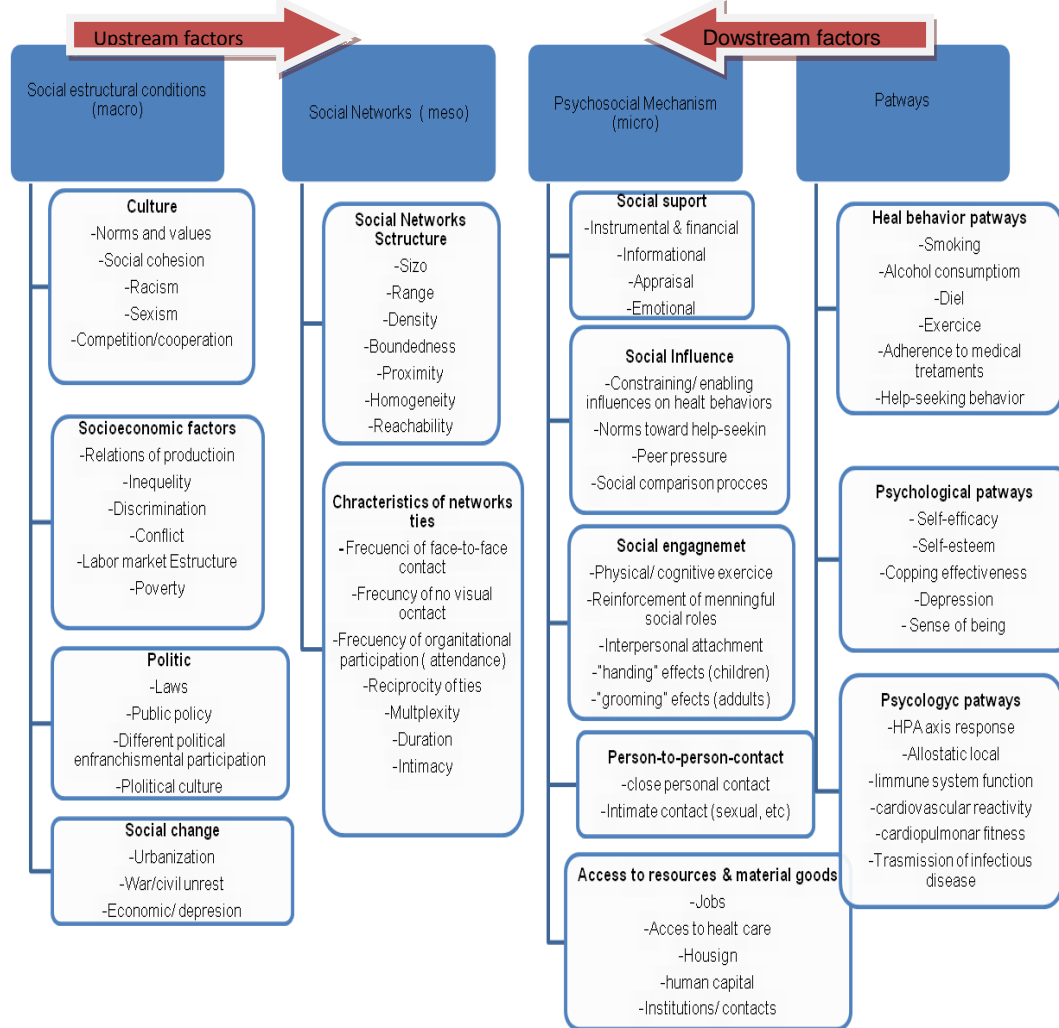
Las redes sociales no creen en la causalidad del individuo sino de la estructura social, personas con atributos similares tienen posiciones sociales en las redes sociales, asimismo, tienen comportamientos similares. Las personas actúan unas sobre otras modelando así su comportamiento, las actuaciones son similares debido a sus limitaciones, oportunidades y percepciones creadas dentro de la red o lo que es lo mismo y explicaremos en el apartado del entorno. El análisis de redes realiza el estudio de los patrones sociales, y así explica que las relaciones binarias (relaciones entre dos individuos) también se pueden ver modificadas por las relaciones con otros individuos o miembros de la red (Sanz, 2003; Marin & Wellman, 2011).

Hay múltiples teorías basadas en las redes sociales que tratan de explicar muchas cosas (Marin & Wellman, 2011): creación y formación de puestos de trabajo, gestión de los mismos, ventajas o desventajas dependiendo de la posición que se ocupe en un grupo de trabajo (Sparrowe, Liden, Wayne & Kraimer, 2001), el apoyo social, considerando así la red como una estructura social que ofrece protección y apoyo a los individuos dando la satisfacción a través del contacto de unos con otros (Ávila-Toscano, 2009), las normas que emergen de las propias relaciones sociales (Lozares, 1996), las identidades laborales porque detrás de cada organización hay una estructura y una relación social (Andrews, Basler & Coller, 2002), la difusión de enfermedades (Klovdahl, Potterat, Woodhouse, Muth, Muth & Darrow, 1994), el conocimiento de la cultura a través del énfasis de las relaciones personales para la transmisión de la propia cultura (Brown & Duguid, 2001; Gaete & Vásquez,

2008), hábitos para mejorar la salud cardiovascular (Strully, Fowler, Joanne, Emelia, Levy, & Christakis, 2012), entre otras.

Existen múltiples implicaciones de la teoría de redes sociales, en este estudio nos centramos en el ARS a nivel del ámbito de la salud por ser este de interés para el mismo. Así pues, dentro de este campo observamos que las redes sociales y **las relaciones que se establecen a través de ellas han demostrado ser un elemento productor de salud o enfermedad, influyendo también en la adopción de hábitos de vida** (Almagiá, 2014). Esta asociación se basa en que las personas estamos interconectadas por lo que de forma inevitable nuestra salud también lo está (Smith & Christakis, 2008). La bibliografía considera las relaciones sociales un factor de riesgo de morbilidad y probablemente de mortalidad (House, Landis, & Umberson, 1988). Gran parte de esos efectos perjudiciales sobre la salud que son atribuidos a las relaciones sociales están determinados por las conductas saludables o no saludables que se adquieren en función de nuestras relaciones sociales y que además varían con la edad y de los grupos sociales (Umberson, Crosnoe, & Reczek, 2010). Así pues, la fuerza de la teoría de redes sociales se basa en la hipótesis comprobable que la estructura social de la red sí es en gran parte responsable de determinar la persona el comportamiento y las actitudes de la conformación del flujo de recursos que determinan el acceso a las oportunidades y restricciones sobre el comportamiento, según la figura 2 (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000).

Figura 2. Modelo conceptual de influencia de las redes sociales en el impacto de salud, 2000.



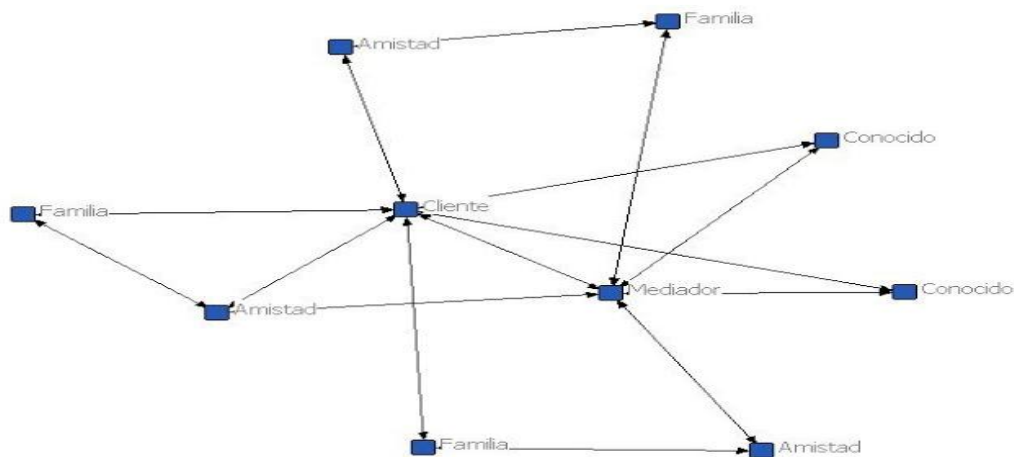
Fuente: Tomado de Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000.

El gráfico representa una visión causal en cascada: proceso que comienza con desde un nivel macro-social hacia un nivel psicobiológico, son procesos vinculados de forma dinámica para formar los procesos de integración social que influyen sobre la salud. Empezamos por incrustación de las redes sociales en un marco macro social y cultural, contexto en el que se observan las fuerzas que condicionan la estructura de la red. Así entendemos la influencia que tienen las redes sociales sobre los comportamientos interpersonales, sosteniendo que el comportamiento está influenciado desde cuatro niveles: la prestación de apoyo social, las influencias sociales, el compromiso social y el apego y el acceso a los recursos y bienes materiales. **Procesos micro-psicosociales y conductuales que hablan sobre la influencia en la salud.** Influencia en **los comportamientos como consumo de tabaco, actividad sexual de alto riesgo, utilización adecuada de los servicios de salud** (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000; Ennett & Bauman, 1993), **consumo de drogas como el consumo de cannabis** (Latkin, Forman, Knowlton &

Sherman, 2003), relaciones sexuales de riesgo o como la exposición al VIH (Latkin et al., 1995).

A través de la siguiente figura 3 vemos como los individuos están insertos en contextos sociales y sus actores son atravesados por múltiples relaciones cotidianas, fuertes o débiles, que los vinculan a otras personas (Aguirre, 2012).

Figura 3. Red clientelar, donde mediador y cliente comparten relaciones, 2012.



Fuente: Tomado de Aguirre, 2012.

Así las redes influyen en la salud mediante la participación social y el compromiso social. Los comportamientos no son el resultado de la prestación de apoyo, sino de la participación en el contexto social. (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000). Las evidencias sugieren que **la red social influye en los comportamientos en salud**, dependiendo del tamaño de la red y de las conexiones entre los miembros, de manera inversa (Glass, Brissette & Seeman, 2000; Uchino, 2006).

1.4. Teorías relacionadas con el entorno: La teoría ecológica

Tras analizar la importancia del consumo de drogas en relación a la salud, desde una perspectiva de redes, en el siguiente apartado trataremos de explicar la relación del consumo de cannabis con el entorno a través de la teoría ecológica.

Al hablar de entorno podemos empezar con el concepto de espacio; siendo éste la categoría más general, seguidos de la geología urbana (engloba los procesos naturales y localizados en la ciudad transformados históricamente, incluyendo la infraestructura), para terminar con el concepto de *ecología urbana* que habla de la **relaciones de la especie con la ciudad y con su entorno orgánico e inorgánico** (Brehil, 2010). Teoría a través de la cual explicamos las interacciones entre los individuos y su entorno. Si entendemos como

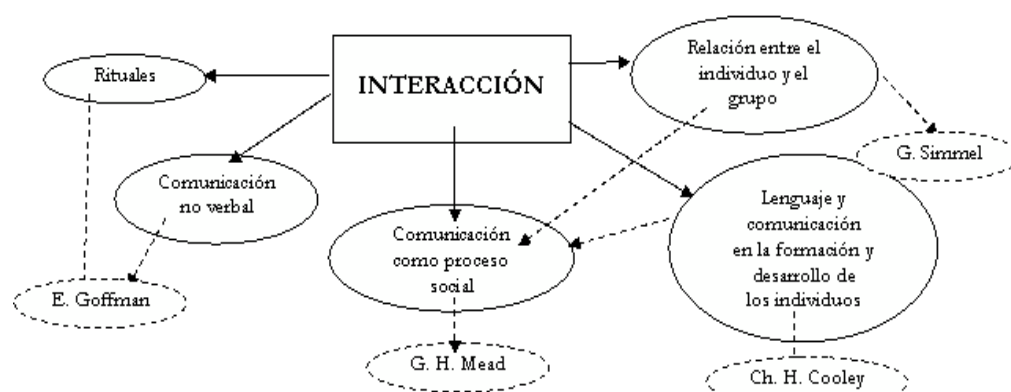
entorno todo lo que nos rodea, todos y cada uno de los aspectos siguientes van a influir en el mismo: físicos, recursos físicos, químicos, biológicos psicosociales y actividades humanas (Colina, 2005; Osorio, Rosero, Ladino, Garcés & Rodríguez, 2010).

Resulta imprescindible la comprensión de un concepto clave, la interacción, "la vida comprendida, percibida y vivida como relaciones que se mueven, mueven y son movidas por su acción recíproca, con otras relaciones", cuando hablamos de redes y entorno (Marin & Wellman, 2011; Rizo, 2006, p.267). William I. Thomas, el principal autor de la interacción dentro de la escuela de Chicago, dice que los hechos sociales son manifestaciones de la interacción humana, interacción de la que deriva otra. Las acciones sociales son producto de las intenciones de los actores sociales (Rizo, 2006). Así mismo, Simmel en lo relevante a la interacción indica que las relaciones sociales, llevan implícitas el concepto de sociedad y que para él los **sujetos o individuos sociales están influidos por las estructuras sociales**. Las relaciones humanas son un intercambio, un intercambio de forma recíproca. Los individuos se ven influenciados por la sociedad, de tal forma que las relaciones entre los mismos también se ven influenciadas por ella (De la Peña,2005).

"Las relaciones e interrelaciones que constituyen la sociedad, a través de los procesos de asociación, poseen tres características cruciales: no son simétricas ni planas; la distancia social es la que une y separa a las gentes entre sí y **los universos sociales son galaxias de interrelaciones, son redes**" (Rizo 2006, p.275). Simmel, refiere el concepto de interacción, como un fenómeno de asociación. Así da una enorme importancia a las interacciones sociales cotidianas, hasta el punto de equiparar la sociedad con la interacción (De la Peña,2003). Solamente existe interacción social si hay reciprocidad por parte de otros (Aguilar, 1990; Rizo, 2006).

A continuación se representa en la figura 4, desde un enfoque psico-social y socio-fenomenológico el concepto de interacción:

Figura 4. La interacción vista desde enfoques psico-sociales y socio-fenomenológicos, 2006.



Fuente: Tomado de Rizo, 2006.

Para Simmel la **ciudad es un espacio donde se alcanzan las conductas de organización social**, marcando así la vida en las grandes ciudades a partir de la industrialización. La metrópolis además de ser un dato histórico y sociológico es considerada como el punto de partida para el estudio de una sociedad moderna (De la Peña, 2003). De ésta forma, el análisis de las ciudades es desplazado desde los datos estructurales o económicos a las relaciones sociales. El **espacio urbano es tanto hoy como a lo largo de la historia el medio y producto de las relaciones sociales** (Borja, 1998; Carlos, 2014; De la Peña, 2003). La visualización de Simmel de la ciudad es considerada como *construcción social permanente, inacabada e inacabable* debido a que los materiales de los que se forma están en constante movimientos, además de en un continuo proceso de transformación del que depende la ciudad o urbe para su supervivencia (De la Peña, 2003). Park, autor del concepto de **ecología urbana** y conexión entre la pscosociología y Lefèbvre consideran la ciudad como un campo de interacciones humanas construidas a través de las propias condiciones que enmarcan a la ciudad. Así se desplaza el análisis de la ciudad desde el concepto económico o estructural hacia un concepto social. (Molinatti & Peláez, 2012; Valera, 2012).

De acuerdo con numerosos autores se dice que la **teoría ecológica nace de la teoría del urbanismo** desde una perspectiva ecológica. Cuanto más grande y más heterogénea sea la población a la que nos referimos más se acercan a la teoría del urbanismo. Estas variaciones dan surgimiento a la variación espacial por el color, la herencia étnica, el estatus económico y social, los gustos, etc., así dependiendo de la zona en la que viven (Wirth, 2005). En consecuencia las personas con los mismos hábitos, gustos, status, características tienden a asociarse entre sí, creando las diferentes áreas de la ciudad las cuales adquieren funciones diferentes. El individuo como creador de un espacio , hace que se entienda el espacio como una construcción realizada por el individuo, así pues vemos el papel del mismo en los comportamientos de las personas (Aguilar, 1990). **La función urbana más importante, es aumentar las "relaciones sociales" y favorecer los encuentros e intercambios**, en el amplio sentido de la palabra (Maurel, 2011).

En el **concepto de modelo ecológico requiere múltiples niveles de influencia**, a menudo incluyendo intrapersonal (biológica, psicológica) e interpersonal (social, cultural), la organización, la comunidad, el medio ambiente físico, y la política. Los modelos ecológicos, ya que han evolucionado en ciencias de la conducta y la salud pública, se centran en la naturaleza de las transacciones de las personas con su entorno físico y sociocultural, es decir, entornos (Ceballos, 2005; Sallis, 2008). La comprensión de estos modelos resulta

necesaria para entender los múltiples factores que actúan en los comportamientos saludables o no saludables. El entorno y los factores sociales tienen un carácter transversal, por tanto la modificación de los mismos puede provocar cambios en comportamientos (Marín & Wellman, 2011). La evidencia empírica ha demostrado que las **conductas de riesgo** no dependen de un factor aislado, sino que su origen está en diversos factores de **naturaleza multidimensional**. Existen diferentes tipos de factores de riesgo que afectan a los jóvenes, los cuales han sido agrupados, tradicionalmente, en factores de riesgo individuales, contextuales e interpersonales (Crespo et. al, 2004).

Si hablamos de educar a la gente a tomar decisiones saludables cuando los entornos no son de apoyo puede producir efectos débiles y de corta duración. Por lo tanto, una característica importante de modelos ecológicos es que por lo general, toma la combinación de las intervenciones nivel individual y las intervenciones ambientales a nivel de políticas para lograr cambios sustanciales en los comportamientos de salud. Ejemplo de ello son los jóvenes con mayor exposición a la comercialización del tabaco que son más propensos a empezar a fumar y de convertirse en fumadores frecuentes. Así también, se ven influidos por las personas que tienen a su alrededor, hijo de padres fumadores es predecesor de hijo consumidor de tabaco (Sallis, 2008). Así vemos por un lado la influencia a nivel físico (exposición de tabaco) y por otro el nivel social (imitación de la conducta). Por este motivo, el uso sistemático y consistente de la teoría ecológica en los comportamientos resulta necesario para el avance de la ciencia de la promoción de la salud (DiClemente, Crosby, & Kegler, 2009).

1.5. Objetivos que se plantean

El objetivo principal de este trabajo es el estudio de de las características del entorno y las características de las relaciones sociales que influyen en el consumo de cannabis en la ciudad de Bilbao. Para la consecución del objetivo se establecen varios objetivos específicos:

1. Identificar los datos de consumo de cannabis establecidos a nivel nacional, comunitario y local.
2. Describir las características del entorno que favorecen el consumo de cannabis: situación legal y aspectos sociales del consumo de cannabis.
3. Analizar la situación actual y las características que facilitan el consumo de cannabis en la ciudad de Bilbao a través de un diagnóstico del entorno.

2. MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo, se desarrolla a través de una investigación de tipo descriptivo de revisión narrativa de manera transversal. Así desde un análisis y desarrollo del estado actual del tema se pretende llegar al objetivo que es el conocimiento actual de las redes de consumo en la ciudad de Bilbao y su influencia por el entorno.

Tras el planteamiento del problema, y dada la escasez de estudios empíricos en este ámbito de conocimiento, por lo que resulta imprescindible realizar una larga introducción sobre los aspectos más relevantes que sitúen al lector y le ayuden a comprender el objetivo final del presente trabajo, a través de una revisión exhaustiva de la literatura. El siguiente paso es la transcripción de los datos mediante tablas, gráficos, datos económicos, geográficos, políticos, legales del contexto a estudio. Para continuar con un análisis global de los datos obtenidos, y su representación en el presente trabajo. A continuación se realiza un análisis profundo que forma parte de los resultados del trabajo y comparación o similitud con los conceptos y teorías de la literatura estudiada. Finalmente se plasmarán las conclusiones generales e implicaciones que surgen de la investigación realizada.

En el proceso se analizaron las publicaciones históricas, hasta los documentos de publicación más recientes, teniendo en cuenta los conceptos estudiados en el Máster y base fundamental del trabajo “el consumo de cannabis”, “el diagnóstico del entorno” y “el análisis de redes sociales”. Se realizan búsquedas a través de fuentes documentales primarias y secundarias, así como literatura gris, las bases de datos utilizadas son Web Of Science, Scopus, Dialnet y Pudmen entre otras, y se realiza la lectura completa para la comprensión del análisis de redes, como Hanneman, R.A (2000). Finalizada la primera búsqueda se realizan búsquedas más específicas en revistas como Scripta Nova, Social Networks, Annual Review of Sociology, Plos One, BMC Public Health, Journal of Urban Health, Addiction, Landscape and Urban Planning. Se establece contacto vía e-mail con el Ayuntamiento de Bilbao (departamento de drogodependencias), Federación de Asociaciones Cannábicas (FAC). Se suman a la búsqueda de datos fuentes como el Instituto nacional de estadística o el instituto vasco de estadística, el ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Para la realización de las búsquedas se combinan AND los términos, "cannabis", "social network", "environment", "health", en idioma español, inglés y francés.

Anotar finalmente que toda la información el proceso de análisis de información se realizó bajo los criterios de fiabilidad (autoría, fiabilidad de las fuentes y autenticidad) y adecuación (recopilación y selección de información).

3. RESULTADOS

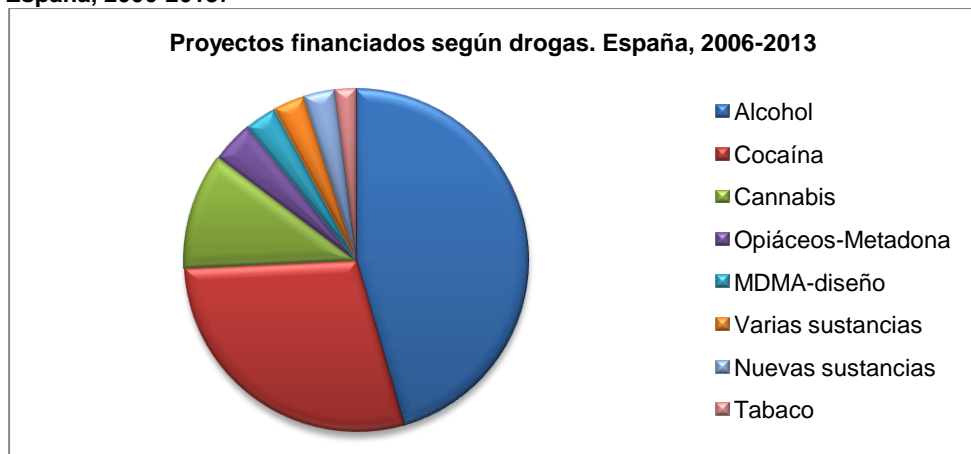
3.1 Selección del caso de la ciudad de Bilbao

Durante el desarrollo del siguiente apartado trataremos de explicar las políticas legales referidas a consumo de drogas ilegales en especial el cannabis, su cultivo y comercialización, que acontecen a nivel nacional, comunitario: en el País Vasco y por tanto en la ciudad de Bilbao, los motivos que llevan a la gente a consumir, donde consumen y con quien y el consumo en cifras a nivel comunitario y local.

3.1.1 Peculiaridades legales

Es necesario insistir en el debate social sobre el fenómeno del cannabis, debemos encontrar coherencia entre el consumo y entre el Estado social y democrático en el que se encuentra la sociedad actual, en mayor medida cuando las actuales políticas en materia de drogas han fracasado (Florez, 2013), como lo ha puesto de manifiesto el Parlamento Europeo (Arana, 2006). Durante los años 2006 y 2013 y cómo podemos observar en el gráfico 2 los proyectos de investigación en relación al consumo de cannabis ocupan el tercer puesto en nuestro país (Ministerio de sanidad y consumo, 2013). considerando así el estudio sobre el cannabis como prioritario, para la promoción y prevención de la salud.

Gráfico 2. Porcentaje de proyectos financiados , dependiendo de la sustancia psicoactiva estudiada. España, 2006-2013.

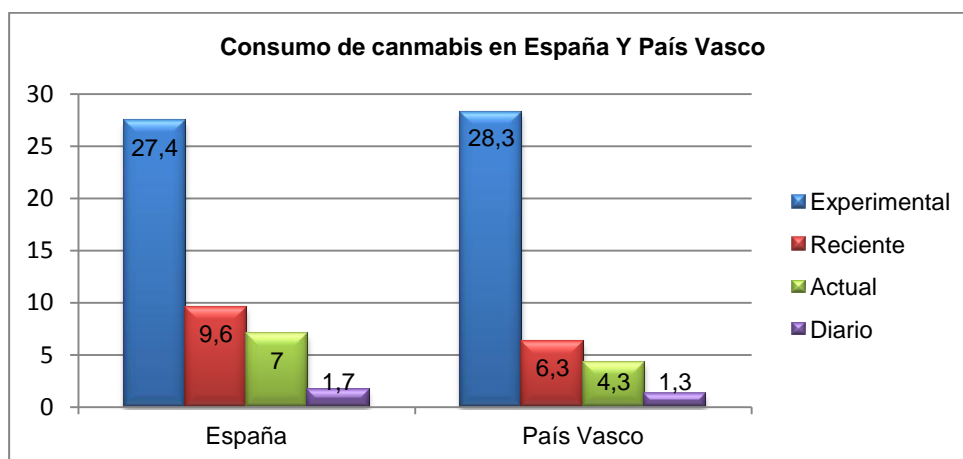


Fuente: Elaboración propia, datos tomados de Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2013.

En España hay una contradicción en las políticas públicas en cuanto a drogas ilegales se refiere. Sobre todo, en las políticas que regulan el consumo, cultivo y tráfico de cannabis, por tres motivos importantes; primero, el cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo (Degenhardt & Hall, 2012; Legget, 2006; Room et al., & Corda,

2014), segundo, España juega un papel importante en el tráfico de hachís debido a su situación geográfica (Seoane, 2003), y tercero, porque hay cierta ambigüedad moral y legal, donde el consumo está prácticamente normalizado pero el comercio y posesión de esta sustancia es ilegal, lo que provoca numerosas sanciones anuales en nuestro país (Gamella & Rodrigo, 2005). España se sitúa en cabeza de los países Europeos, con 325.563 Kg de resina de cannabis incautada y 179.993 incautaciones de resina; el cuarto lugar, con 10.475 Kg de hierba de cannabis incautada y en un importante primer puesto con 150.206 incautaciones de hierba de cannabis, además de una octava posición con 39992 Kg de planta de cannabis y en quinto lugar con 1.677 incautaciones de planta de cannabis (EMCDDA, 2014). En Euskadi el número de denunciados por tráfico ilícito de drogas es de 688, un 0.2 % del total de denunciados en todas las comunidades autónomas y el número de detenidos es de 217, un 1% del total (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2012) cifras que llaman la atención si comparamos este número de personas detenidas con el número de personas consumidoras de cannabis (Euskadi y drogas, 2014), representado en el gráfico 3 donde aparecen el número de denuncias y detenidos que acontecen en Euskadi (formando parte de este número la ciudad de Bilbao), comparando con las cifras a nivel de España, con un total de 356.052 y 21.440 respectivamente (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2012)

Gráfico 3: Consumo de cannabis en España y en País Vasco a nivel de consumo experimental, reciente, actual o diario, 2011-2012.



Fuente: Elaboración propia datos tomados de; Euskadi y drogas 2012 y EDADES 2011, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012.

Existe, tanto a nivel nacional como a nivel comunitario una división en cuanto a políticas legales se refiere; por un lado, nos encontramos con los partidarios del prohibicionismo y al lado opuesto están los que hablan de permisión y/o legalización. Así en el estudio sobre "La percepción social de los problemas de drogas en España" en el año 2004, nos encontramos con un 45.2 % de la población que opina que el **consumo** de

cannabis debe estar prohibido frente a un 50% que habla de permisión, estudiado en una población de 15 a 65 años, igualmente ocurre con la opinión sobre la prohibición de la **venta** del mismo que es de un 49.5% y sobre la permisión con un 46.9% (Megías, Rodríguez, Megías & Navarro, 2004a). También, se indica en el estudio que las dos opiniones, prohibicionista y permisiva tienen perfiles diferentes, atribuyendo al perfil de prohibicionista personas maduras, mayores de 50 años, con nivel educativo bajo medio, no consumidores de drogas ilegales y por otro lado el perfil de permisividad que lleva consigo el perfil de una persona joven de 15 a 30 años con nivel educativo medio-alto, consumidores de cannabis o de otras sustancias ilegales. Sumado a todo esto, las **diferencias entre las opiniones** de las poblaciones **según su número de habitantes**, indican que las poblaciones de 50.000 a 100.000 habitantes presentan un 65.5 % de actitudes prohibicionistas frente al 42.2 % en las poblaciones de más de 500.000 (Megías, Rodríguez, Megías & Navarro, 2004b), como es la metrópoli de Bilbao.

Previo al movimiento prohibicionista, es decir, antes de que aparecieran las leyes represivas sobre el consumo de drogas ya se le atribuía a las sustancias psicoactivas el siguiente concepto según Escotado en 1986, "*sustancias que comprenden a la vez el remedio y el veneno*" (Escotado, 1968 citado por Palomo, López & Solís, 2002). También se considera a una sustancia psicoactiva como beneficiosa o perjudicial para la salud dependiendo de su dosis, del momento de empleo, de su pureza y de las condiciones de acceso a dicho producto, así como las pautas culturales de su uso (Escotado, 1995 citado por Palomo, López & Solís, 2002).

El prohibicionismo surge en Estados Unidos en los años 1898 y 1918, en 1914 se crea una ordenanza que registra la prohibición del consumo de cannabis con fines lúdicos (Flórez, 2013), además en esta época surgen diferentes leyes para la penalización del consumo de diferentes drogas como el opio, la cocaína, el alcohol y más adelante en el año 1937 sobre el cannabis (Gamella, 2003). Desde el año 1937 el consumo de cannabis estaba abolido en los Estados Unidos (Ramos y Fernández, 2000) y 20 años más tarde en 1961 se crea la Convención Única de las Naciones Unidas (Jelsma, 2013) mediante esta convención se llevan a cabo una serie de directrices políticas, centradas en los "estupefacientes", para controlar los cultivos ilícitos, persecución de grupos de narcotraficantes y la penalización de la cadena interna ligada al negocio de los narcóticos, o rechazo a cualquier iniciativa pro legalización de drogas (Del Olmo, 1989; Jelsma, 2013). Es en el año 1970 cuando el presidente Nixon con estas directrices políticas comienza la "guerra contra las drogas", siendo poco efectiva su campaña destructiva, porque no afecta al poder de los traficantes, ni existen mejoras socioeconómicas de las zonas, ni tiene impacto sobre la disponibilidad de las drogas, sino que, los grupos de narcotraficantes son fortalecidos y han aumentado el

número de formaciones (Dammert, 2009; Del Olmo, 1989). La legislación se ha usado como arma para intentar regular y intentar controlar el consumo de cannabis y así poder impedir el llamado "ciclo total de la droga", mediante el control de la producción, la distribución, la comercialización y el consumo (Calogero, Capozzo, Decurgez, Pasolli & Valli, 2011; García y Sánchez, 2006).

En el caso concreto de España el consumo de drogas no ha sido ni es sancionado de manera penal. El tráfico de drogas o estupefacientes es regulado por primera vez en el convenio internacional de Ginebra en 1928, y se le atribuye entonces la calidad de delito agravado contra la salud pública (García & Sánchez, 2006). Es hacia finales de los años 60 cuando se produce un cambio y aumento en el consumo de cannabis, introduciéndose el mismo en la clase media, aunque pasa desapercibido durante el régimen franquista (Romani, 2005, y en 1961 España es adscrita al Convenio Único sobre estupefacientes (García & Sánchez, 2006). Asimismo en la década de los 80 el cannabis pasa a ser una droga de ocio para la juventud, ocurre en Estados Unidos y se extiende a todo el mundo, incluido España, que a partir de los años 60 también aumenta el consumo de cannabis, y son varias las causas incrementan la oferta y la demanda de esta droga: la relajación del Régimen de apertura al exterior, cambios socioeconómicos, la industrialización y la expansión universitaria entre otros (Romani, 2005). A través de la televisión se habla sobre las nuevas formas de consumo de cannabis, se publican anuncios que refuerzan el consumo. El perfil del consumidor cambia y pasa de ser alguien "marginal" a ser el perfil de jóvenes estadounidenses viajeros, que acuden a la universidad y que viajan por el mundo, lo que provoca las siguientes consecuencias debido a la **imitación de este comportamiento**:

1. Aumento del consumo y por lo tanto del número de consumidores.
2. El gobierno observa como acontece la "normalización del consumo", sobre todo en la población joven.
3. Aparecen ideas de "legalización" defendidas por algunos políticos.
4. Aumento en el número de sanciones debido a la posesión del cannabis (Del Olmo, 1989).

Todas estas consecuencias provocan la pérdida de respeto a la leyes prohibicionistas y obliga a los gobiernos a tomar medidas más duras (Del Olmo, 1989), y a aumentar la búsqueda de políticas alternativas a la prohibición (Dammert, 2009), además de crear un importante interés social (Calafat, Juan, Becoña, Fernández, Gil & Llopis, 2000).

En la década de los 80 en España, el cannabis toma un carácter de aceptación de su uso y se convierte en un estilo de vida y de moda, en 1983 se despenaliza la tenencia de

drogas para el propio consumo diferenciando entre drogas más o menos dañinas para la salud, adelantándose con ello legalmente a muchos países de nuestro entorno (Gamella & Jiménez Rodrigo, 2003) y considerando al cannabis una droga "blanda" no muy perjudicial para la salud (García & Sánchez, 2006). Más tarde en los años 90 en España se crea la "Ley Corcuera" o Ley de Seguridad ciudadana, que sanciona el consumo personal y la tenencia ilícita de drogas en lugares públicos aunque no sea para el tráfico de ella, pero no habla del consumo privado penalizado (Ibáñez, 1991), y se considera tenencia lícita para cuatro supuestos; uso médico, industrial, científico o docente (García & Sánchez, 2006). El tribunal supremo explica los siguientes aspectos para distinguir el tráfico del autoconsumo, entre otros:

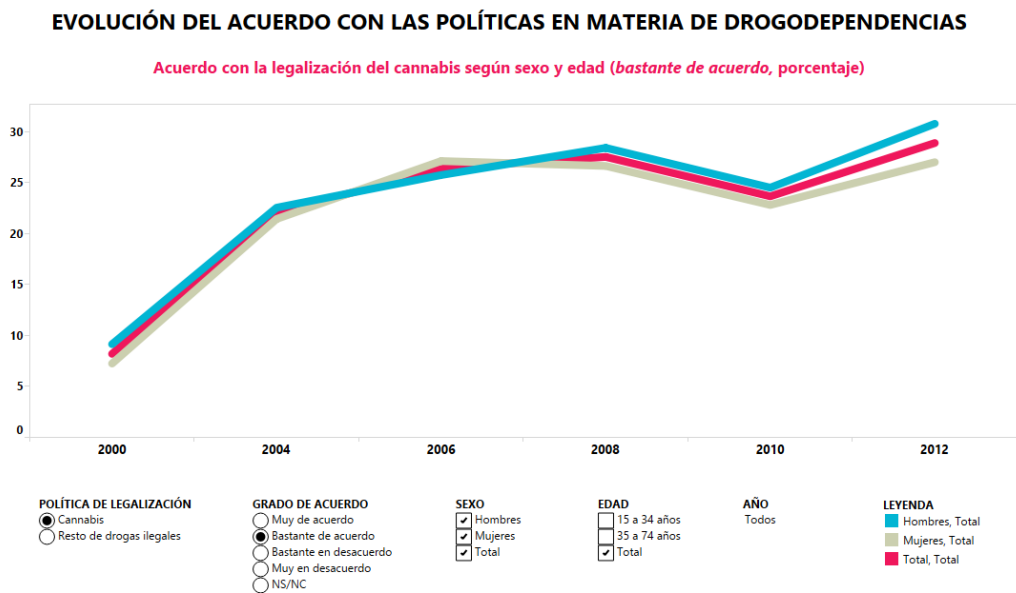
1. La cantidad de droga permitida para el cannabis dedicado al propio consumo es de 50 gramos.
2. Disposición de la droga en dosis para la venta como se exponen habitualmente en el mercado ilegal.
3. Posesión de productos propios de adulteración de la droga.
4. Tenencia de material para la preparación en dosis de la droga (citado por Herrero en García & Sánchez, 2006).
5. Además el cultivo de la planta de cannabis no será sancionado si es para el autoconsumo y sólo será penado administrativamente si se da en la vía pública así como la tenencia.

Un año antes de la promulgación de esta ley aparece en España la primera asociación cannábica ARSEC (Asociación Ramón Santos de estudios del cannabis) y ya en 1992 e impulsadas por la aparición de la ley Corcuera nacen otras nuevas asociaciones cannábicas con un total de 10 en el año 1995, y a continuación en el año 1996 se crea la Cordinadora Estatal por la Normalización del Cannabis que es sustituida por la actual Federación de Asociaciones Cannábicas (FAC), además empiezan a publicarse diversas revistas sobre el cannabis (Gamella & Jiménez, 2004b). Es en el País Vasco y Cataluña donde aparecen los primeros movimientos a favor del cannabis, señal de esto y pionera en la propuesta de movimiento a favor del cannabis se encuentra en la asociación Kalamudia, en Bilbao donde se realizan plantaciones colectivas entre los años 1997 y 2000, recolectando la marihuana sin impedimentos (Oró, 2015), y en 1991 se crea una plataforma en el País Vasco, con el fin de legalización de todas las drogas (Calafat, Juan, Becoña, Fernández, Gil & Llopis, 2000).

A partir de aquí, impulsado en el año 1983 por la **despenalización** del consumo propio, nos encontramos con el lado opuesto al prohibicionismo, la corriente de

despenalización y legalización, en el que los adeptos a esta opinión creen que las sanciones actuales son discriminatorias, hipócritas y contraproducentes (Gamella & Jiménez, 2003), y como representa la gráfica 4 en Euskadi un total del 28,89 % de personas están de acuerdo en las políticas de legalización de la marihuana, valor medio del cual un 30,77% son hombres y el 27,01% son mujeres (Gobierno del País Vasco. Centro de documentación de Drogodependencias, Drogomedia, 2012). En España, País Vasco o Bilbao el consumo de drogas no ha sido nunca un delito hasta la aparición de la ley Corcuera, así en los últimos años han aumentado tanto las incautaciones como las detenciones por posesión de drogas. Se considera que la cantidad menor de 50 gramos es utilizada para el consumo personal, y a partir esta cifra si alguien es sorprendido con más cantidad de la estipulada deberá someterse al estudio de su caso. Esta corriente de despenalización es una estrategia que trata de reducir de manera sustancial las sanciones por posesión de cantidades modestas de drogas psicoactivas ilegales (Gamella & Jiménez, 2004a).

Gráfico 4: Evolución del acuerdo con las políticas en materia de drogodependencia, prevalencia de las personas que están de acuerdo en la legalización del cannabis, 2012.



Fuente: Tomado de Gobierno del País Vasco. Centro de documentación de Drogodependencias, Drogomedia, 2012.

Atendiendo a estas consideraciones, resulta necesario la explicación de las diferencias existentes entre despenalizar, descriminalizar y legalizar, ya que siendo estos dos términos muy parecidos puede llevar a confusión (Calogero, Capozzo, Decurgez, Pasolli, & Valli, 2011; Dammert, 2009). Despenalizar supone dejar de tipificar como delito o como falta una conducta que anteriormente tenía un castigo por parte de la legislación penal (Española, 2013). Legalizar supone un proceso de dar el estado legal a algo (Española,

2013), de algo que se supone previamente ilegal (Gaviria, Zedillo & Cardoso, 2009), el cual no pretende el consumo masivo de la sustancia (Dammert, 2009) y se cree que conseguirá un beneficio para la población disminuyendo el consumo de la sustancia (Gamella & Jiménez, 2004a).

En la Unión Europea existen diferentes políticas o enfoques, pero a rasgos generales las políticas se basan en “la reducción simultánea de la oferta y la demanda, aplicando un enfoque equilibrado e integrado” un cambio en el pensamiento general de “tolerancia cero” a “reducción de los daños” (AEFET & EUROLAT, 2012). En España se ha creado en la actualidad un **movimiento social en defensa del cannabis**, llevado a cabo por las asociaciones, los profesionales y los medios de comunicación que tratan de mostrar a la población los argumentos y estrategias para la legalización del consumo de cannabis y sobre sus posibles efectos terapéuticos. Estos sujetos utilizan una alternativa razonable, dada la actual legislación que miles de adultos y jóvenes, de esta forma cultivan las plantas de cannabis para su propio consumo (Gamella & Jiménez, 2005). Las semillas las consiguen a través de numerosas tiendas que se han abierto por todo el país llamados "grow shops" y "smart shops". El auto cultivo es una clara alternativa a la prohibición, además mejora la calidad de los productos comprados en el mercado negro (Gamella y Jiménez, 2003), el cual no debería tener consecuencias, aunque siempre y debido al desconocimiento de la cantidad exacta provoca ambigüedad en el número exacto de plantas para consumo propio (Gamella & Jiménez, 2005). Este movimiento a favor del cannabis a llegado a una lucha política electoral, creándose incluso un partido político a favor de la legalización del cannabis en el año 2004, provoca división de opiniones, algunas de las cuales aseguran que el movimiento "pro-cannabis" está movido por intereses económicos en manos de comerciales y no por los intereses de los consumidores (Gamella & Jiménez, 2005).

Actualmente hay una gran aceptación social acerca del consumo de cannabis, es Euskadi una de las comunidades españolas donde más existe, muestra de ello son los numerosos club que existen, donde se permite la adquisición del cannabis de un forma segura fuera del mercado negro. La obtención de esta sustancia dentro del concepto socialmente integrado aleja a los consumidores de prácticas desviadas de las normas sociales o culturales. En el País Vasco se insistió al Gobierno Vasco que regulara los clubs en la futura Ley de Adicciones, se han obtenido ciertos resultados autonómicos pero queda en el aire el cultivo, acceso y transporte del cannabis lo que constituye un parche en el modelo prohibicionista (Oró, 2015), por lo tanto la **ambigüedad** en cuanto políticas de cannabis continúa existiendo.

3.1.2 Motivaciones para el consumo

Existen dos grandes razones por las que las personas consumen esta droga: el primero de los motivos son los *finés lúdicos o placer* (Calafat, Fernández, Becoña, Gil, Juan & Torres, 2000; Font-Mayola, Gras & Planes 2006), derivados de la importancia que se atribuye al tiempo de ocio, considerado cada vez más importante para la sociedad actual (Iglesias, 2000), y el segundo es el *consumo con fines médicos* (Ashton, 2001).

El uso lúdico del cannabis, o en concreto de la hierba, ya fue descrito por el sociólogo H.S. Becker en 1953, él manifestó que el principal motivo para el consumo es el fin recreacional, enunciando la famosa frase de “use for pleasure” (Becker, 1953, p.235-242). La mayoría de los estudios que explican el porqué de estos comportamientos de riesgo estudia a la población adolescente, lo cual no es de extrañar ya que es en esta edad cuando la mayoría de las personas comienzan a consumir (Iglesias, 2000). Varios son los motivos por los que los jóvenes consumen cannabis u otro tipo de sustancias psicoactivas; los amigos utilizan estas drogas y así, tener relaciones cercanas con padres o amigos que consumen drogas puede aumentar el riesgo de consumo (Núñez, Ríos, Gómezc& Acuña, 2005), factores psicosociales, la influencia del grupo de iguales, la ansiedad o el estrés, el déficit de habilidades sociales (Varela, Cáceres & José, 2010), factores de predisposición, fracaso escolar o bajo rendimiento académico, pobreza, problemas familiares, problemas psicológicos, etc (Cáceres, Salazar, Varela & Tovar, 2006; Iglesias, 2000).

La hierba posee propiedades psicodélicas, que mejoran la sensación y percepción cognitiva (Calafat, Fernández, Becoña, Gil, Juan & Torres, 2000). Otras de las propiedades de esta polifacética planta son sus efectos ansiolíticos, relajantes y analgésicos, de este grupo de efectos se deriva la segunda razón más importante para el uso de cannabis, el uso con fines médicos (Ashton, 2001). El uso del cannabis como sustancia psicoactiva y con finalidades industriales tiene un origen remoto, ya en la antigüedad esta planta fue utilizada por las distintas civilizaciones por sus propiedades medicinales, se usaba para aumentar el apetito, para calmar el dolor local o para aliviar la fatiga (Merino, 2000; Ramos & Fernández Ruiz, 2000). El uso médico es un campo relativamente reciente pero sobre el que se está trabajando actualmente, en 1997 la British Medical Association publicó su informe “Therapeutic Uses of cannabis” instando a la puesta en marcha de “investigaciones controladas para evaluar el potencial terapéutico del uso del cannabis” al que sigue otra publicación del Institute of Medicine americano titulada “Medical Use of Marijuana (Bobes & Calafat, 2000).

Se han presentado diversos artículos con evidencia científica que afirman sobre las propiedades terapéuticas de los cannabinoides:

1. Analgesia.
2. Disminución de la presión intraocular.
3. Efecto antiemético en vómitos inducidos por quimioterapia.
4. Propiedades relajantes musculares, efectivos en enfermedades como la esclerosis múltiple, traumatismos medulares o alteraciones del movimiento.
5. Propiedades neuroprotectoras (útiles en enfermedades neurodegenerativas).
6. Antiasmáticos.
7. Antiinflamatorio.
8. Anticonvulsivantes (Bobes, & Calafat, 2000; Leza & Lorenzo, 2000).

El uso terapéutico del cannabis genera al debate científico, y además otro debate de índole social y política. Por un lado el uso terapéutico del cannabis puede configurarse de dos formas según se trate del cannabis en sí (hierba o hachís), de tal manera solamente puede ser utilizado para fines de investigación y de su principio activo (THC), es en este caso donde la ley permite su uso de manera más amplia y así el cannabis puede ser fabricado, importado, exportado y distribuido, siempre previa licencia, y, lo más importante, dispensado en oficinas de farmacia mediante prescripción con receta médica (Grinspoon, 2007). Otra propuesta objeto de varios estudios, es crear establecimientos dedicados a la dispensación, que queda totalmente descartada debido a la actual legislación. Pero a pesar de los nuevos avances en la creación de nuevos derivados en la práctica ninguno de ellos parece superar en efectos a la forma tradicional de la hierba consumida en cualquiera de sus posibilidades (Aparasi, 2005) lo que genera debate científico, otro debate de índole social y política. En España ha sido solamente en Cataluña donde se han realizado ensayos y se ha utilizado en cannabis en pacientes con cáncer de mama (Aparisi, 2005).

En España se comercializan los siguientes medicamentos (Cesamet[®]), para el tratamiento con quimioterapia y desde el año 2001 dispensado a través de los servicios de farmacia hospitalaria como medicamento extranjero (Sativex[®]), utilizado para el tratamiento de la esclerosis múltiple, aprobado en España por la agencia del medicamento en el año 2010 (Callado & de Salud Mental, 2012). La despenalización del consumo de cannabis con fines terapéuticos es hoy en día, una realidad en algunos países europeos como Holanda, España, Suiza o Reino Unido (Hacekamp, 2005).

3.1.3 Datos de consumo: número y lugar, nivel comunitario y local

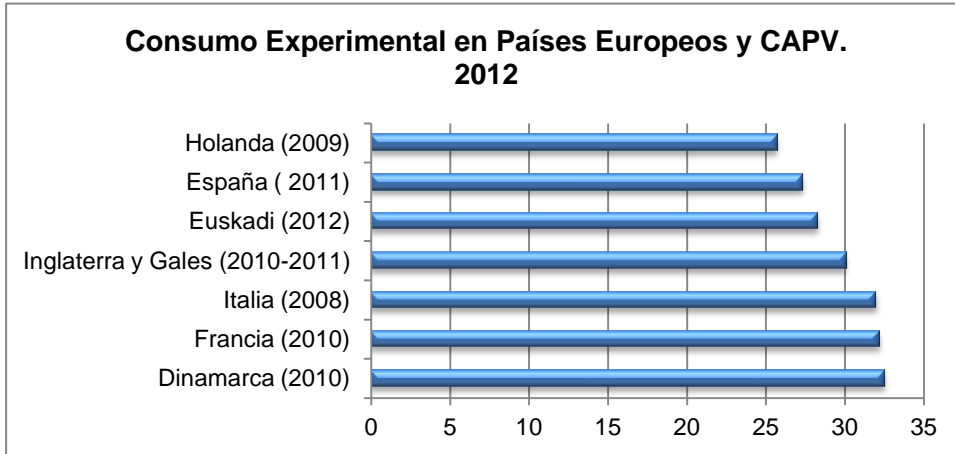
Parece que el uso de cannabis en Euskadi, utilizando cualquier indicador de consumo fue creciendo de forma más o menos continua hasta alcanzar su nivel más elevado en el año 2006, según datos extraídos de la encuesta domiciliaria sobre drogas "Euskadi y drogas" (Zalacaín, 2012). Los datos actuales indican que en el año 2012, el 28% de la población ha probado al menos una vez en su vida algún derivado del cannabis (hachís, marihuana, etc.), el 2,8% de la población ha realizado un consumo al menos semanal durante el último año y el 1,7% de la población puede considerarse como consumidora diaria o casi diaria, en la medida en que consume cannabis más de cuatro días a la semana. Un total de 28.000 personas han son consumidoras diarias de esta sustancia, cifras mucho menos elevadas que 6 años atrás, lo que indica un descenso del consumo de cannabis tanto en número de consumidores habituales como ocasionales (Euskadi y drogas, 2012). Se mantienen igual las cifras de inicio de consumo con una edad media de 18 a 20 años al igual que los consumos dependiendo del género, siendo mayor los datos de consumo en hombres (Zalacaín, 2012).

Se suele decir que el cannabis es la puerta de inicio a otras drogas ilegales (Vázquez & Becoña, 2000), y se confirma en datos en la comunidad autónoma del País Vasco donde un 16 de consumidores de cannabis consume otras sustancias frente a un 2.3 % de las personas no consumidoras (Zalacaín, 2012). Cuando hablamos de cifras de consumo en franjas de edad se observa el consumo ha descendido en los más jóvenes pero se mantiene en los grupos de edad que actualmente rondan la treintena, lo que quiere decir que los antiguos consumidores siguen consumiendo, y que los jóvenes actuales lo hacen en menor medida, parece que este aumento de consumo se produjo en los años 80 con la llegada de un fenómeno llamado "baby boom" (Euskadi drogas, 2012; Zalacaín, 2012). Atendiendo a razones socioeconómicas nos encontramos con un porcentaje más elevado de consumo diario en trabajadores no cualificados que en trabajadores cualificados desde un 4.3 a un 0.7 en el año 2010 (Zalacaín, 2012).

La ciudad de Bilbao se considera un territorio digno de estudio dadas las características de consumo experimental encontradas y comparadas con otros países de la Unión Europea, situándose en niveles incluso por encima de Holanda donde las políticas legales están mucho más avanzadas,. A continuación, mostrados en la gráfica 5 como las cifras de consumo actual con 4,3 % situado en importante sexto lugar a nivel europeo (Euskadi y drogas, 2012). También es importante el estudio porque en base a estos cuatro criterios: consumo experimental de cannabis, postura favorable a la legalización de esa sustancia, facilidad de acceso a la misma y atribución de poca o ninguna gravedad al

consumo mensual, considerados como normalización del cannabis un 37 % atribuye esta normalidad al cannabis dentro de la Comunidad (Zalacaín, 2012)

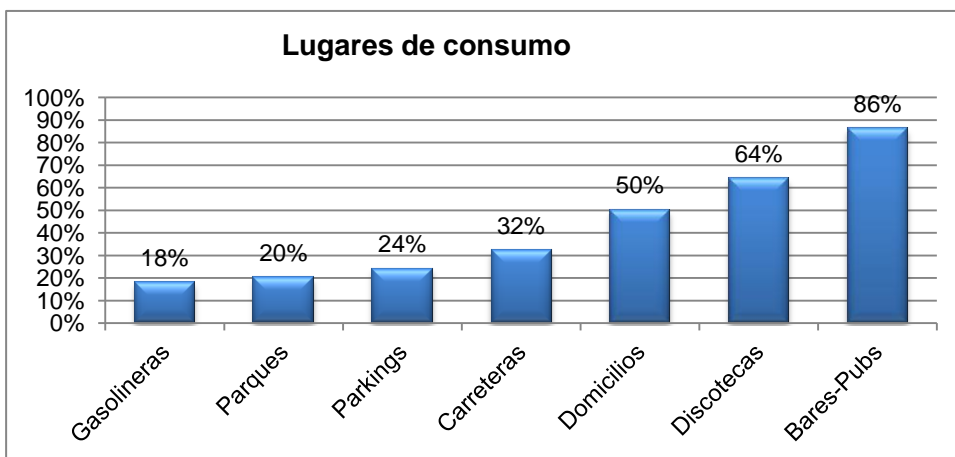
Gráfico 5: Tasa de consumo experimental de diversos países de la Unión Europea y la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2012.



Fuente: Elaboración propia datos tomados de EMCDDA, 2012. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), EDADES 2011/12 y Euskadi y Drogas, 2012.

En lo referente a los lugares de consumo encontramos un estudio cualitativo sobre el consumo de drogas realizado en la comunidad de el País Vasco, en concreto en Bizkaia sobre " Los interrogantes para la pedagogía social", nos informa de los siguientes resultados, que resultan interesantes para nuestro trabajo: la mayor parte de los consumidores de drogas lo hace en los fines de semana y fiestas. En general los lugares de consumo que utilizan los bares, pubs y discotecas como se representa en le gráfica 6, la mitad de los entrevistados lo hace con sus amigos y la adquisición de las sustancias es habitual conseguirla en los mismos lugares donde se consume, además afirman uno de cada cuatro que sus amigos consumen como vemos en las gráficas 7 y 8 (Pérez & Vargas, 1998).

Gráfico 6: Lugares de consumo de drogas de síntesis en Bizkaia, 1998.



Fuente: Tomado de Pérez y Vargas, 1998.

Gráfico 7: Distribución de la muestra de consumo en función del número de conocidos

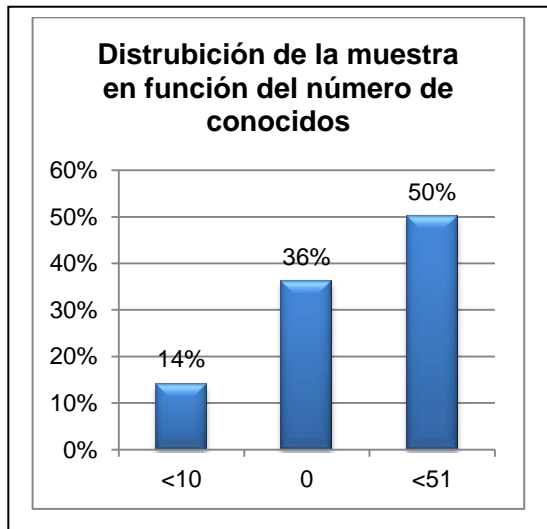
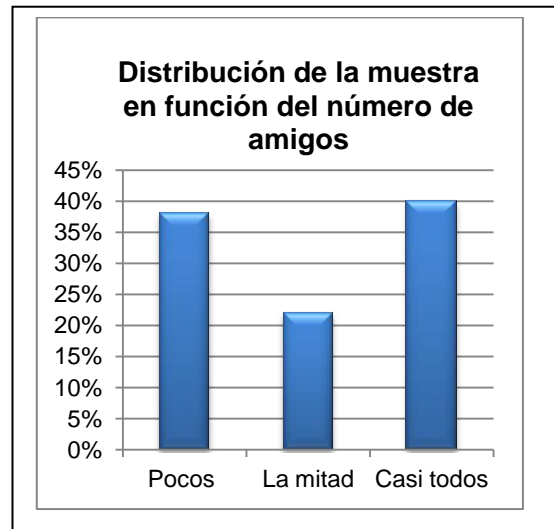


Gráfico 8: Distribución de la muestra de consumidores en función del nº de amigos



Fuente: Tomados de Pérez y Vargas, 1998.

Así se considera el **grupo de amigos como factor de riesgo influyente en el consumo de drogas**, llegando incluso a ser para algunos autores el motivo principal del que depende el consumo de drogas, de la naturaleza social del grupo de amigos (Laespada, Arostegi & Iraguri, 2004).

3.2 Modelo de consumo de la ciudad de Bilbao a través de un diagnóstico del entorno

Los resultados del estudio serán a base de la descripción del modelo de consumo de la ciudad de Bilbao mediante un diagnóstico del entorno, a través de los siguientes características que lo rodean basadas en el Informe de Lalonde, factores que influyen en el entorno (anexo 1) y de los aspectos generales socio-económicos, culturales y ambientales según el modelo de Modelo socioeconómico de Salud de Dalgren y Whitehead (anexos 2 y 3), el análisis será una recopilación de cada aspecto más importante en el consumo de cannabis dado que de cada factor influyente podríamos llevar a cabo una investigación.

1. Contexto demográfico

El área metropolitana de Bilbao está formada por 35 municipios, entre los que suman un total de un millón de habitantes, el 80% de la población de Bizkaia y el 44% de la comunidad del País Vasco, el núcleo principal está formado por la localidad de Bilbao (Iglesias, Martí, Subirats & Tomás, 2011) con un total de 346.574 habitantes en el año 2014 (EUSTAT, 2014). Desde la asociación Metròpoli-30 se proyecta la ciudad e Bilbao como uno de los núcleos centrales del Sistema Europeo de Ciudades, y se identifica bajo el acrónimo de IPICA: "innovación, profesionalidad, identidad, comunidad y apertura" (Iglesias, Martí Costa, Subirats & Tomás, 2011). Como las grandes metrópolis, la ciudad de Bilbao atrae a ciudadanos de otros lugares, lo que supone una creciente tasa de inmigración (Fernández, Vila-Belda & Alonso, 2013; Serrano, 2012), en este caso de nacionalidad española en su mayoría como podemos ver en las tablas 4 y 5 , y mezcla de culturas, que son el motor de muchos de los comportamientos de la población sobre todo de la población joven (Hernán, Ramos & Fernández, 2002; Ocáriz, Vozmediano & Germán, 2011), población más vulnerable respecto al consumo de drogas siendo la edad donde comienzan estos comportamientos (Morales, Ariza, Nebot, Pérez & Sánchez, 2008).

Tabla 4. Movimientos migratorios de la C.A. de Euskadi por año territorio histórico de origen, según territorio histórico de destino, 2013.

	Destino				
	C.A. de Euskadi	Araba / Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	A fuera de la C. A. de Euskadi
Año 2013					
C.A. de Euskadi	48.796	4.097	29.039	15.660	35.943
Araba / Álava	4.056	2.547	987	522	6.052
Bizkaia	29.425	1.094	27.054	1.277	19.414
Gipuzkoa	15.315	456	998	13.861	10.477
De fuera de la C. A. de Euskadi	33.987	6.093	16.374	11.520	

Fuente: Elaboración propia datos tomados de EUSTAT. Estadística de Movimientos Migratorios, 2013b.

Tabla 5. Población de origen extranjero en la C.A. de Euskadi distribuida por geográfica de origen, sexo y situación administrativa, 2010.

	Población extranjera		Sexo (%)		Situación administrativa (%)		
	Nº	(%)	Hombre	Mujer	Derecho a residencia/ actividad-trabajo	Permiso de residencia (no de trabajo)	Irregular
TOTAL	179.582	100,0	48,4	51,6	97,2	2,1	0,6
UE Occidental	21.426	11,9	57,2	42,8	98,7	1,1	0,3
Rumanía y otros UE Oriental	18.627	10,4	48,6	51,4	91,3	5,2	3,5
Magreb	27.287	15,2	59,2	40,8	82,9	7,8	9,3
Argentina, Chile, Uruguay	8.068	4,5	48,6	51,4	92,2	6,3	1,6
Colombia, Ecuador, Perú	33.031	18,4	43,5	56,5	75,1	8,3	16,5
Bolivia	13.870	7,7	41,7	58,3	52,0	6,0	42,0
Paraguay	5.547	3,1	39,1	60,9	82,2	5,5	12,4
Brasil, Venezuela, Rep. Dominicana	14.318	8,0	36,3	63,7	79,2	2,8	18,0
Resto América Latina	9.323	5,2	27,1	72,9	94,5	5,1	0,4
China	4.834	2,7	52,7	47,3	69,7	4,8	25,6
Senegal	3.300	1,8	78,2	21,8	79,6	6,2	14,2
Resto África	8.450	4,7	53,2	46,8	73,9	7,8	18,3
Resto del mundo	11.502	6,4	51,6	48,4	86,8	5,1	8,1

Fuente: Elaboración propia, datos tomados de Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Encuesta de población inmigrante extranjera en la C.A. de Euskadi (EPIE), 2010.

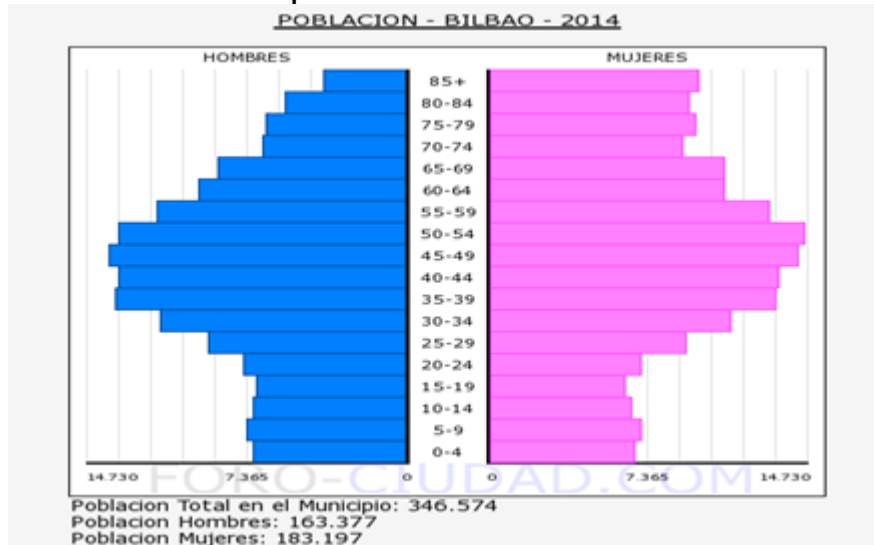
Así pues, la zona urbana es considerada como riesgo potencial para el consumo de cannabis y de otras sustancias (Vázquez & Becoña, 2000), debido entre otras cosas a la magnitud de la densidad poblacional (Martínez, Trujillo & Robles, 2007). El 60% de la población se encuentra entre la edad de 20 a 64 como podemos ver en la tabla 6 , que da lugar a una pirámide poblacional en el gráfico 9, pirámide regresiva o de bulbo, muestra característica actual de los países desarrollados.

Tabla 6. Población por entidades de población de Bizkaia, según sexo, grupos de edad y nacionalidad, 2014

Población según el sexo				Grupos de edad (%)			Extranjeros (%)	
Total	Hombres	Mujeres	Sex ratio	0-19	20-64	>=65	UE-27	Resto
344.443	162.046	182.397	0,888	16,01	60,08	23,02	1,3	7,3

Fuente: Elaboración propia, datos tomados de Eustat. Estadística Municipal de Habitantes. Población Bilbao, 2014c.

Gráfico 9. Pirámide de la población de Bilbao a 1 de enero de 2014.

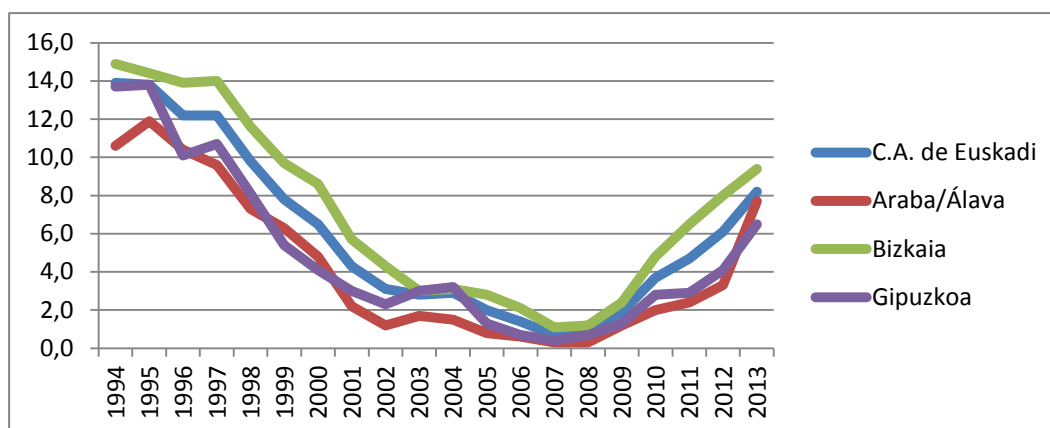


Fuente: Elaborado por FORO_CIUDAD.COM, tomado de INE Instituto Nacional de Estadística, 2014.

3.2.2. Contexto económico

En el último siglo Bilbao, ha conocido un verdadero despliegue económico, debido a su **transformación productiva, urbanística y medioambiental**. En 1300, Bilbao es fundada como una villa medieval, convertida en villa comercial en 1511 y fue una ciudad industrial desde 1800 hasta el año 1985 la base de su industria siderometalúrgica fue disminuyendo debido a la coyuntura internacional, y desde los años 90 trata de recuperarse de esta etapa postindustrial (Sainz, 2014). Tras esta crisis de los años 90 la economía vasca se ha mantenido en un **alto nivel de industrialización** (Uranga, Saenz, Ruiz & Balmaceda, 2012). En la actualidad la Comunidad autónoma del País Vasco donde se sitúa la ciudad de Bilbao se encuentra en situación de **crisis económica** desde el año 2008 donde comienzan a aumentar las tasas de paro como podemos observar en la gráfica 10, crisis a nivel mundial que afecta también a esta ciudad (Martín, 2014). A pesar de la crisis las cifras del paro se sitúan en niveles mucho menores que en el resto del país (Ocaña, 2011), con cifras de 14,5 en el año 2014 en Euskadi, según el Instituto Vasco de Estadística en la tabla 7 (Eustat 2014).

Gráfico 10. Tasa de paro de larga duración (16 a 74 años) por país, 1994-2013.



Fuente: Elaboración propia, datos tomados de EUSTAT .Población en Relación con la Actividad PRA, 2014.

Tabla 7. Tasa de paro de la población de 16 y más años de la C.A. de Euskadi, por trimestre, según sexo y edad (%) (1), 2014.

	Sexo			Edad		
	Total	Hombres	Mujeres	16-24 años	25-44 años	45 y más años
2013						
IV Total	15,2	15,3	15,2	36,7	16,5	11,4
2014						
I Trimestre	15,5	15,4	15,6	37,2	16,8	11,7
II Trimestre	15,0	15,1	14,9	34,1	16,6	11,1
III Trimestre	14,5	14,8	14,3	37,9	15,9	10,4
IV Total	14,5	14,2	14,8	40,1	16,3	9,9

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de EUROSTAT y EUSTAT (Población en Relación con la Actividad - PRA), 2014.

Añadido a las tasas de paro y un indicador de económico importante es el PIB, el producto interior bruto que define todos los bienes y servicios de la economía de un país, situado en Euskadi por encima de la media nacional con un valor de 30.349 euros per cápita en la comunidad económica del País Vasco y con 29.178 euros per cápita en la ciudad de Bilbao (Eustat, 2010).

3.2.3 Contexto político-legal

Sumado a los aspectos anteriores el contexto, encontramos el panorama político, siendo poco destacable al de los últimos años, en las últimas elecciones municipales el Partido Nacionalista Vasco (PNV) continúa a la cabeza del Ayuntamiento seguido del Euskal Erria Bildu. La situación es diferente al Estado español puesto que nos encontramos dentro de una Comunidad Foral, por lo que los territorios de Álava, Vizcaya y San Sebastián

mantienen, establecen y regulan su propio sistema tributario cada uno por separado tiene su propia potestad. Además de contar con derecho civil propio (Rodríguez, 2011).

3.2.4 Contexto socio-cultural

Dentro del panorama socio-cultural se analizan diferentes factores influyentes en el consumo de cannabis. En primer lugar nos encontramos con el **nivel de estudios** considerado por algunos autores como Visscher, como moderador en el consumo de drogas (Visscher, 2014), así como trabajadores menos cualificados se observa un mayor consumo de cannabis (Benavides, Ruiz-Forès, Delclós, & Domingo-Salvany, 2013), la situación actual de Bilbao se muestra en la siguiente tabla 8, en donde vemos el que el número más elevado es de personas con estudios primarios, entendiendo así como factor de riesgo la falta de estudios, debido a la falta de conocimiento de las sustancias y sus efectos secundarios.

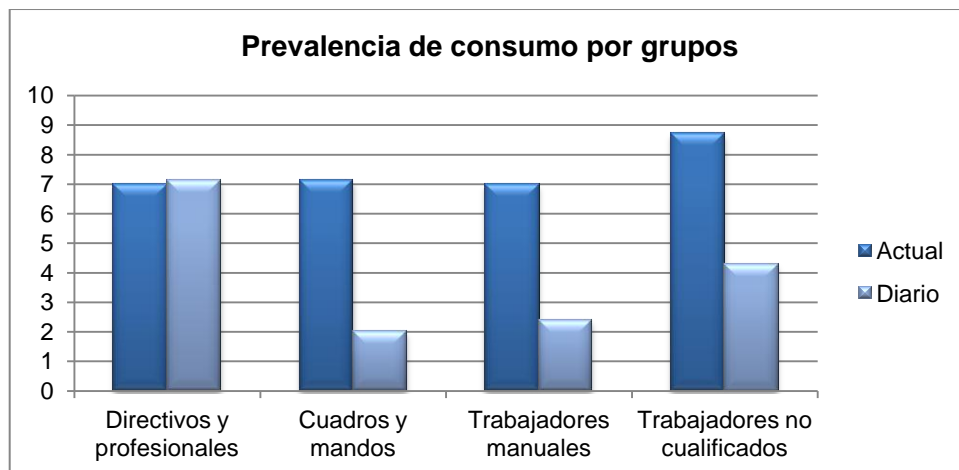
Tabla 8. Población de 10 y más años de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales, según el nivel de instrucción, 2013.

	Total	Analfabetos	Sin estudios	Primarios	Profesionales	Secundarios	Mediosuperiores	Superiores
C.A. de Euskadi	1.970.062	8.828	49.547	684.566	331.269	423.506	153.980	318.366
Territorios Históricos								
Araba / Álava	288.114	860	5.945	101.932	48.968	65.255	22.927	42.227
Bizkaia	1.045.673	5.089	27.989	361.819	168.309	222.846	82.306	177.315
Gipuzkoa	636.275	2.879	15.613	220.815	113.992	135.405	48.747	98.824
Comarcas								
Bilbo Handia / Gran Bilbao	792.583	4.025	22.477	269.822	122.782	172.015	62.143	139.319
Bilbao	319.013	1.457	10.205	101.016	43.690	73.113	25.274	64.258

Fuente: *Elaboración propia, datos tomados de Eustat. Estadística Municipal de Educación, 2013.*

De la misma manera vemos como se representa en la gráfica 11, los grupos más desfavorecidos económicamente o trabajadores no cualificados presentan tasas de consumo diario o actual más elevado que los trabajadores cualificados, confirmando así a la formación y categoría profesional como factores de riesgo de consumo, lo que nos lleva a pensar que la información llega con más dificultad a estos grupos y nos indica nuevas líneas futuras de prevención (Zalakain, 2012). A diferencia de los datos de consumo reciente en estudiantes actuales universitarios, con estudios secundarios o primarios con porcentajes de consumo diarios con cifras de 12.9, 13.1 y 6 % situándose los estudiantes universitarios en segundo lugar (Zalakain, 2012).

Gráfico 11. Prevalencia del consumo actual y diario de cannabis, en función de los grupos socioeconómicos, 2010.



Fuente: *Elaboración propia, datos tomados de Zalacaín, 2012.*

Otra variable social muy importante en el consumo de drogas es la relación con el grupo de iguales, los estudios indican esta variable para los adolescentes puesto que es la edad de inicio del consumo, por dos motivos: el reflejo en el grupo y la disponibilidad de las drogas (Gómez & Muñoz, 2000), **así pues se confirma la relación del consumo de drogas y la red de amistad, y se confirma el nivel de consumo dependiendo del nivel de amistad** (Bauman & Ennett, 1996; Ennett et. al, 2006); Galea, Nandi & Vlahov, 2004). En Euskadi más de un 30% de los jóvenes afirman tomar hachís porque lo hacen sus amigos entre bastante y mucho y un 18% para sentirse más integrados (Fuente, Jáuregui & Burgos, 2009), y son los jóvenes de Euskadi los más fumadores (Meneses et. al, 2009).

Unida a esta variable de relación nos encontramos con la variable de ocio, es muy importante como pasan el tiempo los jóvenes cuando salen con sus amigos, en Bilbao el lugar preferido para las reuniones son los bares, seguido de pubs y discos como vemos en la gráfica 11, lugares donde se encuentran altos niveles de consumo de drogas (Calafat, et. al, 2000).

Gráfico 11: Lugares de reunión de los jóvenes Bilbainos, 1998.



Fuente: Elaboración propia, datos tomados de Calafat, et. al, 2000.

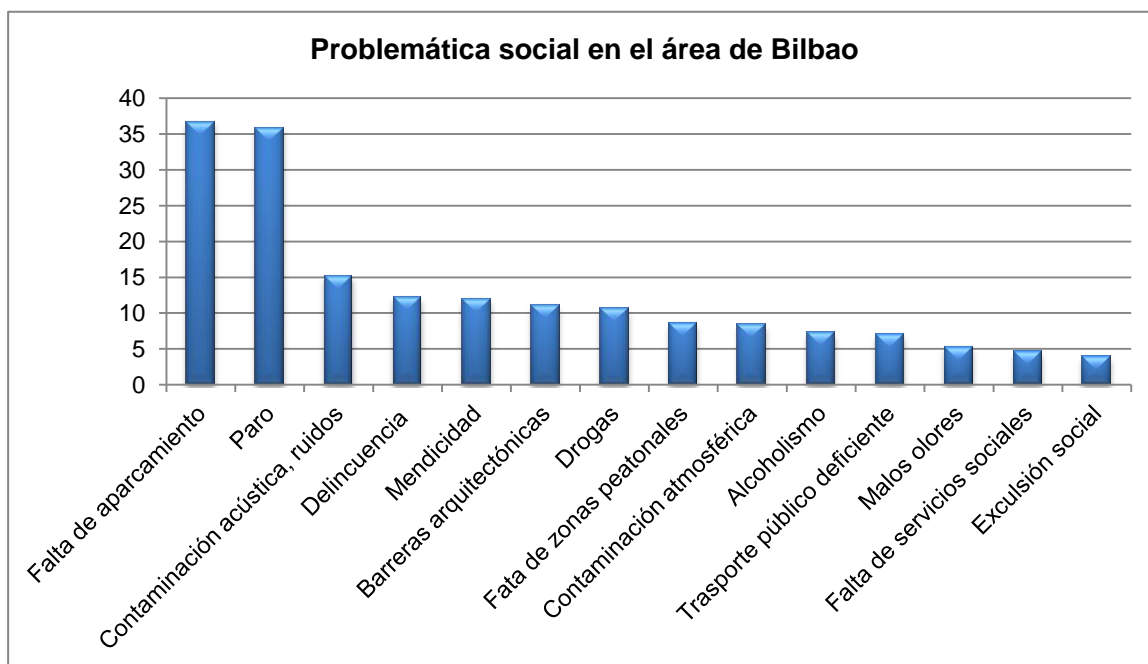
A la suma de estas variables se adjunta como factor de riesgo, la accesibilidad a la sustancia, la percepción del riesgo de la misma y la permisividad o valores que se le atribuyen al cannabis, transmitido en muchas ocasiones por los medios de comunicación (Laespada, Arostegi & Iraurgi, 2004). Ryan y Gross en 1943 identificaron que los contactos sociales, la interacción social y la comunicación interpersonal son influencias importantes en la adopción de nuevos comportamientos (Valente & Rogers, 1995).

3.2.5 Contexto medioambiental

El análisis medioambiental nos lleva al análisis de la valoración de la problemática social, las zonas verdes, seguridad y vigilancia en la calle, el ruido la contaminación acústica y las dotaciones, necesidades y satisfacción vecinal, por barrios (Anexo 3).

La problemática social que encontramos en el área de la ciudad de Bilbao de manera general es como prioritaria la falta de aparcamientos, y nos encontramos en cuarto lugar con la delincuencia y en séptimo lugar el problema de las drogas, otro problema importante y asociado al consumo de drogas producido por el estrés (Arellanez-Hernández, Diaz-Negrete, Wagner-Echegaray & Pérez-Islas, 2003) es el ruido (Burneo, 2003). situado en una octava posición representado en la gráfica 12 (Ayuntamiento de Bilbao, 2014)

Gráfico 12. Problemática social en el área de Bilbao, 2014.



Fuente: Elaboración propia, datos tomados de Ayuntamiento de Bilbao, Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao, 2014.

Vizcaya, posee una superficie de un 13,27% de zonas verdes ocupada por parques, jardines, zonas verdes urbanas valorada según distritos en la ciudad de Bilbao en el año 2014 como se representa en la tabla 12, con una notable mejoría respecto al año 2009 (Ayuntamiento de Bilbao. Observatorio Urbano de Barrios, 2009).

Tabla 12. Valoración de los servicios de zonas verdes por distritos en la ciudad de Bilbao, 2014.

Distritos	Suspense	Aprobado	Notable	Sobresaliente	Media
Deusto	2,1	20,5	55,9	21,5	7
Uribarri	5,2	23,2	52,1	19,4	6,6
Otxarkoaga-Txurdinaga	4,1	11,7	51,8	32,4	7,3
Begoña	7,2	31,06	37,8	23,4	5,9
Ibaiondo	10,9	29,6	42,5	17,1	5,7
Abando	11,4	31,1	40,4	17,1	6,1
Rekalde	2,3	30	48,9	18,8	6,8
Basurto-Zorroza	9,8	32,9	42	18,3	5,9
BILBAO	6,5	26,7	46,6	20,2	6,3

Fuente: Elaboración propia, datos tomado de Ayuntamiento de Bilbao, Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao, 2014.

La seguridad y vigilancia forman un mecanismo de respuesta institucional ante la inseguridad. En cuanto a las zonas de vigilancia y seguridad el grado de satisfacción según distrito de los habitantes de la ciudad es del 1 al 10, siendo el 1 muy inadecuada y el 10 muy adecuado, representado en la gráfica 13, no coincidiendo con la percepción de los usuarios como zona peligrosa, considerándose el barrio de Txurdinaga como el más peligroso

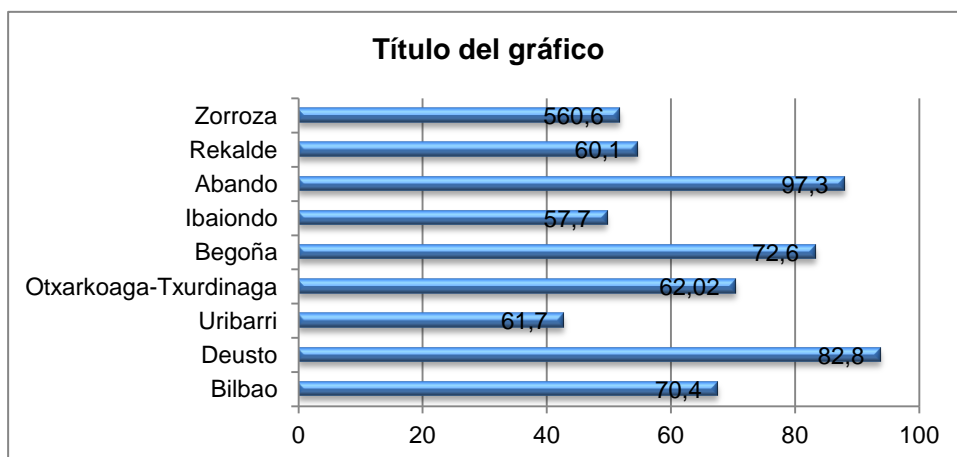
Gráfico 13. Grado de satisfacción de la vigilancia de los barrios de Bilbao, 2009.



Fuente: Elaboración propia, datos tomados de Ayuntamiento de Bilbao, Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao, 2014.

Finalmente el análisis de las dotaciones y servicios que ofrece el área de residencia, asume el distrito de Deusto como el mejor puntuado y el distrito de Uribarri como el peor, como podemos ver en el gráfico 14.

Gráfico 14. Dotaciones, necesidades y satisfacción general de servicios por área residencial, 2014.



Fuente: Elaboración propia datos tomados de Ayuntamiento de Bilbao, Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao, 2014

3.2.6 Contexto geográfico y estructura de la ciudad

La ciudad de Bilbao, situada en la costa norte de la Península Ibérica y con 353.256 habitantes en 2011, es la capital económica de los tres territorios que constituyen la Comunidad Autónoma del País Vasco, y el principal centro de negocios y servicios del Bilbao Metropolitano. Constituido éste por 35 municipios, cuenta con 910.578 personas y es la quinta área metropolitana por número de habitantes del estado" (Sainz, 2014). Rodeada

de montañas, junto a la ría que se extiende desde la ciudad hasta la Bahía de El Abra, en el Golfo de Bizkaia. Localización geográfica que ha determinado su historia y desarrollo urbano (Sainz, 2014). El acceso a la ciudad tiene varias posibilidades, por tierra, mar y aire lo que facilita el transporte y entrada de drogas en la ciudad (Meneses, Romo, Uroz, Markez, Giménez & Vega, 2009).

La estructura de la ciudad, indica que los barrios considerados como zonas peligrosas son determinados barrios se confirma según un estudio realizado que estudia la áreas de criminalidad, delitos y drogas (Ocariz, Vozmediano & Germám, 2011), en la actualidad estos barrios acogen a buena parte de la población inmigrante extracomunitaria de la ciudad de Bilbao (Rodríguez, 2014), los infractores pertenecen a estos barrios, socioeconómicamente bajos como vemos en el mapa 1.

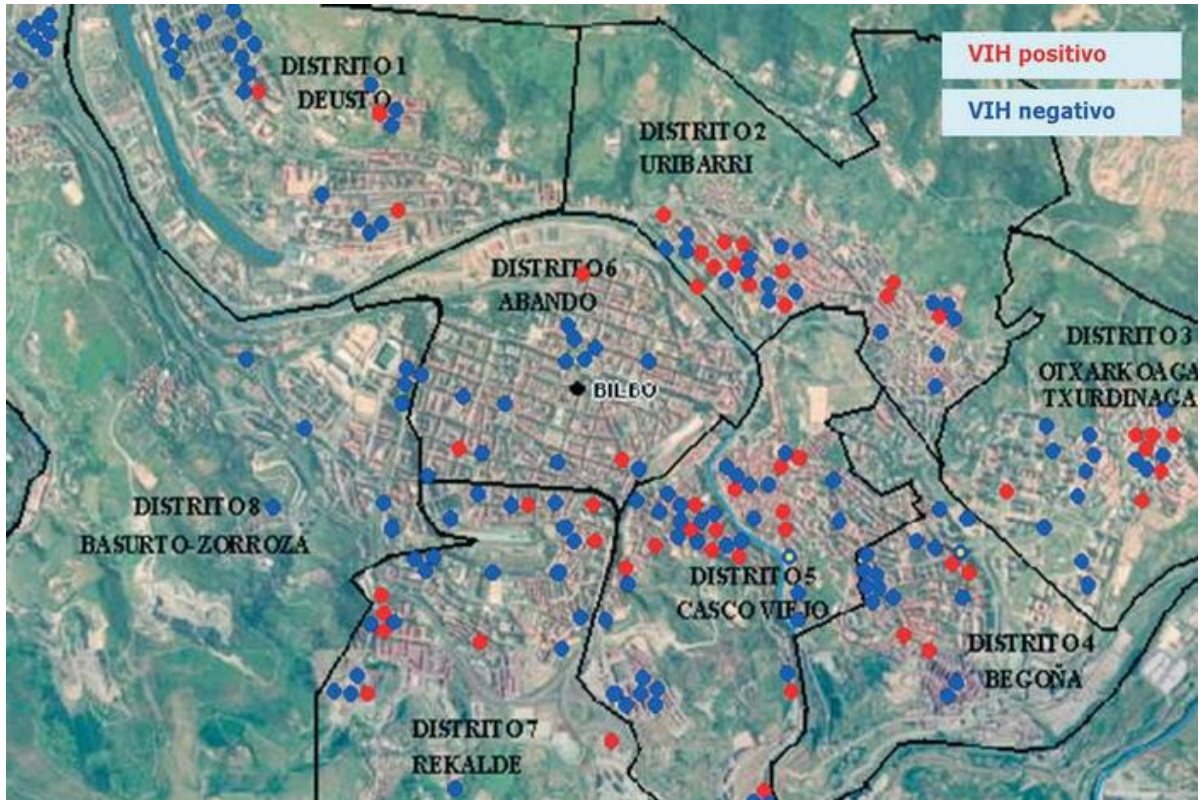
Mapa 1. Distribución de menores delictivos por barrios de Bilbao, 2011.



Fuente: Tomado de Ocariz, Vozmediano & Germám, 2011.

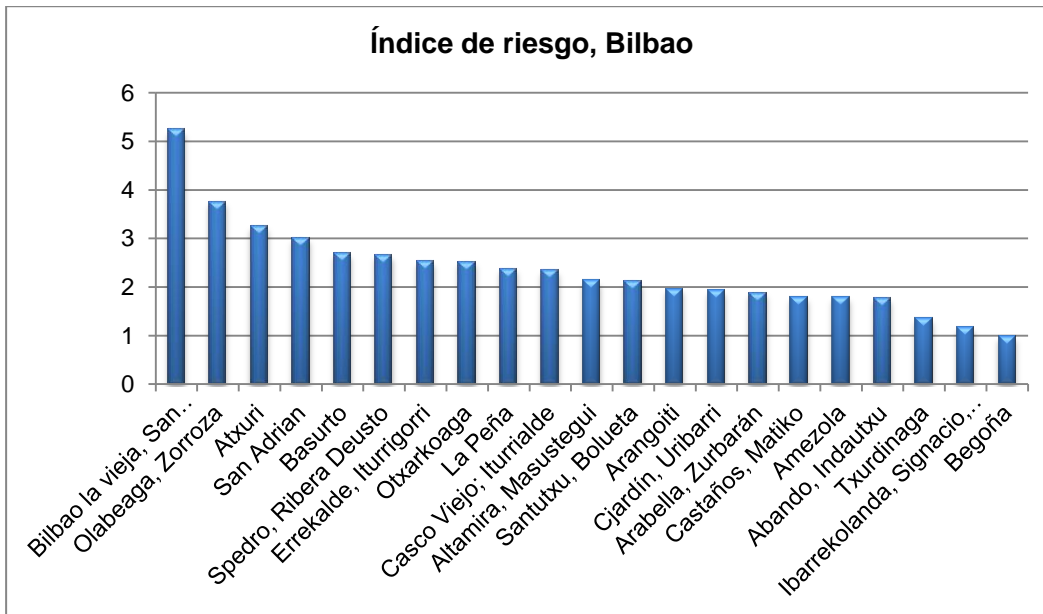
Coincidiendo con estos datos representamos los datos del índice de riesgo clasificado por barrios en Bilbao, y sumada a esta imagen podemos observar el siguiente sobre mapa 2 estudio sobre un estudio epidemiológico en Bilbao, y la distribución de las personas seropositivas, muy similar a la distribución de menores delincuentes.

Mapa 2. Distribución de personas seropositivas, en Bilbao por barrios, 2005



Fuente: tomado de Arranz, Gaafar, Barañano, Notario, Cáncer, & Cebrián, 2005.

Gráfico 15. Índice de riesgo por barrios de Bilbao, 2009.



Fuente: Tomado de Ayuntamiento de Bilbao, Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao, 2009.

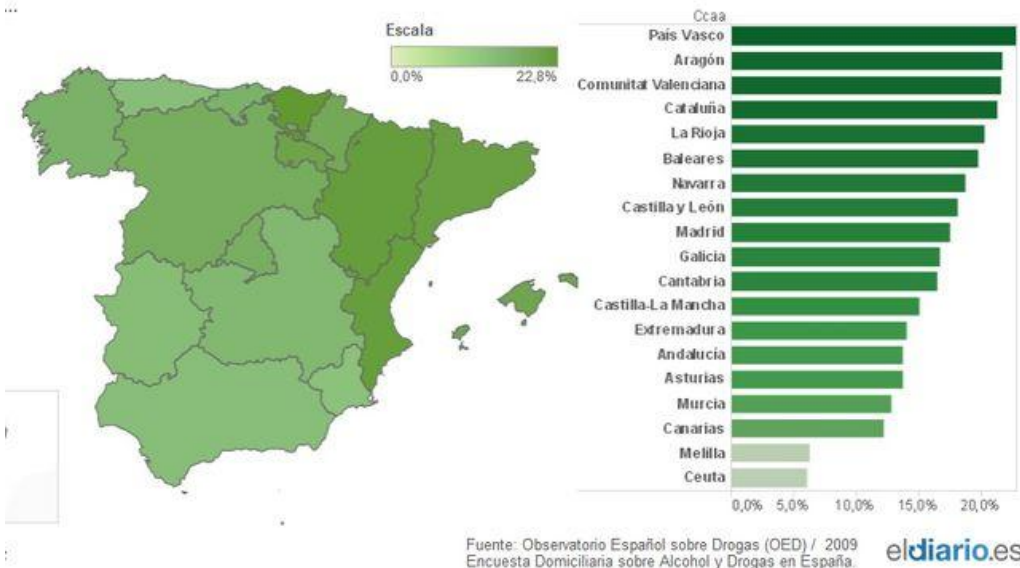
Para finalizar, merece especial atención la representación en el mapa de España de la Situación de los club de cannabis, donde encontramos núcleos más numeroso, en Vizcaya, Madrid y Barcelona, representado los mapas 4 y 5.

Mapa 4. Clubs de cannabis en España, 2004.



Fuente: Tomado de <https://xochipilli.wordpress.com/2015/01/10/centros-sociales-del-cannabis-semillas-del-activismo-germinando-en-europa/> a 6 de junio de 2015

Mapa 5. Club de cannabis en España, 2009.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas (OED) / 2009 Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. eldiario.es

Fuente: Tomado de https://www.google.com/search?q=club+de+cannabis+en+espa%C3%B1a&rlz=1C1SAVM_enES528ES534&es_sm=122&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=d-qaVb3HDuWiyAOZiamgAg&ved=0CAoQ_AUoBA&biw=1366&bih=667#imgrc=4Gos4ayuFpp3VM%3A

4. CONSLUSIONES

Buscar la influencia de las relaciones sociales y el entorno con el consumo de cannabis, requiere la descripción detallada de las características de las relaciones y el entorno que posee un determinado lugar. A continuación, se exponen las conclusiones extraídas a partir de los resultados obtenidos:

1. La relación entre las ciencias sociales y el urbanismo existe desde hace muchos años, poco a poco se ha ido desligando del contexto político al que se venía vinculando para llegar a la situación actual en la que nos encontramos actualmente, relación de las ciencias sociales con las características del barrio, la cultura y el hábitat o ambiente en el que se encuentran los individuos.
2. Resulta cada vez más interesante el análisis del entorno de las ciudades debido al aumento poblacional del entorno urbano, a través de una serie de determinantes implicados en los comportamientos de riesgo, potencialmente perjudiciales para la salud como es el consumo de drogas.
3. El estudio del consumo de cannabis desde una perspectiva de redes, tiene relativa importancia dadas las características que rodean los consumos, sobre todo en la población joven, debido a los factores que implican imitación de las conductas. Las redes implicadas son: amistades, familiares y la normalización del consumo a través de las redes de comunicación. Que provocan el aumento o disminución de las conductas de riesgo.
4. **Esta propuesta teórica abre una línea de investigación que propone medidas para conocer las "situaciones" que provocan comportamientos como el consumo de cannabis, desde la perspectiva del análisis de redes y actuar en la prevención y promoción de la salud en base a los conocimientos establecidos.**
5. Finalmente, merece especial atención la ciudad de Bilbao; dadas las características de consumo de cannabis, situándose por encima de la media de consumo del territorio estatal y por encima de la media europea. Parece que la "normalización" del consumo de esta sustancia, ha llevado a los jóvenes que residen en esta ciudad consuman más y consideren que la sustancia no es nociva para la salud. La situación de despenalización parece influir de igual forma en el consumo de cannabis. Es en la comunidad autónoma del País Vasco donde se detectan más cantidades de droga incautadas, pero donde menos sanciones y detenciones encontramos. El tráfico y venta si están penalizados, pero el consumo de la sustancia no, lo que provoca una situación de ambigüedad en la ciudad.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Debido a la complejidad del estudio, podemos encontrar varias limitaciones en el mismo:

1. Dadas las características del estudio es necesario realizar una revisión más exhaustiva de la literatura existente.
2. Un estudio más detenido del Método sobre el Análisis de Redes Sociales.
3. La comunicación con determinados organismos, imprescindibles para la búsqueda de resultados.
4. El acceso a los consumidores, muy dificultoso.
5. Y finalmente el tiempo, imprescindible para la realización de un estudio de determinadas características, puesto que para cada apartado del diagnóstico del entorno sería necesario un estudio longitudinal.

6. BIBLIOGRAFÍA (APA, 6ª edición)

- Abel, E. L. (2013). *Marihuana: the first twelve thousand years*. Springer Science & Business Media.
- Acero, M., Caro, I. M., Henao, L., Ruiz, L. F., & Sánchez, G. (2013). Social Determinants of Health: official stance and critical views. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 103-110.
- AEFET & EUROLAT. (2012). Europa y América Latina: La lucha contra la droga y el narcotráfico.
- Aguilar, M. (1990). La construcción de una psicología urbana. *Anuario de Sociología*.
- Aguirre, A., & Pinto, M. (2006). Asociatividad, capital social y redes sociales. *Revista Mad*, (15), 74-92.
- Aguirre, J. L. (2012). Redes clientelares. Una perspectiva teórica desde el análisis de redes sociales. *Documentos de Trabajo CIEPP (83)*, 1-70.
- Almagiá, E. B. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243
- Andrews, S. B., Basler, C. R., & Coller, X. (2002). Redes, cultura, e identidad en las organizaciones. *Reis*, 31-56.
- Aparisi, C. U. (2005). Algunas prácticas en torno al uso terapéutico del cannabis en Catalunya.
- Arana, X. (2006). *Cannabis: salud, legislación y políticas de intervención*.
- Arellanez-Hernández, J. L., Diaz-Negrete, D. B., Wagner-Echegaray, F., & Pérez-Islas, V. (2003). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27(3), 54-64.
- Arellano, M. J., González, R., Orsola, A., & Pavletic, F. (2003). Cannabis: imágenes, sujetos, discursos y contextos. *Análisis discursivo. Última década*, 11(19), 125-151.
- Arranz, M. L., Gaafar, A., Barañano, M. U., Notario, J. C., Cáncer, R. C., & Cebrián, F. G. (2005). Estudio clinicoepidemiológico de la enfermedad por *Mycobacterium kansasii* en el área urbana de Bilbao. *Archivos de Bronconeumología*, 41(4), 189-196.

- Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *The British Journal of Psychiatry*, 178(2), 101-106.
- Ávila-Toscano, J. H. (2009). Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2(2), 65-74.
- Ayuntamiento de Bilbao. (2015). *Ciudadanía. Consulta sobre drogodependencia y otras adicciones*. Recuperado de : http://www.bilbao.net/cs/Satellite?c=BIO_Servicio_FA&cid=1279112463314&language=es&pageid=3000094048&pagename=Bilbaonet%2FBIO_Servicio_FA%2FBIO_Servicio&anclaServ=aB6&rutaCatServ=3000543139 a 9 de Junio de 2015.
- Ayuntamiento de Bilbao (2009). *Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao, 2009* Recuperado de . <http://www.bilbao.net/> a 4 de junio de 2015.
- Ayuntamiento de Bilbao (2014), *Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao, 2014* Recuperado de . <http://www.bilbao.net/> a 4 de junio de 2015.
- Bauman, K. E., & Ennett, S. T. (1996). On the importance of peer influence for adolescent drug use: Commonly neglected considerations. *Addiction*, 91(2), 185-198.
- Becker, H. S. (1953). Becoming a marihuana user. *American journal of Sociology*, 235-242.
- Benavides, F. G., Ruiz-Forès, N., Delclós, J., & Domingo-Salvany, A. (2013). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 248-253.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51(6), 843-857.
- Bewley-Taylor, D., & Jelsma, M. (2011). Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: una relectura crítica. Serie reforma legislativa en materia de drogas, 1 - 20.
- Bobes, J., & Calafat, A. (2000). De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis. *MONOGRAFÍA CANNABIS*, 7.
- Boletín de Estupefacientes*. (2006). Examen de la situación mundial del cannabis. Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito. Recuperado de <https://www.unodc.org/> a 6 de abril de 2015

- Borja, J. (1998). Ciudadanía y espacio público. *Laberintos urbanos en América Latina*, 9.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Arencibia-Mireles, O., Richter, L., & Whiteman, M. (2001). Risk factors for adolescent marijuana use across cultures and across time. *The Journal of genetic psychology*, 162(3), 357-374.
- Brown, J. S., & Duguid, P. (2001). Knowledge and organization: A social-practice perspective. *Organization science*, 12(2), 198-213.
- Burneo, C. A. (2003). *Contaminación ambiental por ruido y estrés en el Ecuador*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.
- Calafat, A., Fernández, C., Becoña, E., Gil, E., Juan, M., & Torres, M. A. (2000). Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones*, 12(2), 197-230.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., & Llopis, J. J. (2000). Estrategias y organización de la cultura pro-cannabis. *Adicciones 12 supl. 2 Monográfico cannabis*, 231-274.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., ... & Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Callado, L. F., & de Salud Mental, R. (2012). Cuestiones de interés en torno a los usos terapéuticos del cannabis. *Cannabis. Usos, seguridad jurídica y políticas*.
- Calogero, J., Capozzo, C., Decurgez, A., Pasolli, P., & Valli, S. (2011). Despenalización de la Tenencia y Consumo de Marihuana: dimensiones jurídica y psicológica. *Psicología y Psicopedagogía*, 9(22).
- Carlos, A. F. A. (2014). La ciudad como privación y la reapropiación de lo urbano como ejercicio de la ciudadanía. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, (18), 8.
- Carmona, G. L. (2006). Europa frente al fenómeno de las drogas. Una aproximación a la normativa europea de drogas.

- Castaño, L. S. Á., & Stella, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia*, 69-79.
- Ceballos, S. G. (2005). La geografía escalar del capitalismo actual. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, (9), 189.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors.
- Colina, C. L. (2005). Bases socio-metodológicas para el Análisis de Redes Sociales, ARS. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, (10), 9-36.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182-189.
- Crespo, J. L. C., Rodríguez, O. G., Villa, R. S., Hermida, J. R. F., Cueto, E. G., Pérez, J. M. E., & Díaz, S. A. H. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 674-679.
- Dammert, L. (2009). Drogas e inseguridad en América Latina: una relación compleja. *Revista Nueva Sociedad. Democracia y Política en América Latina*, (222).
- de Drogas, O. A. (2011). Una mirada específica sobre la problemática de la Marihuana.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*, 379(9810), 55-70.
- de las Drogas, O. E. (2005). las Toxicomanías (OEDT). *Informe anual*.
- De la Peña, G. (2003). Simmel y la Escuela de Chicago en torno a los espacios públicos en la ciudad. *Sincronía*, (3), 12.
- del Castillo, J. A. G. (2012). Labilidad de las políticas en materia de drogas. *Salud y drogas*, 12(1), 7-16
- Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., & Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Ladero L, Lizasoain L. Drogodependencias. Madrid (ES): Médica Panamericana*.
- Del Olmo, R. (1989). Drogas: distorsiones y realidades. *Revista nueva Sociedad*, (102), 81-93.

- de los Santos, F. R., Valverde, P. R., & Rodrí, C. M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública*, 85(1), 129-139.
- Díaz, I. C. R. (2012). *Análisis de la Clase Social como determinante de salud en la población adulta de Canarias*. Servicio de Publicaciones, Universidad de La Laguna.
- DiClemente, R. J., Crosby, R. A., & Kegler, M. (Eds.). (2009). *Emerging theories in health promotion practice and research*. John Wiley & Sons.
- EDADES .(2012). Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta nacional e salud, 2011-2012. Recuperado de www.msssi.gob.e a 19 de junio de 2015.
- EMCDDA, Informe Europeo sobre drogas. (2012).
- EMCDDA, Informe Europeo sobre drogas. (2013).
- EMCDDA, Informe Europeo sobre drogas. (2014).
- Ennett, S. T., & Bauman, K. E. (1993). Peer group structure and adolescent cigarette smoking: A social network analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 226-236.
- Ennett, S. T., Bauman, K. E., Hussong, A., Faris, R., Foshee, V. A., Cai, L., & DuRant, R. H. (2006). The peer context of adolescent substance use: Findings from social network analysis. *Journal of research on adolescence*, 16(2), 159-186.
- ESHORIZONTE2020. *Portal Español del Programa Marco de Investigación e Innovación de la Unión Europea. Ministerio de Economía y Competitividad. Gobierno de España* (2013). Recuperado de: <http://eshorizonte2020.cdti.es/index.asp?MP=87&MS=715&MN=2&TR=C&IDR=1978> a 19 de Diciembre de 2014.
- Española, R. A. (2011). Real Academia Española [consultado 22 Marzo de 2014].
- Española, R. A. (2013). Diccionario de la lengua española-vigésima segunda edición. Documento en línea. [Consultado 12 de Abril 2015].
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014). Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/countries/spain> a 6 de junio de 2015.
- Euskadi y drogas (2012). Recuperado de http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/r43-573/es/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_otrosamb/adjuntos/promocion_salud/940012c_Euskadi_drogas_2012_c.pdf

- Eustat. (2014a). *Estadística de Movimientos Migratorios, 2013*. Datos estadísticos de la C.A de Euskadi. Disponible en: <http://www.eustat> a 6 de mayo de 2015.
- Eustat. (2014b). *Estadística Municipal de Educación, 2013*. Datos estadísticos de la C.A de Euskadi. Disponible en: <http://www.eustat> a 6 de mayo de 2015
- Eustat. (2014c). *Estadística Municipal de Habitantes. Población Bilbao, 2014*. Datos estadísticos de la C.A de Euskadi. Disponible en: <http://www.eustat> a 6 de mayo de 2015.
- Eustat (2014d). *Población en Relación con la Actividad PRA, 2014*. Disponible en: <http://www.eustat> a 6 de mayo de 2015
- Fernández, E. A., Vila-Belda, J. A., & i Alonso, J. O. (2013). Inmigración y crisis: entre la continuidad y el cambio.
- Florez, M. E. R. (2013). Desafíos que enfrenta el debate y la propuesta de la legalización del Cannabis.
- Font-MayolaS, S., Gras Pérez, M. E., & Planes Pedra, M. (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones, 2006, vol. 18, núm. 4, p. 337-344.*
- Fuente, A. V., Jáuregui, P. A., & Burgos, A. H. (2009). Desde la evaluación del consumo de drogas entre los adolescentes a la construcción de centros de iniciación profesional saludables. *En-clave pedagógica, 11(1)*.
- Fuentes, J. M. O. (2005). Drogas:¿ un fenómeno en evolución?. *Carel: Carmona: Revista de estudios locales, (3), 1269-1291.*
- Gaete Fiscella, J. M., & Vásquez, J. I. (2008). Conocimiento y estructura en la investigación académica: una aproximación desde el análisis de redes sociales. *REDES-Revista hispana para el análisis de redes sociales, 14.*
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2004). The social epidemiology of substance use. *Epidemiologic reviews, 26(1), 36-52.*
- Galván, J., Serna, G., & Hernández, A. (2008). Aproximación de las redes sociales: una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y su tratamiento. *Salud mental,31(5), 391-402.*

- Gamella, J. F. (2003). Drogas y control social: una excursión etnohistórica. In *Drogas, sociedad y ley: avances en drogodependencias* (pp. 77-120). Universidad de Deusto; Deustuko Unibertsitatea.
- Gamella, J. F., & Jiménez Rodrigo, M. L. (2003). *El consumo prologando de cannabis: pautas, tendencias y consecuencias*.
- Gamella, J. F., & Jiménez Rodrigo, M. L. (2004a). *A brief history of cannabis policies in Spain (1968-2003)*. *Journal of Drug Issues*, 34(3), 623-659.
- Gamella, J. F., & Jiménez Rodrigo, M. L. (2004b). La cultura cannábica en España: La construcción de una tradición ultramoderna. *Monografías humanitas*, 5.
- Gamella, J. F., & Rodrigo, M. L. J. (2005). Comercialización sin legalización: políticas públicas y consumo/comercio de cannabis en España (1968-2003).
- García, E. C., & Sánchez, J. P. E. (2006). Una revisión histórica sobre los usos del cannabis y su regulación an historical review among cannabis use and its regulation. *Salud y drogas*, 6(1), 47.
- García-Merita, M., Dols, S. T., García, L. G., Fernández, I. C., Aicart, L. M., & Solá, I. B. (2012). Estudio descriptivo longitudinal sobre el consumo de sustancias en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 37, 63-80.
- Gaviria, C., Zedillo, E., & Cardoso, F. H. (2009). Drogas y democracia. Hacia un cambio de paradigma. Declaración de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia.
- Gella-Jarne, H. (2015). Las terapias naturales, un instrumento de cuidados. *MEDICINA NATURISTA*, 9(1), 25-30.
- Gobierno del País Vasco. Centro de documentación de Drogodependencias, *Drogomedia* (2012). Recuperado de: <http://www.drogomedia.com/es/banco-de-datos/indicadores-sociologicos-y-de-consumo-indicadores-sociologicos/3/>, a fecha de 12 de Mayo de 2015.
- Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. *Encuesta de población inmigrante extranjera en la C.A. de Euskadi (EPIE), 2010*. Recuperado de <http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/> a 9 de diciembre de 2014.
- Gómez, J., & Muñoz, M. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8, 19-32.

- Grinspoon, L. (2007). Hacia el futuro del cannabis como medicamento. *Cannabinoids*, 2(2), 13-15.
- Gutiérrez, I. M. La cultura "cannábica" en España (1991-2007).
- Hazekamp, A., Sijrier, P., Verpoorte, R., Bender, J., & Van Bakel, N. (2005). Cannabis uit de apotheek is beter. *Pharm Weekbl*, 140(12), 402-405
- Hernán, M., Ramos, M., & Fernández, A. (2002). Salud y juventud.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- Ibáñez, P. A. (1991). Viaje a la prehistoria de las garantías: la "modernización" de la ley Corcuera. *Jueces para la democracia*, (13), 3-12.
- Iglesias, E. B. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, (77), 4.
- Iglesias, M., Martí Costa, M. A. R. C., Subirats, J., & Tomás, M. (2011). Políticas urbanas en España. *Grandes ciudades, actores y gobiernos locales*. Barcelona: *Icaria Política*.
- Informe Europeo sobre drogas (2014). Observatorio Europeo sobre las drogas y toxicomanías. Recuperado de <https://www.unodc.org/> a 3 de abril de 2015.
- Informe Lalonde, 1973. Recuperado de: <https://saludypoesia.wordpress.com/2014/01/24/informe-lalonde/>
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). Padrón, población por Municipios. Recuperado de <http://www.ine.es/> a 2 noviembre de 2014.
- Jelsma, M. (2003). Las drogas en el sistema de la ONU: la historia no escrita de la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas (Ungass) sobre el problema mundial de las drogas, Amsterdam, The Transnational Institute. *The Transnational Institute*.
- Julien, R. M. (2013). *A primer of drug action: A concise nontechnical guide to the actions, uses, and side effects of psychoactive drugs, revised and updated*. Holt Paperbacks.
- Klov Dahl, A. S., Potterat, J. J., Woodhouse, D. E., Muth, J. B., Muth, S. Q., & Darrow, W. W. (1994). Social networks and infectious disease: The Colorado Springs study. *Social science & medicine*, 38(1), 79-88.

- Laespada, M.T., Arostegi, E., & 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.*
- Latkin, C. A., Forman, V., Knowlton, A., & Sherman, S. (2003). Norms, social networks, and HIV-related risk behaviors among urban disadvantaged drug users. *Social science & medicine*, 56(3), 465-476.
- Latkin, C., Mandell, W., Oziemkowska, M., Celentano, D., Vlahov, D., Ensminger, M., & Knowlton, A. (1995). Using social network analysis to study patterns of drug use among urban drug users at high risk for HIV/AIDS. *Drug and alcohol dependence*, 38(1), 1-9.
- Leggett, T. (2006). Examen de la situación mundial del cannabis. *Boletín de estupefacientes*, 58(1), 1-169.
- Leza, J. C., & Lorenzo, P. (2000). Efectos farmacológicos de los Cannabinoides. *Adicciones*, 12(sup 2), 109-133.
- López, M. J. L., Vilariño, C. S., Linares, E. T., & González, J. M. R. (2014). Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud*, 13(1), 5-17.
- Lozares Colina, C. (1996). La teoría de redes sociales. In *Papers: revista de sociología* (pp. 103-126).
- Machado Bergamaschi, M., Helena Costa Queiroz, R., Waldo Zuardi, A., & Crippa, A. S. (2011). Safety and side effects of cannabidiol, a Cannabis sativa constituent. *Current drug safety*, 6(4), 237-249.
- Marin, A., & Wellman, B. (2011). Social network analysis: An introduction. *The SAGE handbook of social network analysis*, 11-25.
- Marqués, P. (2010). *Influencia de las redes sociales en el rendimiento de las organizaciones: un estudio en el sector sanitario*. (Doctoral dissertation, Tesis Doctoral. León: Universidad de León).
- Martín, J. J. M. (2011). La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2773-2782.

- Martínez, J., Trujillo, H., & Robles, L. (2007). Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención. *Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social.*
- Maurel, J. B. (2011). El patrimonio natural e histórico-monumental español. Algunos problemas actuales. *Cuadernos Geográficos*, 48, 9-45.
- Megías, E., Rodríguez, E., Megías, I., & Navarro, J. (2004a). La percepción social de los problemas de drogas en España, (135-155).
- Megías, E., Rodríguez, E., Megías, I., & Navarro, J. (2004b). La percepción social de los problemas de drogas en España, (159-194).
- Meneses, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Marquez, I., Giménez, S., & Vega, A. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos adictivos*, 11(1), 51-63.
- Merino, P. P. (2000). Vieja historia del cannabis y recientes prácticas preventivas en Europa. *Adicciones*, 12(2), 275-280.
- Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Gobierno de España . Estadísticas y estudios. Oferta de drogas y su control. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2001-2012. Recogido de: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/22_Informe_2013_TraficoDenuncias.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. (2013). La investigación financiada por la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Evaluación del periodo (2006-2013a). Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Evaluacion_investigacionPNSD2006_2013.pdf a fecha de 3 de marzo de 2015.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Gobierno de España. Plan Nacional sobre Drogas. Áreas de actuación. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria3/cooperacion/home.htm> a 8 de Enero de 2015.
- Molinatti, F., & Peláez, E. (2012). Los patrones espaciales de los comportamientos de riesgo en la ciudad de Córdoba (Argentina)–2001. *Rev. bras. estud. popul*, 29(1), 37-52.

- Morales, E., Ariza, C., Nebot, M., Pérez, A., & Sánchez, F. (2008). Consumo de cannabis en los estudiantes de secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 321-329.
- Morales, K. D., Consuelo, M., & Rey P. A. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. *AVANCES EN ENFERMERÍA*, 30(3).
- Moral Jiménez, M. D. L. V., & Ovejero Bernal, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 71-88.
- Moreira, F. A., & Crippa, J. A. S. (2009). The psychiatric side-effects of rimonabant. *Revista brasileira de psiquiatria*, 31(2), 145-153.
- No, M. S. (2001). The health and psychological effects of cannabis use.
- Núñez, M., Ríos, M. P., Gómez, A. P., & Acuña, D. R. S. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 17(4), 349-360.
- Ocaña, M. Á. M. (2011). Desempleo y crisis económica en España. *Encrucijadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales*, (1), 17-20.
- Ocáriz, E., Vozmediano, L., & Germán, I. (2011). La variable "lugar de residencia" de los menores infractores: Relevancia y propuestas para su análisis geográfico. *International E-Journal of Criminal Sciences*, (5).
- Ordóñez, G. A. (2000). Salud ambiental: conceptos y actividades. *Rev Panam Salud Publica*, 7(3), 137-47.
- Oró, D. P. M. (2015). Clubs sociales de cannabis: normalización, neoliberalismo, oportunidades políticas y prohibicionismo. *Clivatge. Estudis i testimonis sobre el conflicte i el canvi socials*, (3), 92-112.
- Osorio, A. G., Rosero, M. Y. T., Ladino, A. M. M., Garcés, C. A. V., & Rodríguez, S. P. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra_1), 71-91.

- Palomo, M. T. M., López, M. J. M., & Solís, C. V. (2002). Nuevos y viejos elementos en el debate sobre las drogas. *Política y sociedad*, 39(2), 399-414.
- Peña, R. F. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Perifèria: revista de recerca i formació en antropologia*, (3). World Health Organization.
- Perea Ortiz, M. (2014). *Autoestima y estilos de afrontamiento del adolescente ante las drogas* (Doctoral dissertation).
- Pérez, I. V., & Vargas, L. P. (1998). Estudio cualitativo sobre el consumo de drogas de síntesis en Bizkaia: interrogantes para la Pedagogía Social. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, (1), 7-24.
- Pérez, J. P. A., Medina, T. B. H., & Sánchez, J. P. E. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de psicología*, 25(2), 330-338.
- Rae, R. A. E. (2001). Diccionario de la lengua española. *Vigésima segunda Edición*. Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>.
- Ramos Atance, J. A., & Fernández Ruiz, J. (2000). Uso de los cannabinoides a través de la historia. Monografía cannabis, 19.
- Rivas, M. J. M., Rodríguez, J. A. C., & Gómez, J. L. G. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*.
- Rizo, M. (2006). George Simmel, Sociabilidad e Interacción. Aportes a la ciencia de la comunicación. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (27).
- Rodríguez, J. G. (2011). Del derecho foral al derecho civil vasco. *Jado: boletín de la Academia Vasca de Derecho= Zuzenbidearen Euskal Akademiaren aldizkaria*, 10(21), 89-103.
- Rodríguez, J., Hernández, E., & Fernández, A. M. (2007). Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares. *Revista médica de Chile*, 135(4), 449-456.
- Rodríguez Suárez, I. (2014). Rehabilitación, regeneración y renovación urbana en Bilbao la Vieja, San Francisco y Zabala. *Ciudad y Territorio: Estudios Territoriales*, 46(179), 199-206.

- Romaní, O. (2005). La cultura del cannabis treinta años después... unas reflexiones personales.
- Romero, A. (2014). Hacia un enfoque más integral de la salud y la enfermedad. *Investigación y Educación en Enfermería*, 10(1).
- Room, R., Fisher, B., Hall, W., Lenton, S., Reuter, P., Rossi, D., & Corda, R. A. (2014). *Políticas sobre el cannabis*. Fondo de Cultura Económica.
- Rovira, G. B. (2014). Apostillas en referencia a las adicciones y la marihuana. *Biomedicina*, 9(1), 24-28.
- Ruiz Martínez, A. O., Hernández Cera, M. I., Arévalo, M., de Jesús, P. J., Vargas Santillán, M., & Lourdes, D. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Liberabit*, 20(1), 109-117.
- Sainz, M. J. A. (2014). La ciudad en la economía de la experiencia y el rol de los ciudadanos. Necesidad de participación ciudadana en Bilbao. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, (18), 10.
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological models of health behavior. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 465-486.
- Sanz Menéndez, L. (2003). Análisis de redes sociales: o cómo representar las estructuras sociales subyacentes.
- Seoane, S. S. (2003). La política mediterránea. *Ayer*, 185-202.
- Serrano, S. (2012). Despegue, expansión, crisis y reconversión (1860-2000). La vida del eje industrial vertebrado por la ría de Bilbao. *Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales*, (6).
- Smith, K. P., & Christakis, N. A. (2008). Social networks and health. *Annu. Rev. Sociol.*, 34, 405-429.
- sobre Drogas, O. E. (1998). *Observatorio español sobre drogas: informe*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica.
- Sparrowe, R. T., Liden, R. C., Wayne, S. J., & Kraimer, M. L. (2001). Social networks and the performance of individuals and groups. *Academy of management journal*, 44(2), 316-325.

- Strully, K., Fowler, J.H., Joanne, M., Emelia, M., Levy, B.D., & Christakis, N. (2012). Aspirin use and cardiovascular events in social networks. *Soc Sci Med*, 74, 1125-29 en
- Marqués, P., Fernández, R., Cabrera, A., Muñoz, M., Llopis, J., & Arias, N. (2013). La sostenibilidad del sistema sanitario desde una perspectiva de redes sociales: una propuesta para la promoción de hábitos saludables y apoyo social. *Rev Esp Salud Pública*, 87, 307-15. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol87/vol87_4/RS874C_307.pdf
- The social epidemiology of substance use. *Epidemiologic reviews*, 26(1), 36-52.
- Tuesca-Molina, R., Romero, H. C., Salgado, M. O., Delgado, N. G., & López, J. L. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*, 24(1), 53-63.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 29(4), 377-387.
- Umberson, D., Crosnoe, R., & Reczek, C. (2010). Social relationships and health behavior across life course. *Annual review of sociology*, 36, 139.
- UNODC, I. (2014) Informe mundial sobre drogas. A través de http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2014/06/World_Drug_Report_2014_web_embargoed.pdf.
- Uranga, M. G., Saenz, B. G., Ruiz, Y. J., & Balmaceda, E. V. (2012). Sistemas de innovación regional: el caso del País Vasco y de la Comunidad Foral de Navarra. *Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales*, (3).
- Valente, T. W. (2003). Social network influences on adolescent substance use: An introduction. *Connections*, 25(2), 11-16.
- Valente, T. W., & Rogers, E. M. (1995). The origins and development of the diffusion of innovations paradigm as an example of scientific growth. *Science communication*, 16(3), 242-273.
- Valera, S. (2012). La ciudad y otros ensayos de ecología urbana. *Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social*, 12(1), 261-265.

- Varela, M. T. A., Cáceres, E. D. R., & José, C. T. R. (2010). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3(8).
- Vázquez, F., & Becoña, E. (2000). Factores de riesgo y escalada cannabinoide. *Monografía Cannabis*, 175.
- Villar, E. (2007). Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saude soc*, 16(3), 7-13.
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta médica peruana*, 28(4), 237-241.
- Visscher, L. (2014). Socio-economische status en cannabisgebruik in de adolescentie: Moderatie van opvoeding.
- Wirth, L. (2005). El urbanismo como modo de vida. *Bifurcaciones: revista de estudios culturales urbanos*, (2), 7.
- Xarau, S. N., Tadin, M. A., & Paredes, M. G. (2014). "Raves", consumo de drogas y asistencia en urgencias. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*, 26(2), 189-190.
- Zalakain, J. (2012). Un acercamiento sociológico al uso del cannabis en Euskadi: Consumo y percepciones sociales. *Cannabis, usos, seguridad jurídica y políticas*, 55-73.

7. ANEXOS

Anexo 1. Determinantes de salud Informe de Lalonde.



Anexo 2. Modelo socioeconómico de Salud de Dalgren y Whitehead

