

**TESIS DOCTORAL**

ABORDAJE CUALITATIVO DE LA SALUD URBANA EN TRES BARRIOS CON  
DISTINTO NIVEL SOCIOECONÓMICO, Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO  
DE TABACO Y ALCOHOL

**DOCTORAL DISSERTATION**

QUALITATIVE APPROACH TO URBAN HEALTH IN THREE DIFFERENT  
SOCIOECONOMIC STATUS NEIGHBOURHOODS AND ITS RELATIONSHIP  
WITH ALCOHOL CONSUMPTION AND SMOKING

Tesis presentada por

Ignacio de Loyola González Salgado

para optar al título de Doctor en Ciencias Sociales

Directores:

Dr. Jesús Rivera Navarro

Dr. Manuel Franco Tejero

**Programa de Doctorado en Ciencias Sociales**

**Línea de análisis sociológico**

**Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Salamanca**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**



El desarrollo de esta tesis doctoral para optar al título de Doctor en Ciencias Sociales (línea de análisis sociológico) ha sido posible gracias a la financiación de las ayudas para Contratos Predoctorales Para la Formación de Doctores, contempladas en el Subprograma Estatal de Formación, del Programa Estatal de Promoción del Talento y su Empleabilidad, en el marco del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica e Innovación 2013-2016 [Orden ECC/1402/2013, de 22 de julio], conseguida en régimen de concurrencia competitiva y aplicando los principios de publicidad y objetividad [Referencia de la ayuda: BES-2017-079911]. La tesis se encuentra vinculada al proyecto I+D “Entorno urbano y salud: Abordaje cualitativo en el estudio *Heart Healthy Hoods*” [Referencia: CSO2016-77257-P] financiado por el ministerio de economía y competitividad en la convocatoria 2016 del programa estatal de fomento de la investigación científica y técnica de excelencia perteneciente al subprograma estatal de generación de conocimiento.





*“Sabendo que la búsqueda era eterna,  
y que hay muchas paradas a lo largo del camino y que,  
lo importante no es llegar, sino el camino en sí,  
miramos atrás y supimos que nadie volvería a vernos más”.*

Javier Ibarra



## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la confianza, el apoyo y los consejos de mis dos directores, el Dr. Jesús Rivera Navarro y el Dr. Manuel Franco Tejero. Al Dr. Jesús Rivera me gustaría agradecerle, en primer lugar, por haber apostado por mí para desarrollar este trabajo al amparo de su proyecto de investigación titulado Entorno urbano y salud: Abordaje cualitativo en el estudio *Heart Healthy Hoods*. La primera vez que lo conocí fue como profesor en la asignatura optativa de sociología de la salud mientras cursaba el grado en sociología (2011-2015), y, desde entonces, mis intereses han estado enfocados al estudio de la salud desde las ciencias sociales. Él me ha servido de guía en este proceso, enseñándome los entresijos de la carrera investigadora y de la carrera docente. Recordaré con mucho cariño nuestras reuniones sobre trabajo que muchas veces terminaban en conversaciones sobre música y animales, y los viajes a Madrid para realizar el trabajo de campo para la tesis y el proyecto en el que se encuadra.

Al Dr. Manuel Franco me gustaría agradecerle también la confianza depositada en mí para desarrollar este trabajo. También me gustaría agradecerle su paciencia y dedicación en los artículos que hemos desarrollado de forma conjunta, el haberme inculcado la importancia de internacionalizar los resultados de la producción científica, y el haberme puesto en contacto con su gran equipo de investigadores/as dentro del proyecto *Heart Healthy Hoods* (HHH).

Gracias a ambos, de nuevo, por abrirme las puertas de entrada al apasionante mundo de la investigación de la salud en los enclaves urbanos.

También me gustaría agradecer al resto de las integrantes del proyecto Entorno urbano y salud: Abordaje cualitativo en el estudio *Heart Healthy Hoods*. A Marta Gutiérrez,

Paloma Conde y María Sandín, de las que he aprendido mucho sobre investigación cualitativa y la importancia de la perspectiva social en el estudio de la salud.

Gracias a la Dra. Xisca Sureda, investigadora del HHH, por todo lo que me ha enseñado acerca de la investigación en salud, las publicaciones científicas y el consumo de tabaco y alcohol en España.

Agradezco todas las personas que forman parte del departamento de Sociología y Comunicación de la Universidad de Salamanca, al que estoy adscrito mediante un contrato predoctoral de formación del personal investigador (FPI). A muchos/as de los/as compañeros/as que he tenido estos años ya los conocí durante los años que cursé el grado en Sociología, pero ahora ha sido un placer poder aprender de ellos/as como docentes e investigadores/as. En particular, nunca podré agradecerle lo suficiente a Alberto del Rey, que me recomendó para realizar el máster en demografía de la Universitat Autònoma de Barcelona en el Centre d'Estudis Demogràfics, y que me ha permitido llegar a donde estoy hoy en día. Me gustaría agradecer también a David Doncel por los partidos de pádel tan intensos que hemos jugado a lo largo de estos años, y por presentarme a Víctor, Ricardo y Abel, con los que también he jugado muy buenos partidos y compartido buenos momentos. A mis excompañeros/as del despacho 326, Tania Paniagua y Pablo Cabrera, de los que he aprendido mucho y que se han convertido en mis amigos/as. Gracias, también, a mis actuales compañeros/as del despacho 326, Juan, Irene, Jesús, Marta, Chiara y Guillermo; aunque nos hemos visto menos de lo que me hubiera gustado debido a la pandemia del Covid-19.

Finalmente, me gustaría agradecer también al departamento de Epidemiología y Salud Global de la Universidad de Umeå (Suecia) por haberme acogido como uno más de su plantilla durante los tres meses que estuve allí. Gracias a Isabel Goicolea, Miguel San Sebastián, Sarah Hamza, Osvaldo Fonseca y Per Gustafsson por su apoyo y por

hacerme sentir como en casa a pesar del frío y la oscuridad de Suecia durante los meses de invierno.

Me gustaría reconocer el trabajo de Alexandra Elbakyan, fundadora de *Sci-hub*, que lleva muchos años apostando por una ciencia sin barreras. Sin ella y sin su trabajo no podría haber accedido a muchos de los artículos científicos de esta investigación. En la misma línea, me gustaría agradecer a *Library Genesis*, que me ha permitido acceder a numerosos manuales de investigación a los que no podría haber accedido de otra forma.

Por último, aunque no por ello menos importante, me gustaría agradecer de forma especial a mi familia y mis amigos/as, por haberme aguantado y apoyado durante estos años de trabajo. El agradecimiento más grande se lo tengo que dar a mis dos fieles acompañantes durante este proceso: Alicia y Jazz. Sin ella, ni sería la persona que soy hoy en día, ni estaría dónde estoy. Gracias a él también por acompañarme siempre, ojalá fuera eterno.



## **Abordaje cualitativo de la salud urbana en tres barrios con distinto nivel socioeconómico, y su relación con el consumo de tabaco y alcohol**

**Resumen:** Esta tesis doctoral estudia, utilizando un abordaje cualitativo, dos de los factores de riesgo más relevantes para el desarrollo de las enfermedades crónicas de la población mundial: el consumo de alcohol y el consumo de tabaco. El objetivo de esta tesis doctoral es explorar los factores que condicionan e influyen en el consumo de tabaco y de alcohol en tres barrios con distinto nivel socioeconómico (NSE) de la ciudad de Madrid (España). De forma secundaria se profundizará en las diferencias existentes en el consumo de estas dos sustancias entre los tres barrios con distinto NSE.

Para la realización de la investigación se seleccionaron tres barrios de la ciudad de Madrid con distinto NSE: San Diego (barrio de NSE bajo), El Pilar (barrio de NSE medio) y Nueva España (barrio de NSE alto). Para la selección de los/as participantes se realizó un muestreo propositivo en dos fases: 1) muestreo reputacional para seleccionar a los informantes claves y 2) muestreo de máxima variación para seleccionar a los/as participantes de los tres barrios. Se realizaron 37 entrevistas semiestructuradas y 29 grupos de discusión entre los 3 barrios seleccionados. Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas de codificación provenientes de la teoría fundamentada constructivista (consumo de tabaco) y de la teoría fundamentada de Corbin y Strauss (consumo de alcohol).

Los resultados muestran que el consumo de alcohol y de tabaco difiere entre los tres barrios estudiados. Con respecto al consumo de tabaco, encontramos que con el paso del tiempo desde que entró en vigor la Ley 42/2010 se ha desnormalizado el consumo de tabaco (con diferencias según el NSE del barrio) y también se percibe una reducción de la exposición al humo ambiental del tabaco. Las paradas de autobuses se perciben como un espacio donde debería estar prohibido fumar. Además, en el barrio de NSE alto, las personas fumadoras se sienten estigmatizadas debido a la presión social por la baja percepción de personas fumadoras en el entorno urbano de dicho barrio. En cuanto al consumo de alcohol, encontramos que existen factores sociales, culturales y económicos que determinan su consumo. La cantidad de tiendas de conveniencia que venden alcohol y su amplio horario de venta hace que el alcohol sea accesible y aumente su disponibilidad. Mientras que el

consumo en bares está socialmente aceptado y normalizado, el consumo en espacios públicos urbanos al aire libre se percibe como una fuente de problemas (que afectan de forma desigual a los barrios según su NSE) y se asocia a colectivos socialmente vulnerables.

Proponemos futuras intervenciones para atenuar el consumo de estas dos sustancias y mejorar la salud de la población residente en el entorno urbano: 1) incluir las paradas de autobuses en los espacios libres de humo; 2) regular el consumo de tabaco en las áreas al aire libre adyacentes a centros educativos; 3) diseñar campañas que contribuyan a atenuar la percepción del alcohol como conductor de las relaciones sociales; 4) controlar la venta de alcohol en tiendas de conveniencia mediante el establecimiento de licencias para su venta; y 5) reforzar los controles a la venta de alcohol a personas menores de edad.

**Palabras clave:** consumo de tabaco, consumo de alcohol, desigualdades en salud, entorno urbano, análisis cualitativo, teoría fundamentada.

## **Qualitative approach to urban health in three different socioeconomic status neighbourhoods and its relationship with alcohol consumption and smoking**

**Abstract:** In this doctoral dissertation, we studied using a qualitative approach, alcohol consumption and smoking, which are two of the most relevant risk health behaviours for developing noncommunicable chronic diseases worldwide. The objective of this doctoral dissertation was to explore the social factors that conditioned and influenced smoking and alcohol consumption in three neighbourhoods with different socioeconomic status (SES) from the city of Madrid (Spain). As a secondary aim, we explored the differences between the three neighbourhoods studied regarding smoking and alcohol consumption.

Three distinctive SES neighbourhoods of the city of Madrid were selected to conduct this research: San Diego (low SES neighbourhood), El Pilar (medium SES neighbourhood) and New Spain (high SES neighbourhood). Purposeful sampling was conducted in two stages: 1) reputational sampling was conducted to select key informants and 2) maximum-variation sampling was conducted to select participants from the 3 neighbourhoods studied. Finally, 37 semi-structured interviews and 29 focus groups were conducted between the 3 selected neighbourhoods. Coding strategies from the Charmaz's constructivist grounded theory (smoking) and from the Corbin and Strauss's grounded theory (alcohol consumption) informed the data analysis.

Perceptions of participants showed that alcohol consumption and smoking differed between the three neighborhoods studied. Regarding smoking, we found that since the enactment of the Spain's smoke-free law (Law 42/2010), tobacco use has been denormalized (with differences according to the neighborhood SES) and there was also a reduction in exposure to second-hand smoke. Bus stops were perceived as places where smoking should be banned. In addition, in the high NSE neighborhood, smokers were stigmatized due to social pressure related to the low perception of smokers in the urban environment of that neighborhood. Regarding alcohol consumption, we found that there were social, cultural, and economic factors that influenced its consumption. The amount of convenience stores selling alcohol and its long opening hours increased accessibility to and availability of alcohol. In addition, the place where alcohol is consumed had strong importance in the perception of such behavior. While consumption in licensed venues is socially accepted and

normalized, consumption in unlicensed public spaces was perceived as a source of problems (which unequally affected neighborhoods according to their NSE) and it was associated with socially vulnerable groups.

Following our results, we proposed future interventions aimed at reducing exposure to second-hand smoke and alcohol consumption and improve the health of the population living in the urban environment: 1) Regulating bus stops as smoke-free areas; 2) Regulate smoking in outdoor areas near school centres; 3) Limit the perception of alcohol as conductor of social relationships; 4) Controlling alcohol sales in convenience stores by establishing licenses to sell this product; and 5) Strengthening the existing controls regarding underage alcohol sales.

**Keywords:** smoking, alcohol consumption, health inequalities, urban environment, qualitative research, grounded theory.

## Índice de contenido

JUSTIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA TESIS .....	1
1. INTRODUCCIÓN .....	3
1.1. Presentación de la investigación: enfoque, justificación y objetivo. ....	3
1.2. Sociología de la salud y epidemiología social.....	7
1.3. Determinantes sociales y económicos de la salud. ....	9
2. LA SOCIOLOGÍA Y LOS ENCLAVES URBANOS: EL BARRIO COMO OBJETO DE ESTUDIO .....	11
2.1. La distribución del crimen en Europa: antecedentes en el estudio de la distribución espacial de los fenómenos sociales.....	12
2.2. La Escuela de sociología de Chicago y sus contribuciones al estudio de los barrios: los fenómenos sociales y de salud.....	14
2.3. La Escuela Francesa y la Nueva Sociología Urbana: abordaje marxista en el estudio de los enclaves urbanos .....	17
2.4. Tipologías de ciudades: americanas, europeas y de países de desarrollo intermedio.....	20
2.4.1. Ciudades americanas como ejemplo de la desigualdad urbana.....	20
2.4.2. Ciudades europeas occidentales: grandes ciudades, población urbana y cambios en el sistema productivo. ....	22
2.4.3. Ciudades en países de desarrollo intermedio .....	26
3. LA IMPORTANCIA DEL BARRIO EN EL ESTUDIO DE LA SALUD EN LA ACTUALIDAD .....	27
3.1. La segregación étnica y residencial influyen en el estado de salud de los residentes en enclaves urbanos .....	28
3.2. Factores relacionados con el estudio de la salud en el entorno urbano: el deterioro del entorno físico y social.....	31
3.3. El estudio de los factores sociales y la salud en el entorno urbano .....	34
4. PRESENTACIÓN DE LAS DIMENSIONES OBJETO DE ESTUDIO.....	35
4.1. Consumo de Tabaco.....	35

4.1.1.	Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. ....	37
4.1.2.	Enmienda de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Entrada en vigor de la Ley 42/2010. ....	39
4.2.	Consumo de alcohol.....	41
4.2.1.	Patrones de consumo de alcohol.....	44
5.	METODOLOGÍA.....	46
5.1.	Selección de los barrios.....	47
5.2.	Muestra.....	50
5.3.	Técnicas de recogida de datos. ....	53
5.3.1.	Entrevistas semiestructuradas.....	54
5.3.2.	Grupos de discusión.....	57
5.4.	Análisis.....	60
5.4.1.	Introducción a la teoría fundamentada y justificación de su elección. ....	60
5.4.2.	La teoría fundamentada constructivista de Charmaz.....	63
5.4.3.	La teoría fundamentada de Strauss y Corbin. ....	65
5.5.	Devolución y validación de los resultados mediante el uso de member checking.....	67
6.	POSICIONAMIENTO EPISTEMOLÓGICO Y ONTOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN .....	70
7.	REFERENCIAS.....	72
	RESULTADOS .....	104
	CAPÍTULO 1 .....	105
	Exploración de las percepciones de los efectos de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo (ley 42/2010) en tres barrios con distinto nivel socioeconómico de la ciudad de madrid.....	105
	ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	105
	Desigualdades con respecto a la percepción de exposición al humo ambiental del tabaco en espacios urbanos al aire libre. ....	108

Cumplimiento de las restricciones para el consumo de tabaco en espacios interiores y falta de regulación en espacios al aire libre .....	110
Cambios en la hostelería tras la entrada en vigor de la ley 42/2010 .....	114
Reubicación de personas fumadoras y sus consecuencias .....	122
DISCUSIÓN .....	129
LÍMITES Y FORTALEZAS .....	137
REFERENCIAS.....	138
 CAPÍTULO 2 .....	 144
La influencia de los factores sociales, económicos y culturales en el consumo de alcohol en el entorno urbano.....	144
ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	144
Factores sociales, culturales y económicos que ayudan a entender el consumo de alcohol en el entorno urbano.....	147
El alcohol como facilitador de las relaciones sociales en bares.....	150
consumo de alcohol y género: cambios en las normas culturales tradicionales con respecto a los últimos 20 años .....	154
La influencia del precio y del estado de salud en el tipo de alcohol que se consume .....	156
El uso del espacio público urbano al aire libre para el consumo de alcohol .....	159
Personas pertenecientes a grupos socialmente vulnerables consumiendo alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre .....	162
El aumento en los últimos 20 años del consumo compulsivo de alcohol (binge drinking) entre las personas jóvenes. ....	166
DISCUSIÓN .....	171
LÍMITES Y FORTALEZAS .....	176
REFERENCIAS.....	177
 CAPÍTULO 3 .....	 184

El consumo de alcohol en el entorno urbano como fuente de problemas sociales relacionados con la salud.....	184
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	184
El consumo de alcohol como fuente de problemas en el entorno urbano .....	186
La venta de alcohol en tiendas de conveniencia facilita su consumo en el entorno urbano.....	189
Desorden, violencia y deterioro percibido en los espacios públicos urbanos al aire libre.....	192
DISCUSIÓN.....	199
LÍMITES Y FORTALEZAS .....	203
REFERENCIAS.....	204
CONCLUSIONES.....	209
CONSUMO DE TABACO EN EL ENTORNO URBANO BAJO LA INFLUENCIA DE LA LEY 42/2010.....	209
CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ENTORNO URBANO: FACTORES QUE LO CONDICIONAN Y PROBLEMAS DERIVADOS DE SU CONSUMO .....	211
LIMITES Y FORTALEZAS.....	214
FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	216
CONCLUSIONS .....	217
SMOKING IN THE URBAN ENVIRONMENT UNDER THE EFFECTS OF THE SMOKE-FREE LAW 42/2010 .....	217
ALCOHOL CONSUMPTION IN THE URBAN ENVIRONMENT: FACTORS BEHIND ITS CONSUMPTION AND ALCOHOL-RELATED PROBLEMS.....	219
LIMITATIONS AND STRENGTHS .....	222
FUTURES LINES OF RESEARCH .....	223
ANEXO.....	225
Guion para las entrevistas semiestructuradas del proyecto de investigación entorno urbano y salud: abordaje cualitativo en el estudio heart healthy hoods.....	225

Modelo de entrevista para profesional de salud de centros de salud pública (informante clave).....	231
Modelo de entrevista para director/a de centro educativo (informante clave) .....	234
guion para los grupos de discusión realizados en el proyecto de investigación entorno urbano y salud: abordaje cualitativo en el estudio heart healthy hoods.....	238

## **Índice de ilustraciones**

Ilustración 1. Situación geográfica de los barrios estudiados en el estudio Entorno Urbano y Salud: Abordaje Cualitativo en el Proyecto HHH.....	4
Ilustración 2. Resultado de los indicadores sociodemográficos considerados para la selección de los barrios para el estudio Entorno urbano y salud: abordaje cualitativo en el proyecto HHH.....	48
Ilustración 3. Relación entre la categoría principal y las subcategorías en el análisis de las desigualdades en la exposición al humo ambiental del tabaco bajo el marco de la Ley 42/2010.....	108
Ilustración 4. Clasificación según barrio de los códigos sobre los que se construyen las tres subcategorías integradas en la categoría principal Factores sociales, culturales y económicos que ayudan a entender el consumo de alcohol en el entorno urbano. ....	149
Ilustración 5. Clasificación según barrio de los códigos sobre los que se construyen las dos subcategorías integradas en la segunda categoría principal El uso del espacio público urbano al aire libre para el consumo de alcohol.....	161
Ilustración 6. Proceso de problematizar el consumo de alcohol en los espacios urbanos al aire libre.....	188

## **Índice de Tablas**

Tabla 1. Características sociodemográficas de los/as participantes (en porcentajes) en el proyecto “Entorno urbano y salud: Abordaje cualitativo en el estudio Heart Healthy Hoods” .....	52
Tabla 2. Distribución de las técnicas de recogida de datos entre los barrios seleccionados para el proyecto Entorno urbano y salud: Abordaje cualitativo en el estudio Heart Healthy Hoods.....	53
Tabla 3. Perfiles de las entrevistas realizadas en el proyecto de investigación Entorno urbano y salud: Abordaje cualitativo en el estudio Heart Healthy Hoods. ....	55
Tabla 4. Perfil de los grupos de discusión realizados en el proyecto Entorno urbano y salud: Abordaje cualitativo en el estudio Heart Healthy Hoods.....	59





## **JUSTIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA TESIS**

La estructura del presente trabajo resulta de la mezcla del formato clásico de tesis y la tesis por compendio de artículos. Optar por este modelo de tesis doctoral responde a que las dimensiones analizadas (consumo de tabaco y consumo de alcohol), que pertenecen al proyecto de investigación en el cual se encuadra este trabajo, se han analizado de forma independiente. Este trabajo consta de una de una introducción al proyecto en el cual se encuadra, así como también de una introducción a los planteamientos teóricos que sustentan dicho proyecto y que se encuentran en las disciplinas de la sociología de la salud y de la epidemiología social. Después, se realiza una aproximación teórica los antecedentes del estudio de los fenómenos sociales en los enclaves urbanos desde la sociología urbana y su relación con los estudios de la salud en el entorno urbano. Para terminar con el apartado introductorio, se presentan las dos dimensiones estudiadas en el presente trabajo: el consumo de tabaco y el consumo de alcohol. Posteriormente, se desarrolla el apartado metodológico en el que se incluyen las técnicas de recogida de datos, la composición de la muestra, y una introducción a la teoría fundamentada y a las técnicas de codificación utilizadas para cada capítulo de resultados.

Una vez terminada la parte introductoria, teórica y metodológica, este trabajo continúa con el apartado de los resultados. Los resultados del presente trabajo están formados por tres capítulos independientes, en los cuales se han analizado, utilizando un abordaje cualitativo, las percepciones de consumo de tabaco con relación a la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo (capítulo 1), la influencia de los factores sociales, económicos y culturales en el consumo de alcohol (capítulo 2) y los problemas derivados del consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre (capítulo 3). Como ya hemos mencionado anteriormente, al tratarse de dimensiones

independientes (tabaco y alcohol), pero relacionadas con las desigualdades urbanas en salud, se ha optado por analizarlas de forma separada en este trabajo. Mientras que, en el primer capítulo, se analizan las percepciones del consumo de tabaco, usando como eje analítico la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo que entró en vigor en el año 2011, en el segundo capítulo se estudian la influencia de los factores económicos, sociales y culturales en el consumo de alcohol en el entorno urbano, y en el tercer capítulo se profundiza en los problemas derivados del consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre. Sin embargo, aunque los análisis se presentan de forma independiente, los tres capítulos comparten fuente de datos (37 entrevistas semiestructuradas y 29 grupos de discusión), un análisis cualitativo basado en las técnicas de codificación de la Teoría Fundamentada (a partir de ahora TF) en varias de sus vertientes, entre otras la constructivista, y una perspectiva que incluye la desigualdad en salud basada en el NSE del barrio como eje fundamental de análisis de los resultados.

## 1. INTRODUCCIÓN

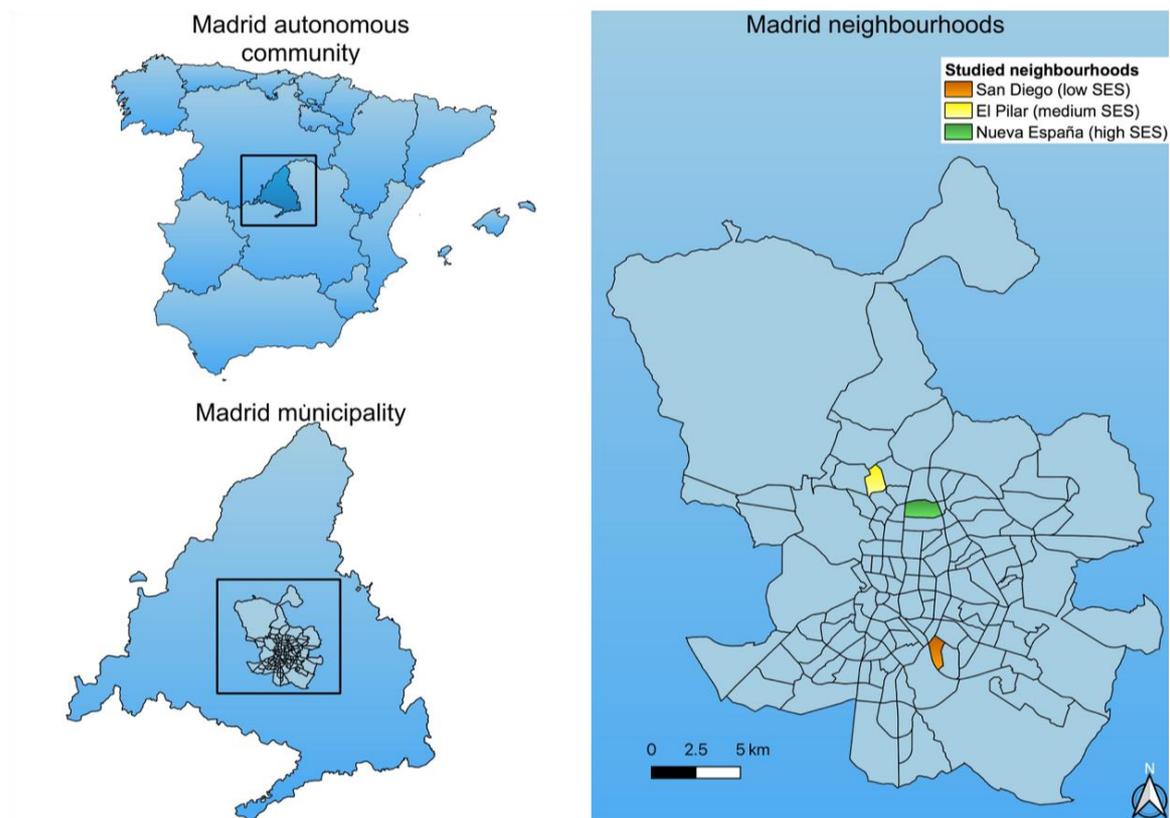
### 1.1. *Presentación de la investigación: enfoque, justificación y objetivo.*

Este trabajo nace en el seno del proyecto I+D financiado por el ministerio de Economía y Competitividad “Entorno urbano y salud: Abordaje cualitativo en el estudio *Heart Healthy Hoods*” (CSO2016-77257-P). Su realización también ha sido posible gracias a un contrato predoctoral financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (BES-2017-079911). A su vez, el proyecto cualitativo en el cual se encuadra este trabajo está asociado al proyecto <<*Social and physical urban environment and cardiovascular health: The much-needed population approach (Heart Healthy Hood)*>> financiado con un starting grant por el European Research Council (FP7/2007-2013/ERC Starting Grant Heart Healthy Hoods Agreement n. 336893).

El objetivo principal del proyecto *Heart Healthy Hoods* (a partir de ahora HHH), es el estudio de la asociación entre los aspectos sociales y físicos del contexto urbano en el municipio de Madrid, en relación con la salud cardiovascular (Bilal et al., 2016). Mientras que el objetivo del proyecto cualitativo, al cual se adscribe esta investigación, propone el uso de metodología cualitativa para el estudio comparativo de los aspectos sociales, y físicos del entorno urbano, y las desigualdades en salud de tres barrios con distinto nivel socioeconómico (a partir de ahora NSE) pertenecientes al municipio de Madrid (Rivera-Navarro et al., 2019). De esta manera, se complementarían el enfoque prominentemente cuantitativo del HHH con los resultados del proyecto cualitativo. En el proyecto cualitativo, en el que está inmerso esta investigación, se han tenido en cuenta dimensiones similares a las que el HHH tiene como objeto de estudio: la alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol y el consumo de tabaco. Dichas dimensiones han sido consideradas como los principales factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiovasculares (Bilal et al., 2016).

Mientras que el proyecto HHH estudia la salud cardiovascular en el municipio de Madrid, utilizando un enfoque cuantitativo, el proyecto cualitativo, en el cual se encuadra este trabajo, ha estudiado tres barrios madrileños de distinto NSE: Nueva España (NSE alto), El Pilar (NSE medio) y San Diego (NSE bajo). En la Ilustración 1 puede observarse la situación geográfica de los tres barrios estudiados dentro del municipio de Madrid. En el proyecto cualitativo, que da cobertura a este trabajo, se realizaron 37 entrevistas semiestructuradas (ES) y 29 grupos de discusión (GD) en los que se preguntaron cuestiones relacionadas con cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente. Para los análisis incluidos en el presente trabajo se han utilizado tanto las transcripciones de las 36 ES, como las de los 29 GD.

*Ilustración 1. Situación geográfica de los barrios estudiados en el estudio Entorno Urbano y Salud: Abordaje Cualitativo en el Proyecto HHH.*



Fuente: elaboración propia.

Este trabajo se centra en analizar dos de las dimensiones que conforman el proyecto de investigación en el cual se integra: el consumo de alcohol y el consumo de tabaco. El consumo de estas dos sustancias ha sido catalogado como dos de los comportamientos de riesgo que mayor efecto perjudicial tienen sobre el estado de salud de la población en España (Soriano et al., 2018). Además, la existencia de desigualdades en salud en enclaves urbanos ha sido puesta de manifiesto en estudios recientes (Marí-Dell’Olmo et al., 2015; Perini et al., 2018). Existen investigaciones que demuestran la existencia de una distribución desigual del consumo de tabaco, considerando el NSE del barrio en el que se vive (Barnett, Moon, Pearce, Thompson & Wigg, 2017; Thompson, Pearce & Barnett, 2007), lo que significa que el consumo de tabaco está concentrado en la población que reside en barrios con un NSE bajo. En España, hasta la fecha, solo se ha realizado un estudio centrado en analizar desigualdades de consumo de tabaco entre municipios considerando su NSE (Daponte-Codina, Bolívar-Muñoz, Ocaña-Riola, Toro-Cárdenas, & Mayoral-Cortés, 2009). Además, un estudio que analizaba datos provenientes de distintos países europeos (incluyendo España) mostró la existencia de desigualdades a nivel nacional en consumo de tabaco, teniendo en cuenta el nivel educativo y los ingresos (Huisman, Kunst, & Mackenbach, 2005), dos de los principales indicadores utilizados para medir el NSE en investigación cuantitativa. Es por ello por lo que los resultados cualitativos de esta investigación pueden ser de gran utilidad, ya que tienen en cuenta las percepciones de los residentes de tres barrios con distinto NSE dentro de una gran ciudad española como Madrid, algo que los estudios cuantitativos no pueden recoger con tanta precisión.

Por otro lado, respecto al consumo de alcohol, todo parece indicar que su consumo no sigue la distribución del tabaco. De hecho, se consume alcohol en los barrios de todas las condiciones sociales, sin embargo, en la población perteneciente a un NSE bajo,

aunque se consuma alcohol de forma ocasional, la cantidad consumida se considera excesiva durante estas ocasiones si lo comparamos con el consumo de la población perteneciente a un NSE alto (Bloomfield, Augustin & Kraus, 2000). En España, se han realizado estudios centrados en analizar el consumo de alcohol, pero en grupos poblacionales concretos como los adolescentes (Salamó, Gras & Font-Mayolas, 2010), en conjunción con el consumo de otras sustancias psicoactivas entre los más jóvenes (Villalbí, Suelves, Saltó & Cabezas, 2011) o centrándose en un grupo poblacional en particular como los inmigrantes (Sordo et al., 2015). Aunque hay estudios cualitativos centrados en analizar desigualdades en salud en el entorno urbano (Burgoyne, Coleman & Perry, 2007; Yen et al., 2007; Roy & de Koninck, 2013), dichas investigaciones se centran en un solo factor de riesgo, un grupo poblacional concreto o personas pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos. En nuestra investigación, de una forma más integral que los estudios referidos anteriormente, se han analizado tres barrios de distinto NSE (medio, bajo y alto).

El objetivo principal de este trabajo es explorar las percepciones de dos de los comportamientos de riesgo más perjudiciales para la salud, como son el consumo de alcohol y de tabaco, en tres barrios de distinto NSE de la ciudad de Madrid. Los objetivos específicos, de esta investigación, son: 1) analizar los efectos de la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, 2) estudiar los factores sociales, económicos y culturales que inciden en el consumo de alcohol, y 3) explorar los problemas relacionados con el consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre.

En los siguientes epígrafes se ha realizado una introducción a los pilares que sustentan el presente trabajo de investigación.

## **1.2. Sociología de la salud y epidemiología social.**

El estudio de la salud de la población ha sido objeto de investigación de las ciencias sociales y, de forma más concreta, de la sociología de la salud y la epidemiología social. Desde estas dos disciplinas, se han aportado tanto una visión distinta a la medicina, como unos métodos innovadores que han servido para complementar los estudios médicos ya existentes. Después de la Segunda Guerra Mundial, la sociología de la salud fue creada en los Estados Unidos (Cockerham & Scambler, 2010). También es conocida como sociología médica o sociología de la medicina, y fue concebida como una especialidad de la sociología encargada de estudiar la salud desde el área de las ciencias sociales. Sin embargo, la definición que se hace de la salud dentro de esta corriente de estudio, así como la forma de estudiarla, no son equiparables con la visión de la medicina, ni de la salud pública. Esto se debe, principalmente, a la visión crítica que aporta esta disciplina, utilizando métodos y conceptos pertenecientes a la sociología (Timmermans, 2013), y a la utilización de marcos teóricos específicos, para analizar la influencia que los factores humanos tienen sobre el bienestar, la salud y la enfermedad (Rivera & Benito-León, 2000). Debido al incipiente aumento, tanto de la prevalencia, como de la incidencia de las enfermedades crónicas, el papel multidisciplinar de la sociología (Bermejo et al., 1998) resulta imprescindible para el desarrollo de políticas públicas que establezcan tratamientos integrales de este tipo de enfermedades (Rivera & Benito-León, 2000).

Dentro de la rama de conocimiento de las ciencias sociales, la epidemiología social también se ha encargado del estudio de la salud de la población. Desde esta disciplina se ha estudiado, sobre todo, la influencia que tiene el entorno social en el estado de salud de la población. Concretamente, una de las líneas de investigación más reciente en este campo es el estudio de la influencia que las características de los barrios tienen en el

estado de salud de sus habitantes (Camacho-Rivera et al., 2014), aunque este tipo de investigaciones tienen también cierta tradición en otras disciplinas como la sociología urbana. La epidemiología social tiene una estrecha relación con la sociología de la salud, considerando que focaliza su objeto de estudio en una de las dimensiones de ésta, concretamente en el estudio de los factores de riesgo sociales de las enfermedades (Segura, 2006) y su distribución espacial, aunque con un mayor aparataje metodológico (basado sobre todo en métodos estadísticos) y partiendo de unas bases epistemológicas situadas en la medicina (Casino & Fernández, 2015). La epidemiología social nace de la necesidad de encontrar una respuesta a las desigualdades en salud, que se han mantenido a lo largo del tiempo, pese a los cambios que se han producido en los patrones de enfermedad y mortalidad (erradicación de las enfermedades infecciosas y predominancia de las no infecciosas como causa de las principales causas de muerte y discapacidad) (Berkman & Kawachi, 2014). También, el nacimiento de la epidemiología social se debe a la tradicional falta de perspectiva social que existía (Link & Phelan, 1995), y existe, en el abordaje de las enfermedades y las discapacidades. Desde un punto de vista temporal, no es hasta los años 80 del siglo XX, cuando se comienzan a estudiar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas en general y de las cardiovasculares de forma particular, utilizando para ello un punto de vista cultural y ambiental. Así, Rose (1985) concluye su investigación señalando la existencia de una relación entre los factores medioambientales y la distribución de los riesgos de padecer enfermedades crónicas y cardiovasculares, así como también el control y la prevención de éstas. Dicha investigación considera que los comportamientos que determinan los factores de riesgo clásicos de las enfermedades cardiovasculares son condicionados, a su vez, por factores sociales, tanto individuales (estatus socioeconómico, ocupación, ingresos, educación, género e inmigración) como

colectivos (estatus socioeconómico del barrio, nivel de desempleo, educación, pobreza y composición de la inmigración) (Diez-Roux, 2003). Además, dicho enfoque también considera la influencia que las características del entorno físico tienen en la salud, como la disponibilidad de espacios verdes (Lee & Maheswaran, 2011), la urbanización del entorno, la contaminación acústica, la polución y el acceso a medios de transporte (Hardoy, Mitlin & Satterthwaite, 2001), el acceso a productos alimentarios de calidad (Ghosh & Shah, 2004) y también del entorno social, como las redes sociales, las normas comunitarias, el capital social y el apoyo comunitario (Vlahov et al., 2007).

### **1.3. *Determinantes sociales y económicos de la salud.***

Link y Phelan (1995) propusieron que, independientemente de las amenazas para la salud que haya en un periodo determinado para una sociedad, el NSE se convierte en el principal determinante de la salud de los individuos. La variable NSE se ha configurado, de forma clásica en la investigación cuantitativa, sobre tres dimensiones: trabajo, nivel educativo e ingresos (Glymour, Avendano & Kawachi 2014). La recesión económica del año 2008 transformó la sociedad española, propiciando, entre otras cosas, situaciones de precariedad, así como una reducción de ingresos, lo que se tradujo en un empobrecimiento de la clase media española y resultó en un proceso de movilidad descendente (Marí-Klose & Martínez, 2015). Además, tanto los perfiles de pobreza, como el número de personas pobres se vieron alterados, dando lugar a un “rejuvenecimiento” de la pobreza y a un empeoramiento de las situaciones que, antes de la crisis, ya eran de por sí complicadas a nivel social y económico (Marí-Klose & Marí-Klose, 2010). Esta situación, también afectó de forma negativa a la población inmigrante de nuestro país, aumentando el desempleo y la vulnerabilidad de dicho colectivo (Arango, 2009; Bruquetas & Callejo, 2015).

Siguiendo la definición clásica de gradiente social del estado de salud dada por Glymour et al., (2014), aquellos individuos o grupos pertenecientes a un NSE alto tendrán mejores opciones de proteger su estado de salud debido a la posesión y utilización de una cantidad mayor de recursos (educación, dinero, prestigio, poder y relaciones sociales beneficiosas), así como al uso de determinadas estrategias de protección de la salud. Por ejemplo, si estuviéramos hablando de un problema de salud cardiovascular, el hecho de pertenecer a un NSE alto facilitaría a los individuos el poder llevar un estilo de vida saludable y el acudir a los mejores médicos (Phelan, Link & Tehranifar, 2010). Existen investigaciones que relacionan el NSE bajo con comportamientos de riesgo para la salud tales como fumar, así como con el sedentarismo y el sobrepeso, también relacionados de forma directa con la salud cardiovascular (Link, 2008). Otras investigaciones han demostrado que determinadas condiciones de vida generan un nivel de estrés mayor, así como aislamiento social del resto de la población, lo que se traduce en peores resultados en salud (House & Williams, 2000). También se ha puesto de manifiesto que las condiciones higiénico-sanitarias poco adecuadas, la mala calidad del agua y la mala nutrición, determinan el estado de salud de la población (Rosen, 1979). Con el objetivo de contrarrestar las tendencias descritas, la teoría de los determinantes sociales de la salud promueve que las personas de un estatus socioeconómico bajo tengan una mayor cobertura de las intervenciones políticas realizadas para mejorar el estado de salud de la población que las personas con estatus socioeconómico alto. Como se ha indicado anteriormente, esto se debe a que las personas de NSE bajo son más proclives a tener comportamientos de riesgo, a los cuales están dirigidas dichas intervenciones como, por ejemplo, el caso del consumo del tabaco, mucho más común en personas de dicho NSE (Phelan et al., 2010). Respecto a las dos dimensiones que se estudian en este trabajo, el consumo de alcohol y

tabaco, se han observado distintas interacciones con la teoría clásica del gradiente social en salud (Glymour et al., 2014). Como se ha sugerido anteriormente, el consumo de tabaco parece seguir la distribución clásica del gradiente social en salud, estando el mayor consumo de tabaco concentrado en la población de NSE de menor nivel (Barnett et al., 2017). Por otro lado, el consumo de alcohol no sigue la distribución clásica del gradiente social en salud. Sin embargo, entre la población de NSE bajo, en las ocasiones en las que consume alcohol, se hace forma excesiva, llegando a darse un uso nocivo del mismo; mientras que, en el caso de la población perteneciente a un NSE alto, se consume alcohol frecuentemente, pero en pequeñas cantidades (Bloomfield, Grittner, Kramer & Gmel, 2006; Huckle, You & Casswell, 2010).

## **2. LA SOCIOLOGÍA Y LOS ENCLAVES URBANOS: EL BARRIO COMO OBJETO DE ESTUDIO**

Consideramos adecuado dedicar un epígrafe a la relación entre la sociología y el estudio del ámbito urbano, ya que es el antecedente más inmediato de nuestro ámbito de estudio.

Debemos reconocer que no existe un acuerdo en la literatura científica con respecto a cuál es el origen del estudio de los “efectos del barrio” (a partir de ahora *neighbourhood effects* por ser la terminología usada en literatura anglosajona). Existen autores que postulan que esta corriente de investigación tiene su origen en la sociología urbana de la Escuela de Chicago, y autores que consideran que su inicio se debe a las investigaciones sobre la distribución espacial del crimen en Francia en el siglo XIX (Sampson, 2012). Tampoco es el objetivo de este trabajo dar una respuesta a dicho debate (para profundizar en la discusión consultar Molotch, 2002; Sampson & Morenoff, 1997). Sin

embargo, sí que consideramos necesario hacer una introducción a las distintas escuelas que han contribuido al desarrollo de la investigación de los *neighbourhood effects* para situar el presente trabajo de investigación dentro de la producción científica dedicada al estudio de los enclaves urbanos de forma general, y, de forma particular, en sus efectos sobre la salud. En los epígrafes siguientes se trata la influencia de la Escuela de Chicago en el estudio de los enclaves urbanos, pero también se introduce la Escuela Francesa de sociología (Castells, 1977; Lefebvre, 1975) y la Nueva Sociología Urbana (Harvey, 1973; Gottdiener, 2019), ambas con influencias de la ideología marxista. Finalmente, se introducirán las diferentes tipologías de ciudades para clarificar las diferencias entre los enclaves urbanos americanos, los europeos (profundizando en España y Madrid) y aquellos pertenecientes a países de desarrollo intermedio.

### ***2.1. La distribución del crimen en Europa: antecedentes en el estudio de la distribución espacial de los fenómenos sociales.***

A lo largo del siglo XIX, antes de que la Escuela de Chicago comenzase a estudiar los enclaves urbanos, distintos investigadores europeos de Francia e Inglaterra sentaron las bases del estudio de la distribución geográfica y social del crimen. André-Michel Guerry (1883) presentó sus resultados sobre la distribución espacial del crimen en Francia. Este autor, utilizando estadísticas judiciales, fue de los primeros en demostrar que el crimen (entre otros comportamientos sociales) se distribuía de forma desigual dentro de un mismo territorio. En su trabajo, Guerry también consideró variables como la educación, el nivel de ingresos, el grado de urbanización del territorio y la densidad poblacional. Así, aquellas zonas urbanas con mayor concentración de industrias manufactureras concentraban mayores tasas de criminalidad. Con sus resultados, y en la línea de los postulados de Durkheim, este autor demostró que determinados factores

sociales podían tener cierta influencia en el comportamiento de las personas. Las tendencias descritas iban más allá del pensamiento de su época, en la que imperaba el determinismo biológico y psicológico a nivel individual como explicación de la mayoría de cuestiones (Morris, 1958; Sampson, 2012).

Quetelet (1842), utilizando un método similar al de Guerry, estudió las tipologías del crimen y su distribución espacial en Francia. Este autor llegó a la conclusión de que las localidades del norte de Francia eran más propensas a sufrir crímenes en contra de la propiedad, mientras que, en el sur del país, los crímenes contra las personas eran más comunes. Al igual que Guerry, el trabajo de Quetelet fue de gran importancia para el desarrollo de la ecología social y para demostrar que la distribución espacial de un fenómeno social, como el crimen, no era fruto de la aleatoriedad, sino que existían áreas en las que determinados tipos de crímenes se concentraban más que en otras, y que existían variables sociales relacionadas con este tipo de fenómeno.

Rawson (1839) hizo una investigación similar a las realizadas en Francia por los investigadores anteriores, pero se centró en estudiar la distribución del crimen en Inglaterra y Gales. Su trabajo se focalizó en estudiar como el tipo de ocupación (agricultura, manufactura, minería y trabajadores/as metropolitanos) influía en las condiciones de vida de la población en los distintos condados, que formaban parte del territorio de Gales e Inglaterra. Este tipo de análisis fue el precursor de lo que posteriormente se ha conocido como análisis según áreas sociales<sup>1</sup> en la sociología

---

<sup>1</sup> El análisis según áreas sociales fue desarrollado posteriormente, en los años 50 del siglo XX, por dos miembros de la Escuela de Chicago (Shevky & Bell, 1955). Esta forma de estratificar las sociedades urbanas industriales se basaba en el uso de variables tales como el tipo de ocupación, el nivel educativo y la renta (nivel social); el tipo de vivienda (urbanización); el tipo de unidad familiar; las tasas de fertilidad, el grado de participación de la mujer en el mundo laboral (estatus familiar); y la proporción de grupos étnicos (segregación social).

urbana (Sampson, 2012). Rawson demostró que el crimen era más prevalente en las áreas de trabajadores/as metropolitanos que en el resto de áreas clasificadas según el tipo de ocupación.

Finalmente, Mayhew (1861) y Booth (1889) centraron sus estudios en el contexto social del crimen en la ciudad de Londres. Mayhew concluyó que el aprendizaje cultural del crimen se producía en áreas de la ciudad caracterizadas por sus niveles de pobreza, consumo de alcohol, viviendas en malas condiciones e inseguridad económica. Por otro lado, Booth, utilizando encuestas y observaciones directas, consiguió representar espacialmente la pobreza y la riqueza de las calles de Londres. Su trabajo ha sido relacionado con el de John Snow a la hora de estudiar la distribución del cólera en esa misma ciudad (Johnson, 2006). Revisados con perspectiva, los trabajos de Snow y Booth pueden servir como base a lo que posteriormente serían los estudios de *neighbourhood effects* de la actualidad (Sampson, 2012).

## **2.2. *La Escuela de sociología de Chicago y sus contribuciones al estudio de los barrios: los fenómenos sociales y de salud.***

Actualmente, a pesar de existir diferentes opiniones con respecto a cuál es el origen del estudio de los *neighbourhood effects*, como ya se ha introducido al comienzo de este epígrafe, no hay dudas acerca de las importantes contribuciones que hizo la Escuela de Chicago en el estudio de las ciudades y los barrios, sobre todo en disciplinas de estudio como la ecología social y la geografía humana. En primer lugar, fueron Robert Park y Ernest Burgess (1925), miembros de la Escuela de Chicago, los que definieron desde la sociología urbana el barrio como algo que iba más allá de una subdivisión territorial del espacio urbano. Para ello, primero definieron el espacio urbano como una serie de comunidades locales que surgían de la competencia entre los negocios por el uso del

espacio, y de la competencia entre la población por una vivienda asequible. Estas comunidades locales tendrían además sus propias características sociales y físicas que servirían para diferenciarlas unas de otras. Así, según estos autores, en el centro del espacio urbano se encontraría el área de negocios, a partir de la cual se irían formando el resto de las comunidades locales que conformarían la ciudad de Chicago. La competencia a la que se referían desde la Escuela de Chicago en la configuración del entorno urbano hacía referencia a la competencia del libre mercado y a la ideología desarrollista que imperaba en la ciudad de Chicago en aquella época. Para la Escuela de Chicago, el barrio formaba parte de una comunidad local más amplia, donde se encuadraban personas e instituciones, ocupando un espacio geográfico determinado que estaría influenciado por características ecológicas, culturales y políticas (Park, 1915). Utilizando el planteamiento anterior, Shaw & McKay (1942) realizaron un estudio donde demostraron que las cifras de delincuencia de la ciudad de Chicago eran mayores en las zonas con NSE bajo, con mayor heterogeneidad étnica y en las cuales la estabilidad residencial era baja. Así, a medida que se aumentaba la distancia del centro de la ciudad (recordemos que era en el centro de la ciudad donde se encontraba el área de negocios y la zona industrial), disminuían las cifras de criminalidad. La investigación de estos autores es de vital importancia ya que fueron pioneros en incluir las características sociales de los barrios, así como otros factores intermedios que interactuaban con la delincuencia (Sampson, 2012). Shaw & McKay (1942) demostraron que la delincuencia no era un fenómeno aislado fruto del azar y que en los barrios con mayores tasas de criminalidad también se concentraban otra serie de factores sociales negativos. Estos autores comenzaron a emplear el término de desorganización social<sup>2</sup>, que será desarrollado más adelante, para referirse a los barrios

---

<sup>2</sup> El término de desorganización social también estuvo influenciado por el trabajo de Thomas & Znaniecki

que poseían mayores tasas de delincuencia junto a otras características sociales negativas. De hecho, los barrios que poseían mayores tasas de criminalidad también concentraban otras características negativas relacionadas con la salud como mayor tasa de mortalidad infantil, mayores cifras de tuberculosis y menor peso al nacimiento. En línea con los autores mencionados anteriormente, Faris & Dunham (1939), utilizando el mismo marco teórico, demostraron que las áreas urbanas con mayores cifras de pobreza también concentraban tasas altas de hospitalizaciones debidas a enfermedades mentales. Con lo cual, comenzaba a quedar constancia de que el nivel de riqueza del área urbana en el que vivían las personas podía influir no solo en los comportamientos sociales como la delincuencia, sino también en la salud. Otra de las contribuciones más destacables de la Escuela de Chicago en cuanto al estudio de los barrios se debe a la obra de Wirth (1938) en la que se ponía de manifiesto como los cambios a nivel poblacional (urbanización, industrialización y cambios sociales drásticos) podían verse reflejados a nivel de barrio en los enclaves urbanos mediante las cifras de pobreza y la composición poblacional (centrándose sobre todo en la heterogeneidad poblacional).

En los años 70 del siglo XX, una vez superada la influencia de la ideología económica dominante de los años 20 basada en la competencia, el libre mercado, y el desarrollismo, se añadió a las definiciones de comunidad local y barrio la importancia de la identidad y las fronteras. En esta nueva etapa de la Escuela de Chicago, la comunidad local se redefinió por Suttles (1972) como un área natural dentro del entorno urbano que no surgía únicamente de las tensiones existentes por la competencia del libre mercado. Así, las comunidades locales estarían también influenciadas por las identidades y las fronteras que, en ocasiones, podrían venir impuestas por personas que serían ajenas a dichas comunidades. La nueva comunidad local no fue definida como

---

(1927) y Wirth (1938), aunque se reconoce su origen en la obra de Shaw & McKay (1942).

una entidad única, sino como una jerarquía de agrupaciones residenciales. Dentro de estas agrupaciones residenciales se encontraría el barrio, que tendría su propia identidad y fronteras. Además, los enclaves urbanos podían estar estratificados según las características socioeconómicas, familiares y étnicas (Berry & Kasarda, 1977).

Basándonos en las contribuciones de la Escuela de sociología de Chicago al estudio de los enclaves urbanos, hemos seleccionado los siguientes elementos, debido a su relación con el presente trabajo:

- La importancia que tienen las características de los lugares (barrio, comunidad) para la explicación de ciertos fenómenos en detrimento de las características individuales.
- La concentración de características negativas (sociales y de salud) en los mismos espacios urbanos.
- La producción y reproducción a través del tiempo de determinadas características sociales y comportamientos, y como el entorno favorece dicha producción y reproducción.

### **2.3. *La Escuela Francesa y la Nueva Sociología Urbana: abordaje marxista en el estudio de los enclaves urbanos***

A partir de los años 70 del siglo XX, el abordaje marxista imperante en las ciencias sociales alcanzó también el estudio de los enclaves urbanos. Como hemos visto en el epígrafe anterior, las antiguas definiciones de las comunidades locales y los barrios acuñadas por la Escuela de Chicago estaban basadas en planteamientos influenciados por conceptos darwinianos (ecología social y humana) y la competencia del libre mercado (en los sectores de vivienda y negocios). Las personas investigadoras que utilizaban el abordaje marxista para el estudio de los enclaves urbanos comenzaron a

criticar las explicaciones que los teóricos de la Escuela de Chicago dieron a la formación, de forma natural, de los guetos de personas afroamericanas (Sampson, 2012). De hecho, este nuevo abordaje postulaba que el racismo institucional o estructural era responsable de la segregación racial en los enclaves urbanos americanos, que no serían de carácter temporal tal y como defendían los teóricos de la Escuela de Chicago (Logan & Molotch, 1987).

Los mayores representantes de la que fue llamada Nueva Sociología Urbana fueron, entre otros, Manuel Castells (1977), David Harvey (1973), y Mark Gottdiener (1985). Según los autores citados anteriormente, la perspectiva de estudio de los enclaves urbanos planteada por la Escuela de Chicago fallaba al no considerar los siguientes factores: el sistema de producción capitalista mediante el cual el modelo de crecimiento de las ciudades estaba basado en la acumulación de capital, y las fuerzas políticas que actúan más allá de las fronteras de las comunidades locales y que influyen en la configuración del entorno urbano (Lefebvre, 1996).

A continuación, se ha desarrollado la segunda crítica realizada desde un abordaje marxista a los planteamientos de la Escuela de Chicago por su mayor relación con el presente trabajo de investigación. En la configuración del entorno urbano no se puede hablar únicamente de acciones individuales ya que existen fuerzas políticas que estarían por encima de los individuos y de las comunidades que contribuirían a la transformación del entorno urbano. Siguiendo lo establecido por Zukin (2010), en la segunda mitad del siglo XX determinadas políticas urbanas encaminadas a impulsar el crecimiento de las ciudades americanas contribuyeron a cambiar el entorno urbano: rebajas fiscales para el sector inmobiliario, construcción de autopistas y autovías, inversión en determinados barrios y restricciones en el uso del suelo urbano. Un ejemplo claro de como las políticas urbanas contribuyeron a transformar el entorno

urbano de las ciudades americanas puede encontrarse en la construcción de grandes autopistas y autovías que atravesaban barrios de NSE bajo. En gran medida, estas alteraciones del entorno urbano en los barrios de NSE bajo contribuyeron al deterioro urbano e incluso a la desaparición de comunidades enteras que vivían en estos barrios y que fueron desplazadas forzosamente y reubicadas en otras zonas urbanas (Skogan, 1990). No podría hablarse entonces de la creación de los barrios y las comunidades locales como algo natural tal y como defendía la Escuela de Chicago, ya que existen otras fuerzas que intervienen en su desarrollo (Sampson, 2012).

Con respecto a la influencia de las políticas en la configuración del entorno urbano, existe otro punto de vista centrado en la inversión y no inversión en determinados barrios. El hecho de que en determinados barrios se fomente la creación de un sistema de vivienda pública, y se provea a los ciudadanos con una serie de servicios públicos adecuados, dejaría al resto de barrios en los que no se han realizado estos cambios en una posición de desventaja (Sampson, 2012). De hecho, Wacquant (1993) utiliza el término desertificación para referirse a la falta de políticas urbanas en determinados barrios y a la retirada de inversión en los servicios públicos de barrios de NSE bajo. Para ejemplificar su teoría de la desertificación de determinadas zonas de los enclaves urbanos, el anterior autor comparó los guetos de las ciudades americanas donde residía población afroamericana con las zonas exteriores de las ciudades francesas.

La Nueva Sociología Urbana, por lo tanto, entiende los barrios como los lugares dentro del entorno urbano en los que no solamente se reflejan los cambios a nivel microsocial que tienen lugar dentro de ellos, sino que en estos lugares también se reflejan los cambios que suceden en niveles macrosociales (Sampson, 2012). A finales del siglo XX, la sociedad se encontraba inmersa en un proceso de atomización impulsado en parte por la globalización económica, lo que dio lugar al nacimiento de las ciudades

globales (Castells, 1993; Sassen, 1991). El nacimiento de las ciudades globales ha propiciado la transformación de los estilos de vida ya existentes, dando lugar al surgimiento de unos nuevos. También se han producido cambios que han afectado a la población a nivel social, cultural e identitario; y se ha producido una renovación de los medios de transporte, que se ha traducido en nuevas formas de residencia, mayor posibilidad de llevar a cabo grandes desplazamientos, un menor sentido de pertenencia a un único lugar, la existencia de unos límites territoriales cada vez más difusos, y una revolución en los medios de comunicación (Baringo, 2013).

#### ***2.4. Tipologías de ciudades: americanas, europeas y de países de desarrollo intermedio***

Debido a que el estudio de los enclaves urbanos proviene del estudio de las ciudades en Europa y Estados Unidos, consideramos necesario este epígrafe para clarificar las diferencias existentes entre los enclaves urbanos de estos dos territorios. El espacio geográfico en el que se sitúan las ciudades las diferencia entre ellas, ya que el contexto histórico y geográfico influye en los enclaves urbanos (Beauregard, 2011). Aunque en los anteriores puntos de este epígrafe se han tratado, sobre todo, ejemplos y particularidades de los enclaves urbanos situados en Europa y Estados Unidos, el aumento en los últimos años del estudio de los enclaves urbanos situados en los países de desarrollo intermedio ha hecho que se los incluya en esta tipología.

##### ***2.4.1. Ciudades americanas como ejemplo de la desigualdad urbana***

Cuando hablamos de ciudades americanas nos estamos refiriendo, fundamentalmente, a ciudades situadas en los Estados Unidos. En las ciudades americanas, las personas con

menor NSE (generalmente pertenecientes a minorías étnicas), viven en los barrios más céntricos, que suelen estar segregados racialmente y se conocen como guetos (Ruggiero, 2007). A nivel poblacional, los resultados de vivir en este tipo de barrio varían desde la pobreza hasta los menores niveles de salud y mayores niveles de mortalidad (Body-Gendrot, 2014). En este tipo de barrios, como ya comentamos anteriormente, se produce el llamado fenómeno de la desertización (Wacquant, 1993), que consiste en el abandono de estos por parte de los decisores políticos. Autores que utilizaron un abordaje marxista para estudiar los enclaves urbanos como Lefebvre (1996) y Harvey (2003) teorizaron acerca del “derecho a la ciudad”, algo que parece negarse a las personas residentes en estos barrios con esa “desertización” de la que hablaba Wacquant y que desemboca en la desinversión, desvalorización de los barrios (Body-Gendrot, 2014), y en la estratificación y estigmatización de sus residentes (Peach, 1996). La percepción que se tiene de este tipo de barrios afecta negativamente a la movilidad social de las personas, a la composición social de los barrios y a las dinámicas sociales que tienen lugar en ellos (Wilson, 2012). Debido a la ausencia de un sistema político del bienestar en Estados Unidos, las políticas públicas encaminadas a reducir las desigualdades existentes en la sociedad americana y las políticas de protección dirigidas a las clases sociales más vulnerables (residentes en muchos casos en barrios de clase trabajadora) son escasas (Body-Gendrot, 2014). Por otro lado, los programas de reubicación de personas con NSE bajo y de clase trabajadora en otros barrios de clase media en Estados Unidos han sido criticados (Gans, 1968; Marcuse, 2000). Las políticas dirigidas a los barrios de NSE bajo en las ciudades americanas se han diseñado con una óptica de control, vigilancia y represión encaminados a contener los comportamientos indeseados de sus residentes (Fainstein, 2010). En ocasiones, este tipo de políticas sirven para estigmatizar todavía más a los residentes en estos barrios (Body-Gendrot, 2014).

#### ***2.4.2. Ciudades europeas occidentales: grandes ciudades, población urbana y cambios en el sistema productivo.***

En este epígrafe, vamos a centrarnos fundamentalmente en describir las ciudades europeas occidentales por ser la tipología en la que se encuadran la ciudad de Madrid (donde se encuentran los tres barrios estudiados en el presente trabajo). Las desigualdades sociales y la segregación en las ciudades europeas son menos visibles que en las ciudades americanas y se manifiestan de formas distintas. En las ciudades europeas, es poco común la existencia de guetos con las características de aquellos que se encuadran en las ciudades americanas (segregación étnica, altos niveles de delincuencia y delitos violentos), aunque sí que existen áreas socioeconómicamente deprimidas dentro de las grandes ciudades (Body-Gendrot, 2014). En los últimos años del siglo XX, hubo grandes cambios en la población urbana en las ciudades europeas que se debieron fundamentalmente a políticas relacionadas con el mercado inmobiliario y la inversión en infraestructura pública urbana, y al aumento del tamaño de los hogares y sus ingresos (Gottdiener, Hutchinson & Ryan, 2018). La población urbana en las grandes ciudades europeas, aunque mantuvo un nivel de crecimiento estable, dejó de estar concentrada en el centro de las ciudades y comenzó a moverse hacia grandes núcleos urbanos desarrollados en la periferia de las ciudades; algo similar a lo que ocurrió en épocas anteriores en las ciudades industriales situadas en los Estados Unidos (Gottdiener et al., 2018). El desarrollo de grandes redes de carreteras (autovías y autopistas) que conectan los grandes núcleos urbanos ha posibilitado, en gran medida, este tipo de desarrollo de los enclaves urbanos (Baringo, 2013). Sin embargo, nos encontramos con que este patrón de desarrollo de los enclaves urbanos en Europa occidental no ha sido homogéneo. En países como Reino Unido, Alemania e Italia, en torno al año 2000, la parte central de ciertas ciudades habían perdido población (debido

fundamentalmente a la descentralización que comentamos más arriba) a pesar del continuo crecimiento en extensión del área metropolitana de las ciudades (Gottdiener et al., 2018). En la actualidad, en Reino Unido la población que vive en enclaves urbanos de más de 1 millón de habitantes ha pasado del 31% en 1990 al 27% 2019, mientras que la población que vive en áreas urbanas no ha parado de crecer desde finales del siglo XX hasta alcanzar el 84% en 2019 (Banco Mundial, 2021a; 2021b). En este país, el crecimiento de la población urbana se ha debido a la creación de un importante número de viviendas públicas para acomodar a las clases trabajadoras en las áreas periféricas de las ciudades, lo que ha permitido que se desarrollen nuevos enclaves urbanos a las afueras de las grandes ciudades como Londres, Birmingham y Manchester (Gottdiener et al., 2018). En Italia, la población que vive en urbes de más de 1 millón de habitantes se sitúa en torno al 18% desde finales del siglo XX. En este país mediterráneo, el porcentaje de población residiendo en zonas urbana ha aumentado desde finales del siglo XX hasta alcanzar el 70% en 2019 (Banco Mundial, 2021a; 2021b), la cifra más baja entre los países comparados. Italia tiene una marcada diferencia entre una mitad norte del país altamente industrializada y una mitad sur dedicada tradicionalmente a la producción agrícola (Gottdiener et al., 2018). Aunque la destrucción de la industria manufacturera también afectó al empleo y a la población de las grandes ciudades del norte de Italia como Turín y Milán, la adaptación del tejido industrial del país a las nuevas necesidades productivas propició el nacimiento de otras grandes ciudades en la región centro y centro-sur del país donde la exportación era el principal motor económico. Sin embargo, la crisis económica del año 2008 afectó de forma negativa al nuevo sector industrial creado en dichas zonas del país. En Alemania, el porcentaje de población que vive en ciudades de más de 1 millón de habitantes es relativamente bajo (desde finales del siglo XX se ha mantenido entre el 8% y el 9,5%) en comparación con

Reino Unido e Italia. Sin embargo, al igual que en estos dos países, el porcentaje de población que vive en áreas urbanas ha ido en aumento desde finales del siglo XX hasta alcanzar el 77% en el año 2019 (Banco Mundial, 2021a; 2021b). En Alemania, los enclaves urbanos en la periferia de las ciudades concentran un número de habitantes superior al de las zonas céntricas de estas. La periferia de las grandes ciudades como Hamburgo han llegado a duplicar en número de habitantes al centro de la ciudad (en la zona centro de esta ciudad en 2010 residían 1.7 millones de habitantes mientras que en la periferia los habitantes llegaban casi a los 3.2 millones). El deterioro del sector industrial localizado en las grandes ciudades manufactureras del norte como Bremen o Hamburgo ha dado paso al crecimiento de otras grandes ciudades del sur como Frankfurt o Múnich que se habrían adaptado mejor a la reconversión del sector industrial y a las demandas del nuevo milenio (Gottdiener et al., 2018). Como hemos podido observar, las diferentes cifras de población urbana y de concentración de población en enclaves urbanos de más de 1 millón de habitantes entre estos tres países europeos se deben, fundamentalmente, al diferente crecimiento industrial y económico entre ellos.

A lo largo de los epígrafes anteriores ya se ha mencionado como los procesos macrosociales se reflejan en los contextos microsociales de las ciudades y los barrios transformándolos. Al igual que ocurría con las ciudades situadas en los Estados Unidos que han sido descritas en el epígrafe anterior, en las ciudades europeas también se ven reflejados los cambios debidos a políticas públicas y económicas. El trabajo manual en fábricas y manufacturas hace tiempo que dejó de ser la principal labor en las ciudades europeas con un gran tejido productivo. En las grandes ciudades, la fuerza de trabajo se ha desplazado hacia un nuevo tejido productivo relacionado con la tecnología y hacia el sector servicios (Castells & Hall, 1994). La reestructuración del sector laboral en las

grandes ciudades ha dado lugar a un deterioro de los centros de las ciudades donde antiguamente se encontraba el tejido industrial y donde ahora residen las clases sociales trabajadoras que, en muchos casos, sufren los efectos de los bajos salarios, los niveles de desempleo, y el aumento del precio de la vivienda (Gottdiener et al., 2018). Por otro lado, siguiendo el ejemplo de lo ocurrido anteriormente en las ciudades americanas, las clases medias en las grandes ciudades europeas han pasado a situarse en los barrios periféricos de las ciudades, donde se han conformado grandes núcleos urbanos (Razin, 2007).

Podríamos decir que, junto con la globalización y la inmigración, el último gran proceso macrosocial que sufrieron las ciudades europeas fue la crisis económica del año 2008, que también ha tenido su efecto en la configuración del actual panorama de los enclaves urbanos (Gärtner, 2014). De forma contraria a lo que sucede en los Estados Unidos, en la mayoría de países europeos existe la protección del estado del bienestar (aunque con diferencias según la tipología en la que se clasifique). Sin embargo, en los últimos años, las políticas austeras y los recortes en políticas del bienestar han intensificado los problemas derivados de la crisis de 2008 en las grandes ciudades europeas relacionados con la pobreza, la dificultad de acceso a una vivienda y la protección social (Gottdiener et al., 2018)

En el caso concreto de España, ni el desarrollo industrial ni el nivel de urbanización han llegado a estar nunca al nivel de otros países europeos. La localización de los polos industriales es muy desigual, y en Madrid, Barcelona y el País Vasco se concentra gran parte del escaso tejido industrial del país (Navarro, Rodríguez-García & Mateos-Mora, 2017). El porcentaje de población que vive en áreas urbanas en España ha ido en aumento desde finales del siglo XX. Así, se ha pasado de un 75% de población residiendo en áreas urbanas en el año 1990 a un 80% en 2019 (Banco Mundial, 2021a).

Así mismo, el porcentaje de residentes que viven en ciudades de más de 1 millón de habitantes también ha ido aumentando con el paso de los años, de un 21% en el año 1990 hasta un 25% en el año 2019 (Banco Mundial, 2021b). Estos porcentajes difieren de otros países europeos occidentales debido al menor grado de industrialización de España, como ya comentamos anteriormente. La ciudad de Madrid tenía, según los últimos datos, 3.334.730 habitantes (Ayuntamiento de Madrid, 2020). Al igual que ocurrió en los antiguos barrios industriales de las ciudades americanas (con la salvedad de que estos se encontraban en el centro de las ciudades) debido a los cambios en el sistema productivo, los antiguos barrios industriales de la ciudad de Madrid (p. ej. Villaverde<sup>3</sup>) han sufrido un deterioro a nivel urbano por el cierre de las industrias, y poblacional debido a la destrucción de empleo y la pobreza. De hecho, el sistema productivo de la capital ha pasado de ser manufacturero a una economía basada en el sector servicios (Gottdiener et al., 2018).

### ***2.4.3. Ciudades en países de desarrollo intermedio***

En este apartado, realizaremos una aproximación de forma sucinta a la situación de la investigación en los enclaves urbanos de los países de desarrollo intermedio. De forma comparativa, existe mucha menor cantidad de investigaciones acerca de las ciudades pertenecientes a países de desarrollo intermedio que en las grandes ciudades americanas

---

<sup>3</sup> Villaverde es un distrito perteneciente al área metropolitana de Madrid y en el que se sitúa el barrio de San Cristóbal. Este barrio ha sido estudiado por el HHH, el gran proyecto de investigación en el que se encuadra el proyecto cualitativo en el que se enmarca el presente trabajo de investigación. El distrito de Villaverde está situado en la zona sur de Madrid, limitando con Getafe y el distrito de Puente de Vallecas. Desde finales del siglo XIX fue un enclave de gran importancia donde se localizaba gran parte del tejido industrial. Hasta 1954 no se incorporó al área metropolitana de la ciudad de Madrid.

y europeas. Sin embargo, en los últimos años la producción científica focalizada en el estudio de las ciudades en países de desarrollo intermedio ha aumentado (Segbers, 2007). El gran crecimiento de los países de desarrollo intermedio ha propiciado el gran desarrollo de las grandes ciudades en estos países (Body-Gendrot, 2014). De hecho, el tamaño y la importancia de estos enclaves urbanos ha propiciado que su poder de decisión sea más amplio (comparado a nivel de estado o país) que en las ciudades europeas o americanas (Body-Gendrot, 2012). Esta concentración de poder y responsabilidades en las grandes ciudades ha propiciado, en los últimos años, la existencia de grandes desigualdades socioeconómicas localizadas en estos enclaves urbanos, así como la enorme variación entre grandes ciudades pertenecientes a un mismo país. De hecho, las desigualdades socioeconómicas junto con los mecanismos de control ejercidos por las ciudades han dado lugar a la aparición de comportamientos violentos y desorden urbano (Body-Gendrot, 2014), muy relacionados con el estado de salud de sus residentes en términos de bienestar físico, social y mental.

En el siguiente epígrafe se presenta la situación actual con respecto a la importancia del estudio de la salud en el contexto barrial.

### **3. LA IMPORTANCIA DEL BARRIO EN EL ESTUDIO DE LA SALUD EN LA ACTUALIDAD**

Como ya hemos visto en el anterior apartado del presente trabajo, puede decirse que el estudio los enclaves urbanos, los fenómenos sociales y la salud han estado ligado desde los primeros estudios en el siglo XIX y XX. Sin embargo, en el estudio de los barrios ha habido diferentes etapas que han marcado este tipo de investigaciones. Puede decirse que en los años 90 del siglo pasado y a comienzos del siglo XXI ha sido cuando más

literatura científica se ha producido con respecto al estudio de los *neighbourhood effects* (Sampson, 2012; Sampson, Morenoff & Gannon-Rowley, 2002). Aunque no toda la producción de literatura científica se ha centrado en estudiar la salud en los enclaves urbanos, diversos estudios de epidemiología social sí que lo han hecho. La principal razón que explica el creciente interés de centrar las investigaciones en los barrios o comunidades de menor tamaño que las ciudades se debe a que es en estos espacios geográficos donde viven, trabajan y se relacionan las personas, y donde se pueden ver reflejados los grandes cambios producidos a nivel macrosocial (Macintyre, Ellaway & Cummins, 2002; Diez-Roux, 2007). Como se va a mostrar en los subsiguientes apartados, en los barrios se concentran características físicas, sociales y culturales, que pueden afectar a los comportamientos de riesgo para la salud de sus residentes (Franco, Bilal & Diez-Roux, 2015), tales como el consumo de alcohol y el consumo de tabaco. Además, los factores físicos y sociales del entorno barrial y las características del barrio también pueden influir en la salud de sus habitantes (Diez-Roux & Mair, 2010). Por otro lado, existen políticas públicas que, tradicionalmente, no se han relacionado con la salud de la población (políticas de planificación urbana, políticas de vivienda), pero que influyen en ella debido a la transformación que conllevan del contexto social y físico en el que residen, trabajan y se relacionan las personas (House et al., 2008).

### ***3.1. La segregación étnica y residencial influyen en el estado de salud de los residentes en enclaves urbanos***

Un fenómeno social de gran importancia en la actualidad con relación a la salud y el estudio de los enclaves urbanos que ha sido mencionado en epígrafes anteriores debido a su importancia, sobre todo en ciudades americanas, es la segregación residencial o étnica. En primer lugar, la segregación puede definirse como la separación de los individuos en base a la pertenencia a grupos contruidos según categorías sociales

predefinidas como la raza, la etnia, el género, la clase social o la religión. Es un fenómeno que conlleva la exclusión en una determinada localización geográfica (p. ej. barrio o gueto) de algunos individuos o grupos, la limitación en el uso de servicios, lugares o en interaccionar con otros grupos sociales. La segregación residencial podría definirse como un tipo específico de ordenación social que resulta en la separación física entre el lugar donde residen los individuos segregados y otros espacios geográficos (Kramer, 2018). Autores como Bourdieu (1999), propusieron que, para el estudio del contexto urbano, las desigualdades sociales a nivel macrosocial se ven reflejadas en el nivel microsocia l a través de la concentración en un mismo espacio geográfico de personas con características sociales y económicas similares. Dicho fenómeno podría explicar, en parte, la concentración de determinados grupos poblacionales que comparten características sociodemográficas y socioeconómicas en determinados barrios de una ciudad. Sin embargo, la segregación residencial también se ve afectada por la configuración del espacio urbano que, a través de la diferenciación de los espacios, tiende a perpetuar las diferencias existentes entre los habitantes de la ciudad. Dicho fenómeno comienza a fraguarse con las decisiones políticas que afectan a la planificación y ordenación del territorio urbano, al mercado de vivienda, y a la subdivisión y mercantilización del espacio. Teniendo en cuenta lo comentado anteriormente, puede decirse que el lugar de residencia marca las oportunidades de las personas a lo largo de su vida, por lo que puede ser considerado como un determinante fundamental de la salud y de las diferencias en salud de la población (Williams & Collins, 2001). Además, la segregación por clase social, raza o etnia es un aspecto extendido de la vida urbana moderna (Lloyd, Shuttleworth & Wong, 2014), como ya se ha comentado anteriormente con respecto a la localización en las partes centrales de las ciudades de la clase trabajadora y en las zonas exteriores de la ciudad de las clases

medias. Una de las consecuencias más importantes de la segregación residencial es la limitación del acceso a oportunidades y recursos en los contextos urbanos, lo que puede traducirse en falta de movilidad económica y social de los individuos segregados. Los procesos que generan la segregación residencial (ordenación, separación y estratificación) están relacionados con los factores que resultan relevantes para la salud de la población, debido a que afectan al entorno físico y social del entorno urbano en el que viven las personas. La segregación no solo afecta a la salud con relación a la configuración del medio físico y social, también influye en la exposición a determinados riesgos y oportunidades, y en la realización de determinados comportamientos que pueden ser perjudiciales para la salud (Kramer, 2018). En primer lugar, el acceso a determinadas oportunidades condiciona los resultados que los individuos pueden obtener en materia de empleo, ingresos y vivienda (Fullilove & Wallace, 2011). En segundo lugar, existen estudios que relacionan la segregación con una mayor exposición a situaciones que provocan estrés crónico, tales como crímenes, violencia (Krivo et al., 2015), y discriminación (Krieger, 2012). Las situaciones de estrés se intentan combatir por parte de aquellos que lo sufren con determinadas estrategias. Sin embargo, dichas estrategias pueden dar lugar a comportamientos que también resultan nocivos para la salud (Ellen, Mijanovich & Dillman, 2001), siendo los más relevantes para nuestra investigación el consumo de tabaco y alcohol. La segregación residencial también se ha relacionado con la mayor presencia de agentes contaminantes, del medio ambiente (aire, agua) y de residuos urbanos, en los lugares de residencia de comunidades de NSE bajo (Morello-Frosch & López, 2006).

### **3.2. Factores relacionados con el estudio de la salud en el entorno urbano: el deterioro del entorno físico y social.**

Ha sido de notable importancia el desarrollo de la teoría de las ventanas rotas (*broken windows theory* en su nomenclatura original inglesa) para el estudio de la salud física y mental, y el bienestar de las personas residentes en los enclaves urbanos (Geis & Ross, 1998; Ross, Reynolds & Geis, 2000; Wilson & Kelling, 2011). Esta teoría relaciona los desórdenes y el deterioro en el medio físico (p. ej. viviendas en mal estado o abandonadas, basura en las calles) y social (p. ej. comportamientos violentos, delincuencia, crimen, consumo de alcohol y drogas en espacios públicos) de los barrios, con los problemas de salud física y mental de las personas que residen en ellos. Además, con la llegada de la globalización y los cambios en el sistema productivo (desaparición de las grandes industrias y manufacturas) se produjo una transformación del entorno urbano, dando lugar a barrios de clase obrera con grandes niveles de desempleo y segregación étnica en los que también se dan el deterioro del medio físico y social anteriormente mencionados (Sampson, 2009). La importancia de esta teoría con relación al presente trabajo de investigación se basa en que la existencia de cierto tipo de comportamientos criminales en los enclaves urbanos (aunque sean delitos menores) puede atraer otro tipo de delitos y comportamientos incívicos que contribuyen al deterioro de los barrios y, por consiguiente, al deterioro de la salud de sus residentes (Keizer, Lindenberg & Steg, 2013). Con respecto al consumo de alcohol y otras sustancias en los enclaves urbanos, existen trabajos que relacionan la percepción de dichos comportamientos con la mayor realización de estos. Algo que se debe, por un lado, a la desinhibición relacionada con la percepción de este tipo de comportamientos, y, por otro lado, a la disminución de la percepción de sus efectos negativos para la salud (Browning, Soller & Jackson, 2015; Rachele, Wood, Nathan, Giskes & Turrell, 2016).

Además, el hecho de que se den comportamientos que sean percibidos como amenazas o peligros, puede dar lugar a que las personas residentes en los barrios en los que se produzcan este tipo de comportamientos pasen menos tiempo en ellos. Algo que se ha demostrado que puede afectar a la menor realización de actividades muy relacionadas con el estado de salud, como puede ser el ejercicio físico (Franzini et al., 2009; Molnar, Gortmaker, Bull & Buka, 2004) De hecho, las decisiones políticas tomadas para frenar o acabar con este tipo de comportamientos en los enclaves urbanos (p. ej. mayor vigilancia, prohibiciones) provocan la resistencia de las personas que los practican y, en muchos casos su exclusión por no adecuarse a las normas impuestas a nivel macrosocial (Lancaster, Seear & Ritter, 2018). Recientemente, una revisión sistemática de bibliografía ha demostrado que el deterioro del entorno físico y social en los enclaves urbanos está ligado al deterioro de la salud mental de las personas que residen en ellos (O'Brien, Farrel & Welsh, 2019). De hecho, gran parte de las desigualdades en salud que están determinadas por el NSE podrían tener su origen en que las personas de menor NSE residen en barrios donde el deterioro del entorno físico y social provoca situaciones de estrés (Massey, 2004). Estudios recientes han demostrado que la exposición ante situaciones de estrés se relaciona con una menor calidad de salud, tanto física como mental (Browning, Soller, Gardner & Brooks-Gunn, 2013; Wen, Hawkey & Cacioppo, 2006).

Aunque puede servir como una base sólida en el estudio del entorno físico y social de los enclaves urbanos, la teoría de las ventanas rotas no es la única teoría que se ha encargado de estudiar el entorno físico y social con respecto a la salud en las ciudades. Existen otras dos teorías que también han sido utilizadas para el estudio de la salud, aunque en su origen fueron diseñadas para el estudio del crimen en los enclaves urbanos. En primer lugar, estaría la teoría de la desorganización social (social

*disorganization theory*) que tiene su origen en la Escuela de Chicago (Shaw & McKay, 1942), y que posteriormente derivaría en la teoría de la eficacia colectiva (*collective efficacy*) (Sampson, 2012). Como vimos en los anteriores epígrafes, los estudios de fenómenos sociales como el crimen en el entorno urbano pueden considerarse como los precursores del estudio de la salud en los barrios. La teoría de la desorganización social se ha definido como la incapacidad de una comunidad social o barrio para reconocer las características comunes de sus residentes que les permitan, entre otras cosas, mantener un control social efectivo o una adecuada socialización entre sus miembros (Shaw et al., 1942). La asociación que tradicionalmente se hacía de la desorganización social con barrios de NSE bajo ha sido contestada en diversas ocasiones (Gans, 1962; Jacobs, 1961; Stack, 1974). Estos/as autores/as demostraron que existen barrios de NSE bajo en los que existen comunidades organizadas socialmente, con unos lazos sociales fuertes y con un grado de identificación con la comunidad alto que, sin embargo, no son capaces de encajar en el orden social existente a nivel macrosocial. Sin embargo, indicadores sociodemográficos como la pobreza han demostrado influir en la desorganización social (Sampson & Groves, 1989). La relación de la teoría de la desorganización social con la salud se explica mediante la socialización y el aprendizaje de determinados comportamientos sociales (Sampson, Raudenbush & Earls, 1997; Shaw & McKay, 1942). En las comunidades en las que exista desorganización social las personas residentes perderán o verán mermada su capacidad de socializar o aprender comportamientos considerados beneficiosos para la salud, o por el contrario se socializarán o aprenderán comportamientos perjudiciales para la salud (Sampson & Groves, 1989; Wilson, 1987). Estudios recientes en el campo de la salud, sobre todo en adolescentes, han evidenciado la relación existente entre la desorganización social de los barrios, la delincuencia, y el uso de alcohol, tabaco y otras drogas (Byrnes et al.,

2017; Wiehe, Kwan, Wilson & Fortenberry, 2013; Xue, Zimmerman & Caldwell, 2007). En la misma línea, el desorden social de los barrios también se ha relacionado con el deterioro de la salud mental, depresión y estrés (Dulin-Keita, Casazza, Fernandez, Goran & Gower, 2012; Hurd, Stoddard & Zimmerman, 2013).

A finales del siglo XX, la teoría de la desorganización social fue actualizada y se reforzó el estudio del capital social (Bursik, 1999). Cuando hablamos del estudio del capital social de los barrios nos estamos refiriendo a la fortaleza de los lazos sociales entre sus residentes (redes sociales, normas, valores) y su relación con el bienestar de las personas que residen en ellos. Así, según Bursik, los barrios con menor capital social o con un capital social deteriorado, serían más propensos a sufrir los efectos de la desorganización social debido a la ausencia de redes sociales sólidas que contribuyan a mantener el control social, la seguridad y los bienes sociales. En determinados barrios o contextos urbanos, pueden darse unas normas sociales y culturales laxas o que refuercen comportamientos que resultan perjudiciales para la salud, como el consumo de alcohol y otras drogas, que pueden dar lugar a la concentración de estos en espacios urbanos concretos (Ahern et al., 2008).

### **3.3. *El estudio de los factores sociales y la salud en el entorno urbano***

Una vez han sido presentados los antecedentes del presente trabajo de investigación a través de los anteriores epígrafes, podemos resumir lo que ya sabemos acerca de la investigación en salud de los barrios en los siguientes factores urbanos relacionados con la salud:

- La existencia de desigualdades sociales entre los barrios se debe, en parte, a las diferencias existentes entre los distintos NSE, y a la segregación residencial y étnica.

- Existen una serie de características que son claves para el estudio de las desigualdades sociales y en salud en los barrios: niveles de pobreza, segregación étnica y residencial, condiciones de vivienda, tipo de hogar, condiciones laborales, etc.
- La concentración de factores sociales negativos en determinados barrios no se produce de forma aislada ya que afecta también a otras dimensiones como la salud.
- El estudio del entorno físico y social de los enclaves urbanos es clave a la hora de entender las diferencias en los comportamientos perjudiciales para la salud.

En los próximos epígrafes se introducirán las dimensiones que se van a estudiar en el presente trabajo de investigación: el consumo de alcohol y el consumo de tabaco. Ambas dimensiones se han contextualizado tanto con estudios internacionales como con estudios a nivel nacional.

#### **4. PRESENTACIÓN DE LAS DIMENSIONES OBJETO DE ESTUDIO.**

##### **4.1. *Consumo de Tabaco.***

La primera de las dimensiones que se analiza en esta investigación es el consumo de tabaco. El consumo de dicha sustancia ha sido considerado como el comportamiento de riesgo que más contribuye al deterioro de la salud en España (Soriano et al., 2018). Es necesario mencionar, con relación a esta dimensión, la entrada en vigor de dos grandes medidas sanitarias frente el tabaquismo en nuestro país que funcionarán como eje en el análisis del consumo de tabaco en este trabajo. Si bien, se pondrá mayor énfasis en la

ley que entró en vigor en el año 2011, por ser la más reciente. De ambas leyes, que entraron en vigor en 2006 y 2011 respectivamente, nos centraremos en analizar el establecimiento de zonas libres de humo, aunque en las siguientes líneas también se comentarán el resto de las medidas que acompañaron al establecimiento de dichas zonas. Se ha decidido centrar el análisis en las zonas libres de humo, debido a que el establecimiento de dichas zonas se considera como una de las políticas más efectivas para hacer frente al tabaquismo. Dichas políticas tienen en cuenta la contribución de las zonas libres de humo a la reducción en la mortalidad relacionada con el tabaco y a la disminución de la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) (Frazer et al., 2016). De hecho, la implantación de zonas libres de humo es considerada como la segunda medida de control del tabaquismo con mayor efecto, solo después de la regulación del precio del tabaco (Neuberger, 2019).

En años recientes, se han desarrollado investigaciones donde se ha puesto de manifiesto el efecto desigual que las medidas de control del tabaquismo tienen sobre la población perteneciente a distintos niveles socioeconómicos (Hill, Amos, Clifford & Platt, 2014; Hiscock, Bauld, Amos, Fidler, & Munafò, 2012). Con respecto a las políticas de control de tabaquismo que establecen espacios libres de humo, existen investigaciones que muestran como estas zonas pueden conllevar a la exclusión de fumadores pertenecientes a grupos socioeconómicos de nivel bajo (Thompson et al., 2007), y que dichas personas pueden además mostrar resistencia al establecimiento de zonas libres de humo (Poland, 2000). En los últimos años, diversos autores (Frohlich, Poland, Mykhalovskiy, Alexander & Maule, 2010) han sugerido la necesidad de centrar las investigaciones de los efectos de las medidas de control sobre el tabaquismo en el llamado contexto social del tabaco (Poland et al., 2006). Sin quitar importancia a la dimensión fisiológica que influye en la adicción a la nicotina, Poland et al., (2006), subrayan la importancia que

las relaciones y las estructuras sociales tienen en el consumo de tabaco. Dentro de las relaciones sociales, se estudia la influencia que factores como la clase social, la etnia, el género, y los comportamientos individuales y colectivos, tienen sobre el consumo de tabaco. Además, se estudia como las estructuras sociales, tales como los sistemas económicos, culturales, de clase y de género influyen en el consumo de tabaco a nivel colectivo. De hecho, uno de los aspectos básicos que se subraya en las investigaciones acerca del contexto social del tabaco es entender dicho comportamiento como una parte de un estilo de vida colectivo (Frohlich, Potvin, Chabot & Corin, 2002; Hargreaves et al., 2010). Es decir, el consumo de tabaco se entiende como una práctica social común a distintos grupos sociales que, además, se integra en las rutinas y comportamientos sociales de las personas (Cockerham, Rütten & Abel, 1997; Williams, 1995).

#### ***4.1.1. Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo.***

La primera Ley en la que centramos nuestro análisis es la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (Ley 28/2005), que entró en vigor el 1 de enero del año 2006. España fue el séptimo país europeo en implementar una legislación que controlase y previniese el consumo de tabaco después de otros países como Finlandia, Irlanda, Noruega, Malta, Italia y Suiza (Fernández et al., 2008). En el análisis del consumo de tabaco, realizado en este trabajo, nos hemos centrado fundamentalmente en analizar las percepciones de la regulación de los espacios libres de humo, así como la exposición al HAT. La Ley 28/2005 tenía como objetivo principal proteger a los no fumadores del HAT. Para ello se prohibió el consumo de tabaco en todos los lugares públicos y centros de trabajo (excepto aquellos situados al aire libre). En el sector de la

hostelería y restauración se establecieron excepciones para las superficies de 100 m<sup>2</sup> o más, donde se podían habilitar zonas para fumadores. Por otro lado, si el local tenía una superficie menor a 100 m<sup>2</sup> la decisión de prohibir fumar en el interior recaía en el propietario del negocio. La Ley 28/2005 también contenía otras regulaciones como la eliminación de la publicidad directa e indirecta, la reducción de los puntos de venta, el aumento de los impuestos sobre el tabaco y un mayor empleo de recursos para la prevención del tabaquismo (sobre todo tratamientos y campañas informativas). También se establecieron inspecciones para detectar infracciones de la Ley, con sus pertinentes sanciones para aquellos establecimientos que no la respetasen. Sin embargo, pese a la introducción de estas reformas, en el ámbito internacional se conoció a la ley 28/2005 como “prohibición parcial de fumar” o “modelo español” para su importación a otros países. De hecho, este modelo de prohibición parcial de fumar fue criticado por su semejanza con los programas de acomodación de fumadores propuestos por la empresa tabacalera *Phillip Morris International* (Schneider, Sebríe y Fernández, 2011).

Evaluar el efecto de esta ley no fue una tarea sencilla. Se han publicado investigaciones donde se presentan resultados que muestran una reducción en la prevalencia de exposición al HAT tras el establecimiento de la ley 28/2005 (Galán et al., 2007; Jiménez-Ruíz et al., 2008; Lushchenkova et al., 2008; Nebot et al., 2009). Los trabajos de Galán et al., (2007) y Jiménez-Ruíz et al., (2008) encontraron que las mayores reducciones se habían producido en los lugares de trabajo, mientras que en los hogares y en las actividades de tiempo libre no se encontraron cambios reseñables. Sin embargo, pese a la disminución en la exposición al HAT en los lugares del trabajo, la proporción de no fumadores expuestos al HAT seguía siendo alta. Lushchenkova et al., (2008) estimaron que más de la mitad de la población no fumadora de nuestro país seguía expuesta al HAT tras la aplicación de la Ley 28/2005. Por otro lado, otras

investigaciones, que realizaron mediciones de marcadores objetivos del tabaco tales como la nicotina en fase vapor en el ambiente (Nebot et al., 2009) y los niveles de cotinina en saliva (Fernández et al., 2009), también reportaron un descenso de la exposición en lugares de trabajo y en los locales de hostelería donde se había prohibió fumar. Sin embargo, en los locales donde no se prohibió fumar, y se establecieron áreas para fumadores, no se detectó una disminución significativa en la exposición al HAT. Además, la investigación llevada a cabo por Muggli et al., (2009), llegó a la conclusión de que la Ley 28/2005 no se adecuaba a los estándares propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) puesto en marcha en 2003, y al que España se sumó en el año 2005 (mismo año en el que fue aprobada la Ley 28/2005), por estar influenciada por la industria tabacalera y permitir fumar en espacios separados de los no fumadores.

#### ***4.1.2. Enmienda de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo.***

##### ***Entrada en vigor de la Ley 42/2010.***

La segunda Ley que se ha tenido en cuenta para analizar la dimensión del consumo de tabaco es la Ley 42/2010. Esta Ley entró en vigor el 1 de enero de 2011, y tenía como objetivo enmendar la anterior legislación que había entrado en vigor en el año 2006. Con la nueva ley, la prohibición de fumar era completa, para así estar en conjunción con lo propuesto por la OMS en el marco de la CMCT de 2003. Esta actualización de la ley buscaba aumentar la protección de los fumadores pasivos que, con la anterior legislación, habían quedado desprotegidos. En esta modificación de la Ley 28/2005, se

amplió la prohibición de fumar para todos los espacios públicos cerrados y todos los locales de restauración y hostelería sin excepción. En el caso de la hostelería, solo se permitiría fumar en espacios al aire libre o rodeados como máximo de dos paredes (quedando anulada la anterior medida de delimitación de espacios de fumadores y no fumadores). Esto supuso un gran cambio para la sociedad española, donde el consumo de tabaco en locales de hostelería y restauración estaba muy enraizado (Fernández et al., 2017). Además, fue la primera legislación en Europa que prohibió fumar en espacios públicos al aire libre tales como parques infantiles, colegios y recintos hospitalarios (Fernández & Nebot, 2011). Otras medidas que se implementaron con esta ley fueron: control por parte del gobierno del etiquetado y los productos adictivos que contienen los cigarrillos, restricciones en la ubicación de las máquinas de venta de tabaco, puesta en marcha de programas de deshabituación tabáquica, entrada en vigor de la señalización de los lugares donde está prohibido fumar, y establecimiento de una nueva batería de sanciones para el incumplimiento de cualquiera de las modificaciones anteriormente mencionadas. En los años sucesivos a la entrada en vigor de la Ley 42/2010, se han publicado investigaciones donde se mostraba la reducción de la prevalencia a la exposición al HAT en población no fumadora (Fernández et al., 2017), así como la buena acogida de las nuevas medidas (más restrictivas) entre la población (Catalina et al., 2012). Además, según los resultados obtenidos por Fernández et al., (2017), la reducción en la exposición al HAT se ha producido en actividades de tiempo libre (incluyendo en negocios de hostelería y restauración), y en lugares no regulados por la Ley 42/2010 como paradas de transporte público y en domicilios. También se han publicado estudios que ponían de manifiesto la relación entre la entrada en vigor de la Ley, más restrictiva que la legislación anterior, con la disminución de enfermedades cardiovasculares (Fernández, Dalmau & Galve, 2014, Galán et al., 2018).

Sin embargo, diversas investigaciones han encontrado que los fumadores han sido desplazados a zonas exteriores debido al establecimiento de los espacios libres de humo, poniendo así en riesgo de exposición al HAT a los no fumadores en dichas zonas exteriores no reguladas por la actual legislación (González-Salgado, Rivera-Navarro, Sureda & Franco 2020; Sureda et al., 2015). Además, el establecimiento de espacios libres de humo puede dar lugar a la estigmatización de los fumadores, lo que, en el caso de los fumadores pertenecientes a grupos socioeconómicamente desventajados, podría resultar en una doble estigmatización, por fumadores y pobres (Bell, McCullough, Salmon & Bell, 2010). Sin embargo, otros estudios también han encontrado signos de estigmatización en fumadores de barrios de NSE alto por el hecho de fumar (González-Salgado et al., 2020; Stuber, Galea & Link, 2008a; Stuber, Meyer & Link, 2008b), aunque, obviamente, dicho colectivo no está expuesto a la doble estigmatización, antes mencionada.

#### **4.2. Consumo de alcohol.**

La segunda dimensión que se analiza en el presente trabajo es el consumo de alcohol. Para ello se han tenido en cuenta dos ejes de análisis: la influencia de los factores económicos, sociales y culturales en el consumo; y el deterioro urbano, en los barrios, como consecuencia del consumo del alcohol. Como ya se ha mencionado anteriormente, junto al tabaco, el alcohol es uno de los factores de riesgo que más perjudica la salud en España (Soriano et al., 2018). El uso nocivo del alcohol ha sido definido por la OMS (2011) como aquel que tiene consecuencias en materia social y de salud tanto para el bebedor, como para las personas de su entorno cercano y para la sociedad en general. Sin embargo, de forma sistemática, desde las administraciones se ha prestado mayor atención a las consecuencias para la salud que a las consecuencias sociales derivadas del

uso nocivo del alcohol (OMS, 2019). De forma reciente, diversas investigaciones han demostrado la ubicuidad del alcohol en los enclaves urbanos en forma de publicidad, productos y signos de consumo que pueden llegar a influir tanto en los comportamientos de la población expuesta, como en la normalización del consumo de dicha sustancia (Sureda et al., 2017; Villalbí et al., 2019).

Aunque el alcohol crea una menor dependencia que el tabaco, sus consecuencias negativas para la salud también pueden afectar a personas que no realizan un consumo excesivo (Room, Babor & Rehm, 2005). En nuestro país, se ha intentado legislar sobre el consumo y la venta de alcohol de la misma manera que se ha hecho con el tabaco. No obstante, no ha habido ninguna ley de ámbito nacional en España para frenar el consumo de alcohol que sea similar a las medidas sanitarias para hacer frente al tabaquismo aprobadas en 2005 y 2010, respectivamente (Villalbí, Granero & Brugal, 2008). Así, en el año 2006 hubo un intento de regulación del consumo de alcohol que pretendía hacer frente, sobre todo, al consumo de alcohol entre la población menor de edad (Ministerio de Sanidad, 2006). Sin embargo, debido a la presión de la industria del alcohol y de ciertos sectores influyentes (políticos, empresarios y publicitarios) relacionados con este sector, dicha regulación no llegó a aprobarse y quedó en manos de las administraciones de las comunidades autónomas (Rodríguez-Martos, 2007; Villalbí, et al., 2008). En este caso, en la ciudad de Madrid, donde se ha desarrollado esta investigación, en el año 2002 se prohibió el consumo de alcohol en la vía pública mediante la ley 5/2002 del 27 de junio sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos (conocida popularmente como la “ley anti-botellón”). Las quejas vecinales y la cruzada contra el impacto socio ambiental, producido por el consumo de alcohol en el contexto del botellón, fueron las razones que llevaron a la aprobación de dicha medida (Díaz et al., 2009). Sin embargo, según los resultados que arrojaba la Encuesta sobre

uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (Ministerio de Sanidad, 2019), es un fenómeno que no ha desaparecido de nuestra sociedad. De hecho, según dicha encuesta, un 33.6% de los jóvenes españoles entre 14-18 años ha consumido alcohol en espacios públicos en los 30 días previos a la entrevista.

En el proyecto de ley de ámbito nacional del año 2006, mencionada anteriormente, se pensaba regular por un lado la venta (prohibiendo la venta ambulante, creando una licencia para la venta de alcohol en tiendas, limitando las franjas horarias de venta y limitando la edad); y, por otro lado, también se tuvo en cuenta la limitación de la publicidad en horario infantil en medios de comunicaciones de masas (desde las 6 de la mañana hasta las 22 horas de la noche). Así, la regulación de estos dos aspectos es considerada de gran importancia en el contexto internacional a la hora de establecer políticas públicas encaminadas a reducir el daño causado por el consumo de alcohol (Brand, Saisana, Rin, Pennoni & Lowenfels, 2007).

De hecho, la prohibición de la venta y consumo de alcohol a menores de 18 años en la Comunidad de Madrid fue aprobada en el año 2000 (Moción 1/2000). Sin embargo, la última comunidad autónoma que estableció la edad legal de 18 años para la compra y consumo de alcohol fue Asturias, en el año 2015. Por otro lado, la Ley 5/2002, que ha sido mencionada anteriormente, también estableció restricciones en los horarios de venta de alcohol en tiendas. Es por ello por lo que, en la Comunidad de Madrid, la venta de alcohol en negocios donde no pueda consumirse *in situ* está prohibida a partir de las 10 PM.

Otra regulación de gran importancia, por su influencia en el consumo de alcohol, es la carga impositiva del alcohol, al igual que ocurre con el tabaco. En el caso de nuestro país, la carga impositiva de las bebidas alcohólicas se encuentra entre las más bajas del entorno europeo (Blecher, Liber, Van Walbeek & Rossouw, 2018). De hecho, en

España, al igual que en otros países donde tradicionalmente se ha producido vino, dicha bebida no tiene carga impositiva en el impuesto de sobre bebidas alcohólicas (Villalbí, Bosque-Prous, Gili-Miner, Espelt & Brugal, 2014).

#### ***4.2.1. Patrones de consumo de alcohol.***

De forma tradicional, los patrones de consumo de alcohol han propiciado la clasificación de los países y de las sociedades dentro de dos marcos culturales donde se integran las distintas regiones del mundo occidental: culturas secas (*dry cultures*) y culturas húmedas (*wet cultures*) (Mäkelä, et al., 2006). Mientras que, el patrón de consumo de alcohol “controlado” es característico de los países con culturas húmedas, como España, el consumo de alcohol centrado en la intoxicación es propio de los países con culturas secas como Inglaterra (ibid.). España y otros países mediterráneos de Europa, como Francia e Italia, son clasificados dentro de los países con cultura húmeda de consumo de alcohol (Room & Mäkelä, 2000). Por otro lado, los países escandinavos, Reino Unido, Canadá y Estados Unidos se clasificarían dentro de la cultura seca de consumo de alcohol (Galán, González & Valencia-Martín, 2014). El patrón de consumo de alcohol en los países clasificados dentro de las culturas húmedas, donde se incluye España, está definido por las siguientes características: 1) consumo de alcohol integrado en la vida cotidiana; 2) consumo de alcohol de forma regular, especialmente en las comidas, donde la bebida más consumida es el vino; 3) bebidas alcohólicas fácilmente accesibles; y 4) un número escaso de personas abstemias (ibid.). Sin embargo, según diversas investigaciones realizadas en distintos países europeos (Bloomfield, Stockwell, Gmel & Rehn, 2003; Gordon, Heim & MacAskill, 2012), en los últimos años los límites entre las culturas secas y húmedas de consumo de alcohol han resultado ser cada vez

más difusos, pudiendo incluso coexistir en un mismo lugar y dentro de un mismo periodo de tiempo (Mäkelä et al., 2006). La convergencia de los patrones de consumo de alcohol en Europa occidental se ha asociado con factores como la globalización del mercado de alcohol, la homogenización de los estilos de vida, la creciente urbanización, y la legislación y regulación europea en materia de alcohol (Gordon, Heim & MacAskill, 2012).

La convergencia entre los patrones de consumo de alcohol ha tenido como resultado que, en España, en años recientes, hayan surgido nuevos patrones de consumo tales como el consumo intensivo de alcohol en una sola ocasión (*binge drinking*) y el consumo de alcohol en espacios públicos (Soler-Vila et al., 2014; Valencia-Martin, Galán & Rodriguez-Artalejo, 2007). El consumo de alcohol en espacios públicos (parques y plazas), ha sido denominado botellón cuando el alcohol es consumido por personas jóvenes de forma intensiva (*binge drinking*), con el objetivo de socializar con sus iguales durante los fines de semana (Pedrero-García, 2018). Dicho fenómeno, se ha asociado en ocasiones a la cultura mediterránea de consumo de alcohol por el hecho de vivir la fiesta en la calle (Calafat et al., 2005). El estudio de los patrones de consumo de alcohol emergentes como los mencionados anteriormente se basan sobre todo en la regularidad del consumo y en el grado de embriaguez (Room & Mäkelä, 2000). Al ser comparado con el patrón de consumo de alcohol en otros países, el de España no ha sido considerado peligroso (Rehm et al., 2004). Sin embargo, en los últimos años se ha demostrado que la proporción de personas adultas que consumen alcohol de forma excesiva en una sola ocasión es elevada (Soler-Vila et al., 2014) y que las intoxicaciones etílicas agudas entre población joven son una tendencia frecuente entre la población joven (15-34 años) (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones,

2019), lo que puede dar lugar en el futuro a consecuencias negativas para la salud de la población (Rehm, Rehm, Shield, Gmel & Guald, 2013).

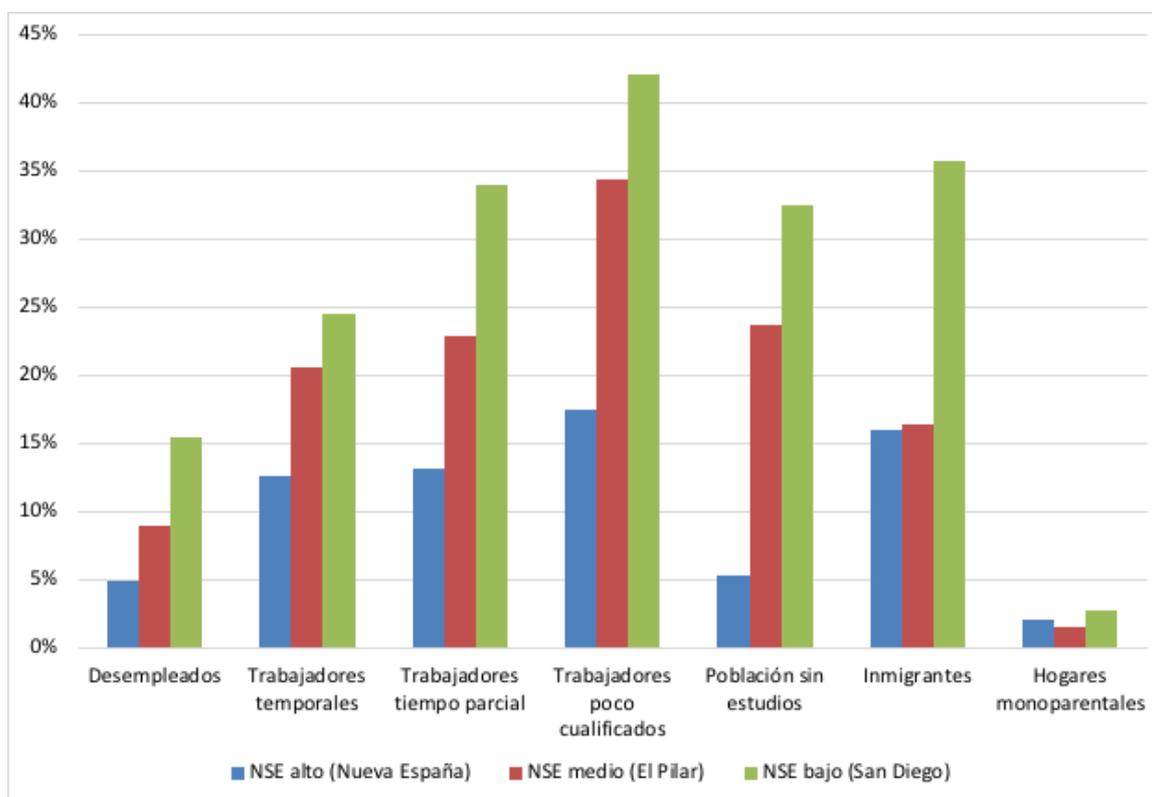
## **5. METODOLOGÍA.**

El proyecto en el que se inserta esta investigación se diseñó como un estudio de caso similar a un estudio de caso tipo 2 con múltiples unidades de análisis (Yin, 2014) que, en este caso, serían los distintos barrios estudiados. En el análisis de los resultados se habla constantemente de percepciones por ser el lenguaje que se utiliza normalmente en este tipo de estudios cuando se utiliza un abordaje cualitativo (Ames et al., 2017; Gilbert & Kerridge, 2019; Hewitt-Taylor, 2002). La razón de otorgar tanta importancia a las percepciones radica en que en los estudios de caso se busca hacer una interpretación lo más cercana posible a la realidad que experimentan los/as participantes. Los tres capítulos que conforman este trabajo comparten la metodología basada en un abordaje cualitativo, utilizando distintas técnicas de codificación que han sido tomadas de varias vertientes de la TF: la TF Constructivista (TFC) de Charmaz (2006), y la TF de Corbin y Strauss (2015). Los datos analizados para la elaboración de los resultados provienen de 37 entrevistas semiestructuradas (ES) y 29 grupos de discusión (GD). Las ES y los GD anteriormente mencionados fueron realizados por los/las componentes del proyecto, en el que se inserta este trabajo y, al igual que la selección de los barrios y de los participantes, serán desarrollados en los subsiguientes epígrafes de este apartado.

### **5.1. Selección de los barrios.**

El proceso de selección de los barrios (Rivera-Navarro et al., 2019) se llevó a cabo elaborando un índice a partir de la estandarización (mediante *z-score*) y la adición lineal no ponderada de los indicadores mostrados en la Ilustración 2. La estandarización de los *z-scores* fue calculada restando a cada indicador su media y dividiendo el resultado por la desviación estándar. Mediante cada estandarización, se obtuvo un indicador con una media igual a 0 y una varianza igual a 1. Posteriormente, se estratificaron los barrios de Madrid en tertiles: en el primer tercil se clasificaron los barrios con un NSE alto, en el segundo tercil los barrios con un NSE medio, y en el tercer tercil los barrios con un NSE bajo. Los porcentajes correspondientes a los distintos indicadores que fueron obtenidos de la página web del ayuntamiento de Madrid pueden verse representados en la Ilustración 2.

*Ilustración 2. Resultado de los indicadores sociodemográficos considerados para la selección de los barrios para el estudio Entorno urbano y salud: abordaje cualitativo en el proyecto HHH.*



Nota: Elaboración propia con datos del ayuntamiento de Madrid (Ayuntamiento de Madrid, 2014).

Dichos datos corresponden al año 2014 y están asociados con los siguientes indicadores, que se muestran en la ilustración 2: 1) población en situación de desempleo con edades comprendidas entre los 16 y 64 años; 2) trabajadores con contratos temporales; 3) trabajadores con contratos a tiempo parcial; 4) trabajadores poco cualificados; 5) población mayor de 25 años analfabeta y sin formación académica; 6) población extranjera y 7) hogares monoparentales con uno o más hijos. Tras analizar los resultados de la operacionalización de dichos indicadores sociodemográficos, se seleccionaron 3 barrios de entre los 128 que en 2014 conformaban el municipio de Madrid y que mejor representaban los tres niveles socioeconómicos y que serán descritos a continuación.

- NSE bajo: barrio de San Diego, perteneciente al distrito de puente de Vallecas y con una gran identidad de barrio asociada al movimiento obrero y la ideología de izquierdas. Es un barrio pequeño en cuanto a superficie, pero con una densidad poblacional alta (39.323 residentes en el año 2014). Además, cuenta con gran porcentaje de población inmigrante y de etnia gitana. Este barrio también cuenta con un porcentaje alto de población en situación de desempleo, así como un porcentaje alto de trabajadores con contrato parcial, temporal y poco cualificados. Según los resultados de los indicadores seleccionados, en 2014, fue el segundo barrio más pobre de Madrid por detrás de San Cristóbal, que no fue seleccionado por haber sido elegido anteriormente por el HHH para realizar un proyecto de investigación, utilizando la técnica de acción participación del *photovoice* (Gullón et al., 2019).
- NSE medio: barrio de El Pilar, pertenece al distrito de Fuencarral-El Pardo, refleja a la perfección el paradigma de los barrios de NSE medio en Madrid debido a la salida del barrio de los residentes de segunda generación y el envejecimiento del barrio debido al menor flujo de inmigrantes (Conde et al., 2018). En este barrio se comenzó construyendo viviendas para la clase trabajadora y, a través de las mejoras urbanas, se fue haciendo atractivo para las personas de clase media (Leal, 2002). Aunque el barrio fue calificado en el pasado como de clases sociales “populares” (Castells, 1981), dentro del propio barrio existían divisiones según clases sociales (Leal, 2002), lo que aporta ese punto de heterogeneidad propio de la clase media. La llegada de la crisis económica, en el año 2008, y el empobrecimiento de la población, en muchos casos, ha podido alterar la anterior organización del barrio, amplificando, aún

más, la división entre las clases sociales que conviven dentro del mismo. La composición poblacional del barrio ha hecho que consideremos su población como heterogénea. Por un lado, existe una zona del barrio donde residen inmigrantes y trabajadores poco cualificados, mientras que, por otro lado, existe una zona donde residen trabajadores cualificados y un menor número de inmigrantes.

- NSE alto: barrio de Nueva España, perteneciente al distrito de Chamartín, con unos de los mejores resultados en cuanto a los indicadores sociodemográficos considerados para la selección de los barrios. El perfil de los habitantes de este barrio es homogéneo, estando sobre todo formado por trabajadores cualificados y personas de gran poder adquisitivo. El número de inmigrantes del barrio correspondería, en gran medida, a aquellos inmigrantes que se dedican al cuidado de las personas mayores y empleados del hogar en régimen interno.

## **5.2. Muestra**

Una empresa especializada en estudios sociológicos y de mercado se encargó de la selección de los/as participantes del proyecto en el que se encuadra el presente trabajo. Se realizó una estrategia de muestreo propositivo (Schreier, 2018) con el objetivo de seleccionar casos ricos en información que pudieran contribuir a conseguir dar respuesta al objetivo de estudio del proyecto cualitativo en el cual se encuadra esta investigación. Se llevaron a cabo dos estrategias de muestreo clasificadas dentro del muestreo propositivo. En primer lugar, se realizó un muestreo reputacional (Patton, 2014), mediante el cual se seleccionó y entrevistó a los informantes clave. En segundo lugar, se realizó un muestreo de máxima variación (íbid.) que nos permitió seleccionar

participantes considerando una serie de características sociodemográficas que mejor nos ayudarían a interpretar las diferencias en los comportamientos relacionados con la salud estudiados en el proyecto cualitativo. La distribución de las características sociodemográficas de los/as participantes de cada barrio puede verse en la tabla 1. Para la selección de los/as participantes en el proyecto de investigación se tuvieron en cuenta las siguientes características: sexo, edad, nivel académico, situación laboral, responsabilidad familiar con relación a hijos y/o nietos, consumo de tabaco, consumo de alcohol y participación en programas de promoción de salud. Los informantes clave no fueron preguntados acerca de sus hábitos de consumo de tabaco y alcohol ya que lo que nos interesaba de ellos era la información que podían aportar sobre el barrio debido a su puesto de trabajo y su conocimiento privilegiado sobre los barrios. Debido al abordaje cualitativo del presente trabajo de investigación, la operacionalización que se hizo del término bebedor social para la selección de participantes no se hizo siguiendo unos parámetros basados en medidas cuantitativas de consumo de alcohol. Se consideró consumo social de alcohol aquel que carecía de consecuencias negativas para la persona y su entorno (consumo de bajo riesgo según la OMS (2018)). Para ello nos basamos en las siguientes características asociadas a este tipo de consumo: no buscar el estado de embriaguez cuando se consuma alcohol, consumo acompañando a las comidas o en ocasiones especiales y consumo dentro de las orientaciones médicas y las normas culturales (González, 2011). Solo se seleccionaron participantes mayores de 40 años debido a que las personas, pertenecientes a esta franja de edad, tienen una mayor probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares. Para garantizar la diversidad de la muestra (Browne & Russell, 2003), la empresa encargada de la selección de los/as participantes utilizó dos estrategias: 1) redes informales; y 2) colocación de anuncios con información relativa al proyecto de investigación I+D en lugares estratégicos de los

barrios seleccionados (servicios sociales, servicios públicos y centros de salud) para conseguir una muestra diversa (ibid.). Todos los participantes el proyecto I+D firmaron un consentimiento informado garantizando su anonimato. Para la realización del proyecto I+D se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Universidad de Alcalá (CEI/HU/2017/18).

*Tabla 1. Características sociodemográficas de los/as participantes (en porcentajes) en el proyecto “Entorno urbano y salud: Abordaje cualitativo en el estudio Heart Healthy Hoods”.*

		Barrios		
		NSE Bajo (San Diego) (n = 102)	NSE medio (El Pilar) (n = 77)	NSE alto (Nueva España) (n = 40)
<b>Sexo</b>	Hombre	44.1 (45)	33.8 (26)	47.5 (19)
	Mujer	55.9 (57)	66.2 (51)	52.5 (21)
<b>Edad</b>	40-59	63.7 (65)	63.6 (49)	52.5 (21)
	60-79	34.3 (35)	36.4 (28)	45.0 (18)
	≥80	2.0 (2)	-	2.5 (1)
<b>Nivel académico</b>	Primaria o inferior	28.4 (29)	11.7 (9)	5.0 (2)
	Secundaria	33.3 (34)	42.9 (33)	10.0 (4)
	Estudios superiores	38.2 (39)	45.4 (35)	85.0 (34)
<b>Empleo</b>	Trabajando (tiempo completo o parcial)	63.7 (65)	59.7 (46)	67.5 (27)
	Desempleado/a	9.8 (10)	9.1 (7)	-
	Jubilado/a	22.5 (23)	28.6 (22)	27.5 (11)
	Ama de casa	3.9 (4)	2.6 (2)	5.0 (2)
<b>País de nacimiento</b>	España	68.6 (70)	79.2 (61)	100.0 (40)
	Otro	31.4 (32)	20.8 (16)	-
<b>Tipo de convivencia</b>	Viviendo solo/a	25.5 (26)	20.8 (16)	17.5 (7)
	Cohabitando	74.5 (76)	79.2 (61)	82.5 (33)
<b>Consumo de tabaco</b>	Fumador/a	32.4 (33)	24.7 (19)	17.5 (7)
	No fumador/a	45.1 (46)	53.2 (41)	45.0 (18)
	Exfumador/a	18.6 (19)	16.9 (13)	22.5 (9)
	Exfumador/a (programas de deshabituación tabáquica)	2.0 (2)	2.6 (2)	10.0 (4)
<b>Consumo de alcohol</b>	Bebedor/a social	55.9 (57)	58.4 (45)	60.0 (24)
	Abstemio/a	42.2 (43)	39.0 (30)	35.0 (14)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos auto declarados de los participantes del proyecto I+D. Las cifras entre paréntesis corresponden al número exacto de participantes con dicha característica.

### 5.3. *Técnicas de recogida de datos.*

En el proyecto I+D, al cual se adscribe este trabajo, se han utilizado dos técnicas de recogida de datos propias de investigaciones cualitativas: la ES y el GD. Para el desarrollo de ambas técnicas de recogida de datos se utilizó un guion semiestructurado en el cual se preguntaba acerca de las cuatro dimensiones estudiadas en el proyecto I+D: alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco. Los guiones pueden consultarse en los anexos del presente trabajo. La distribución de las técnicas de recogida de datos empleadas en cada barrio puede verse en la tabla 2.

*Tabla 2. Distribución de las técnicas de recogida de datos entre los barrios seleccionados para el proyecto Entorno urbano y salud: Abordaje cualitativo en el estudio Heart Healthy Hoods.*

	<b>Barrio NSE bajo (San Diego)</b>	<b>Barrio NSE medio (El Pilar)</b>	<b>Barrio NSE alto (Nueva España)</b>
<b>ES<sup>4</sup></b>	12	12	13
<b>GD</b>	14	11	4

El objetivo de emplear dos técnicas de recogida de datos (ES y GD) radica en la búsqueda de la triangulación de fuentes de datos para reforzar la validez de la investigación y del propio proceso de recogida de datos (Denzin, 1989). Tanto las ES,

---

<sup>4</sup> La cifra de entrevistas en cada barrio incluye las 2 entrevistas realizadas a los informantes clave de cada barrio

como los GD, se realizaron hasta que se llegó a la conclusión de que la recogida de nuevos datos no aportaría nada nuevo a los datos recogidos previamente. En el caso del barrio de NSE alto, es probable que se alcanzase la saturación del discurso antes que en los otros dos barrios debido a la homogeneidad de los perfiles de los residentes (mayoritariamente trabajadores cualificados y personas de alto poder adquisitivo). En general, la predisposición para participar en el proyecto fue buena, incluso con cierto interés en los resultados de la investigación. Sin embargo, nos encontramos con que en el barrio de NSE bajo hubo ciertos problemas a la hora de reclutar participantes para los GD debido a que se pensaban que iban a ser engañados (como en una estafa piramidal, con la venta de productos fraudulentos o un puesto de trabajo sin remuneración). A pesar de esto, una vez terminadas las sesiones de los GD, los participantes se mostraron interesados en el proyecto.

### ***5.3.1. Entrevistas semiestructuradas.***

Las ES han sido definidas como un tipo de entrevista donde los entrevistadores realizan una serie de preguntas principales, siempre en el mismo orden, y dando cierta libertad de respuesta a los entrevistados (McIntosh & Morse, 2012). A las respuestas de los entrevistados se las ha clasificado como respuestas abiertas sin estructurar (Bernard, Wutich & Ryan, 2010). De hecho, de las respuestas que los entrevistados dan a las preguntas principales pueden surgir otras preguntas que pueden o no estar preparadas con anterioridad y que sirven para ampliar el conocimiento sobre una determinada dimensión (Morse, 2012). Las ES se utilizan cuando los investigadores saben lo suficiente acerca del tema que están investigando como para saber lo que está o no relacionado con el objetivo de la investigación, pero no se conoce lo suficiente como

para anticipar las respuestas de los entrevistados (ibid.). El uso de la entrevista semiestructurada como instrumento metodológico para la recogida de datos estuvo motivado por la posibilidad de generar un discurso individual que complementase las dimensiones donde el GD no podía llegar por las restricciones del discurso (Marbry, 2008).

Entre los años 2016 y 2018, los/las investigadores/as del proyecto I+D llevamos a cabo 37 ES de aproximadamente una hora de duración en los tres barrios estudiados. En los barrios de NSE bajo y medio se llevaron a cabo doce entrevistas, y en el barrio de NSE alto, trece. Los perfiles de los participantes entrevistados pueden verse en la tabla 3. Los números de cada ES se han asignado en función de la fecha en la que fueron realizadas, siendo la ES1 la primera que se realizó en cada barrio.

*Tabla 3. Perfiles de las entrevistas realizadas en el proyecto de investigación Entorno urbano y salud: Abordaje cualitativo en el estudio Heart Healthy Hoods.*

Barrio	Perfiles	Edad
Barrio de NSE Bajo (San Diego)	Informante clave 1: director de colegio	40-59
	Informante clave 2: director de centro de salud	40-59
	ES1: mujer jubilada, casada y ama de casa	60-79
	ES2: hombre jubilado	60-79
	ES3: hombre jubilado	40-59
	ES4: hombre, latinoamericano	40-59
	ES5: mujer, latinoamericana	40-59
	ES6: mujer jubilada con responsabilidades familiares	60-79
	ES7: mujer jubilada, ha participado en programas de promoción de la salud	60-79
	ES8: hombre jubilado sin responsabilidades familiares	60-79
Barrio de NSE Medio (El Pilar)	ES9: hombre latinoamericano con responsabilidades familiares	40-59
	ES10: mujer latinoamericana con responsabilidades familiares	40-59
	Informante clave 1: director de colegio	40-59
	Informante clave 2: director de centro de salud	40-59
	ES1: mujer jubilada, casada y con responsabilidades familiares	60-79
	ES2: mujer con estudios superiores	40-59
	ES3: hombre jubilado	60-79
ES4: hombre con educación secundaria y responsabilidades familiares	40-59	
ES5: mujer con estudios secundarios	40-59	

	ES6: mujer con estudios secundarios	40-59
	ES7: mujer casada y ama de casa	60-79
	ES8: mujer jubilada, ha participado en programas de promoción de la salud	60-79
	ES9: hombre jubilado, ha participado en programas de promoción de la salud y tiene responsabilidades familiares	60-79
	ES10: hombre con estudios superiores	40-59
	Informante clave 1: director de colegio	60-79
	Informante clave 2: director de centro de salud	40-59
	ES1: hombre jubilado	60-79
	ES2: hombre jubilado	60-79
	ES3: mujer con estudios superiores	40-59
Barrio de NSE Alto (Nueva España)	ES4: mujer con estudios superiores	40-59
	ES5: mujer con estudios secundarios y sin responsabilidades familiares	40-59
	ES6: mujer casada y ama de casa	60-79
	ES7: mujer con estudios superiores y con responsabilidades familiares	40-59
	ES8: mujer con estudios secundarios y con responsabilidades familiares	40-59
	ES9: hombre con estudios superiores y sin responsabilidades familiares	40-59
	ES10: hombre con estudios superiores y con responsabilidades familiares	40-59
	ES11: hombre con estudios superiores	40-59

La localización de las entrevistas varió entre los tres barrios estudiados: desde un centro cultural y una iglesia en el barrio de NSE bajo, a cafeterías tranquilas en los barrios de NSE medio y alto. Dentro de estas 37 ES se realizaron 2 entrevistas a informantes clave en cada barrio (en total 6 ES de las 37). Dichas ES fueron realizadas en los centros de trabajo de los informantes clave. Los informantes clave seleccionados para ser entrevistados ocupaban puestos laborales como directores de escuela y directores de centros de salud comunitaria<sup>5</sup>, y fueron entrevistados por su amplio conocimiento sobre el barrio (Taylor & Blake, 2015) y sobre las dimensiones que se estudiaban en el proyecto I+D. El guion de las ES, que se adjunta en la sección de anexos, fue diseñado por los investigadores del proyecto I+D. Dicho guion se dividió en cuatro partes

<sup>5</sup> Los centros de salud comunitaria en Madrid prestan atención sanitaria diagnóstica y terapéutica y, además, se centran en promover la salud comunitaria y la equidad en salud, a través de programas que se enfocan en la alimentación, la actividad física y la salud sexual y reproductiva. En definitiva, son centros que trabajan la promoción de la salud.

correspondientes a las cuatro dimensiones estudiadas en el proyecto: alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco. Todas las entrevistas comenzaban preguntando acerca de la percepción individual del entorno físico y social del barrio y su relación con la salud como temas introductorios.

### 5.3.2. *Grupos de discusión.*

La terminología utilizada para denominar a las técnicas de recogida de datos grupales en investigación cualitativa, tales como el GD, han cambiado con el paso de los años. La primera denominación en el mundo anglosajón fue *group interviews* (entrevista grupal en castellano), o *group discussions* (grupo de discusión en castellano) (Finch & Lewis, 2003). Más tarde se empezaría a utilizar el término anglosajón *focus group* (Merton, Fiske & Kendall, 1956) (denominado grupo focal en castellano). Sin embargo, el *focus group* fue utilizado, sobre todo, en investigaciones de mercado, y no fue hasta las dos últimas décadas del siglo XX cuando su uso se extendió a la investigación en ciencias sociales (Finch & Lewis, 2003). En la literatura anglosajona, se vienen utilizando de forma indistinta los términos *focus group* y *group discussion* para designar la misma técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas, siendo *focus group* la denominación más extendida (ibid.). Sin embargo, en la producción científica hispana se distingue entre el grupo focal (*focus group*) y el GD (Gutiérrez, 2011). Así, el grupo focal se consideraría como una técnica de recogida de datos con una mayor estructuración y con un mayor peso de las intervenciones del moderador/a (Finch & Lewis, 2003). En el proyecto I+D, en el cual se encuadra este trabajo, se ha empleado el GD siguiendo la definición dada en la tradición científica hispana por Gutiérrez (2011),

donde los datos se obtienen de las interpretaciones colectivas que los/as participantes hacen sobre las dimensiones y los procesos sociales.

En la segunda etapa de la recogida de datos, entre 2018 y 2019, los/as investigadores/as del proyecto I+D realizamos 29 GD en los tres barrios estudiados. Se realizaron 14 GDs en el barrio de NSE bajo, 11 GDs en el barrio de NSE medio y 4 en el barrio de NSE alto. Los perfiles de los participantes en los GDs pueden verse en la tabla 4. El número de cada GD se ha establecido en función de la fecha en la que fue realizado cada uno. Así, el GD1 sería el que se realizó en primer lugar. La duración aproximada de los GDs fue de 90 minutos, siendo el mínimo de participantes para considerar válido el GD de 5 personas y el máximo de 10. El guion de los GD (puede consultarse en los anexos) se dividió, al igual que el guion de las ES, en cuatro partes correspondientes a las cuatro dimensiones estudiadas en el proyecto y que fueron mencionadas anteriormente. Como temas introductorios y para ayudar a romper el hielo, al principio de las sesiones se hicieron preguntas generales acerca de la salud y el barrio.

Tabla 4. Perfil de los grupos de discusión realizados en el proyecto Entorno urbano y salud: Abordaje cualitativo en el estudio Heart Healthy Hoods.

Barrio	Perfil	Edad	Participantes
Barrio de NSE Bajo (San Diego)	GD1: mixto, latinoamericanos/as, trabajadores y desempleados	40-59	7
	GD2: mixto, trabajadores/as estables	40-59	6
	GD3: mixto, trabajadores/as precarios	40-59	7
	GD4: mujeres, distintos grados de responsabilidad familiar	60-79	6
	GD5: mixto, personas mayores	60-79	6
	GD6: mujeres latinoamericanas y españolas con distintos grados de responsabilidad familiar	40-59	7
	GD7: mixto, latinoamericanos/as y españoles/as, trabajadores precarios y desempleados	40-59	7
	GD8: hombres mayores	≥60	6
	GD9: mujeres latinoamericanas y españolas, distintos grados de responsabilidad familiar y distinta situación laboral	40-59	7
	GD10: mixto, latinoamericanos/as, trabajadores estables	≥40	6
	GD11: mujeres, distintos grados de responsabilidad familiar y distinta situación laboral	≥40	7
	GD12: mixto, trabajadores/as precarios/as	≥40	6
	GD13: hombres, latinoamericanos y españoles, trabajadores y desempleados	40-59	6
	GD14: hombres mayores, jubilados y trabajadores	60-79	6
Barrio de NSE Medio (El Pilar)	GD1: mixto, latinoamericanos/as y españoles/as, trabajadores/as precarios/as y desempleados/as	40-59	8
	GD2: mixto, latinoamericanos/as y españoles/as, trabajadores precarios/as y desempleados/as	40-59	6
	GD3: mujeres mayores, distintos grados de responsabilidad familiar	60-79	6
	GD4: mixto, trabajadores/as estables.	40-59	6
	GD5: hombres mayores	60-79	5
	GD6: mujeres mayores	60-79	5
	GD7: mixto, personas mayores	60-79	6
	GD8: mujeres con distinto grado de responsabilidad familiar	40-59	6
	GD9: mixto, personas con distinto grado de responsabilidad familiar	40-59	6
	GD10: mixto, latinoamericanos/as	40-59	5
	GD11: mixto, trabajadores/as estables	40-59	6
Barrio de NSE Alto (Nueva España)	GD1: mixto, trabajadores/as con empleos exigentes y con distinto grado de responsabilidad familiar	40-59	7
	GD2: mixto, trabajadores/as con empleos exigentes y con distinto grado de responsabilidad familiar	40-59	7
	GD3: mixto, personas mayores	≥60	6
	GD4: mixto, personas mayores jubiladas	60-79	7

#### **5.4. Análisis.**

Las dimensiones de alcohol y tabaco del proyecto de investigación en el que se encuadra este trabajo se analizaron siguiendo las técnicas de codificación propias de la TFC y de la TF de Corbin y Strauss. En los siguientes apartados se hará una introducción a la TF original (Strauss & Glaser, 1967). También se desarrollarán las dos corrientes provenientes de la TF original de las cuales se han empleado las técnicas de codificación para el análisis de los datos: la TFC de Charmaz y la TF de Corbin y Strauss.

##### **5.4.1. Introducción a la teoría fundamentada y justificación de su elección.**

La TF ha sido definida como una metodología sistemática e inductiva que utiliza un abordaje basado en la comparación constante de los datos para el desarrollo de la investigación, y cuyo propósito final es la construcción de teoría basada en los datos disponibles (Charmaz, 2006; Charmaz & Henwood, 2007). Desde sus inicios, la TF ha estado ligada a las investigaciones relacionadas con la salud, las enfermedades y los cuidados (Glaser & Strauss, 1965). En la actualidad, la TF es una de las metodologías de análisis cualitativo más popular y cuyo uso está más extendido en distintas disciplinas científicas (Bryant & Charmaz, 2007a). A pesar de su popularidad y el grado de extensión en su utilización, es una metodología cuyo origen es relativamente reciente. La TF fue formulada en 1965 por Glaser y Strauss, aunque sus bases teóricas se dieron a conocer formalmente en 1967 en *The Discovery of Grounded Theory*, obra publicada por los dos autores anteriormente mencionados. Con la publicación de *The Discovery of Grounded Theory*, comenzó a cuestionarse la legitimidad de la metodología cuantitativa como principal motor de la producción científica (Charmaz,

2009). En la TF se combinaron la influencia de la Escuela de Columbia a la que pertenecía Glaser (positivismo) y de la Escuela de Chicago a la cual pertenecía Strauss (pragmatismo). Se combinó, por un lado, la importancia que el positivismo otorgaba al método científico y a la observación de la realidad de forma objetiva, con las múltiples perspectivas de la misma realidad que reconocía el pragmatismo (Charmaz, 2006).

A finales del siglo XX, la TF se convirtió en la metodología dominante en las investigaciones cualitativas, algo que ha sido relacionado con la publicación de dos obras que fueron escritas por Strauss en dicha época, la primera fue publicada en 1987 en solitario, y la segunda fue publicada junto a Juliet Corbin en 1990 (Timmermans & Tavory, 2007), quien fue su discípula y ha continuado con la publicación de su obra tras la muerte del autor. En la década final del siglo XX y principios del siglo XXI, diversos autores realizaron análisis bibliométricos y llegaron a la conclusión de que la TF era el método de análisis más utilizado en investigaciones cualitativas (Coffey, Holbrook & Atkinson, 1996; Lee & Fielding, 1996; Titscher, Meyer, Wodak & Vetter, 2000). Strauss y Corbin (1994) afirmaron que la TF se había convertido en una metodología de uso general debido a su amplia utilización en distintas disciplinas y áreas de conocimiento, y a la sistematicidad en el análisis de los datos. También se ha especulado con que el éxito de la TF puede deberse a la solidez de las obras teóricas sobre las que se construyó la metodología (Titscher et al., 2000), no solo aquellas obras que sirvieron para sentar las bases de dicha metodología (Glaser y Strauss, 1965; 1967), sino también el resto de las obras posteriores que contribuyeron al desarrollo de las distintas corrientes existentes en la actualidad (Glaser, 1978; Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1990). No obstante, a partir de finales de 1980, cuando la TF comenzó a ser la metodología dominante en las investigaciones cualitativas, también se produjo la

división entre sus dos creadores, Glaser y Strauss. Esta división marcó el devenir de la TF original ya que ambos autores contribuyeron con sus distintas obras en solitario o acompañados de otros/as coautores/as a la consolidación de la metodología tal y como la conocemos en la actualidad (Bryant & Charmaz, 2007a). Aunque Strauss falleció en 1996, su influencia en la TF ha seguido vigente hasta la actualidad (Timmermans & Tavory, 2007), siendo su contribución póstuma más reciente la publicada en 2015 junto a Corbin, quien desde los años 90 del siglo pasado colaboró con Strauss en la publicación de la mayoría de los textos académicos firmados por el autor, incluso después del fallecimiento de éste. Sin embargo, Glaser (2001) también ha seguido contribuyendo a la consolidación de la TF, pero desde una óptica más conservadora que Strauss. Este autor defendía los postulados positivistas planteados en la fundación de la TF original en 1967. Además, no fue hasta la primera década del siglo XXI cuando reconoció la existencia de las distintas variantes de la TF que coexisten en la actualidad (Bryant & Charmaz, 2007a). Autores, como Denzin (2007), consideran la existencia de siete corrientes distintas dentro de la TF que se distinguen por sus planteamientos epistemológicos: positivista, post-positivista, constructivista, objetivista, postmoderna, situacional y asistida por ordenador. Sin embargo, puede decirse que actualmente se reconocen tres grandes ramificaciones o corrientes derivadas de la TF original que son las más visibles, representativas y utilizadas: la TF de Corbin y Strauss, la TF Glaseriana y la TF constructivista de Charmaz (Bryant & Charmaz, 2007a). En los siguientes apartados se profundizará y se justificará tanto la selección de la TF constructivista de Charmaz, como de la TF de Strauss y Corbin para el análisis de los resultados presentados en este trabajo.

#### ***5.4.2. La teoría fundamentada constructivista de Charmaz.***

La TFC es una revisión contemporánea de la TF original de Glaser y Strauss (1967). Actualmente, la TFC se ha convertido en una de las corrientes más reconocidas de entre todas las que han surgido de la TF original, así como también en una de las más utilizadas en ciencias sociales (Charmaz, 2009). Sus principales diferencias con la TF original son el distanciamiento de los planteamientos positivistas, y la inclusión de una perspectiva interpretativista (ibid.). La TFC se caracteriza por ser epistemológicamente relativista, entender el conocimiento como una construcción social y reconocer la importancia de la reflexión en el proceso de investigación (Charmaz, 2006). En la TFC la investigación se construye sobre elementos estructurales preexistentes y está influenciado por la perspectiva del/la investigador/a, su posición y sus interacciones (Charmaz, 2009). La TFC es una corriente que se construye sobre un enfoque de investigación inductivo, utiliza una lógica basada en el método de comparación constante, un razonamiento abductivo y otorga mucha importancia a la interacción entre el/la investigador/a y el objeto de estudio (Charmaz, 2008). En la TFC se considera la existencia de múltiples realidades que dependen del punto de vista de la persona que las percibe (Clarke, 2007). Se reconoce a Charmaz (2000; 2007; 2008; 2009), que fue discípula de Strauss y Glaser, los fundadores de la TF original, como autora fundamental de esta metodología. Al igual que ocurría con la TF original, desde sus inicios, esta metodología ha estado vinculada a las investigaciones cualitativas que estudian el estado de salud y los cuidados a personas enfermas o dependientes (Casper, 1998; Charmaz, 1990; Mabhala, 2013; Priya, 2019). La TFC se diferencia fundamentalmente de la TF original en la forma de profundizar en la realidad de los sujetos estudiados. Dicha realidad no es única ni objetiva, sino que depende de las interpretaciones que los/las participantes y el/la investigador/a hacen de ella, y puede

verse influenciada por distintos factores como las acciones, las interpretaciones y las circunstancias propias de las circunstancias que rodean la investigación (Charmaz, 2009). Uno de los objetivos básicos de las investigaciones que utilizan la TFC es interpretar las acciones e interpretaciones de las personas participantes en la investigación, así como su localización en las circunstancias contextuales correspondientes. A diferencia de la TF original, en la TFC se acepta como resultado la descripción y no necesariamente la generación de teoría (ibid.). Las razones que motivaron la elección de la TFC para el análisis de los resultados son, por un lado, la importancia que se otorga al contexto que rodea a los participantes de la investigación, y, por otro lado, la necesidad de localizar los discursos de los participantes en macroestructuras y convenciones sociales de los que los participantes puede que no sean conscientes, y que se reproducen mediante sus acciones (ibid.). No obstante, analizando los discursos de los participantes se han podido ver reflejadas convenciones sociales o ideologías tales como las relaciones de poder, que se reproducirían a través de las acciones de las personas. En la TFC el investigador adopta una posición reflexiva con respecto al objeto de estudio, lo que le permite estudiarlo desde una perspectiva cercana a su contexto cultural, político y social (Charmaz, 2006). La TFC no busca una verdad única, universal y objetiva, si no que asume la existencia de distintas realidades con sus distintas dimensiones (Charmaz, 2000). Además, lo que se toma como real y objetivo estaría influido en todo momento por la perspectiva que tienen los/las investigadores/as (Charmaz, 2000). En la TFC los análisis muestran interpretaciones donde se mezcla nuestro conocimiento, el discurso de los/las participantes y sus situaciones contextuales particulares (Charmaz, 2009). La TFC mantiene la sistematicidad característica del proceso de análisis de los datos de la TF original (Glaser & Strauss, 1967; Glaser 1978). El proceso de análisis donde se aplica la TFC será propiamente introducido y explicado

en el capítulo 1 de los resultados. En dicho capítulo, se analizará la influencia de la ley 42/2010 en las percepciones del consumo de tabaco en los tres barrios estudiados.

#### ***5.4.3. La teoría fundamentada de Strauss y Corbin.***

Como ya se ha mencionado anteriormente, una vez que Glaser y Strauss dejaron de trabajar juntos, cada uno siguió su camino para fundar su propia corriente partiendo de las bases establecidas por la TF original. Glaser continuó con los planteamientos positivistas que caracterizaron a la TF original, influenciada por Merton y Lazarsfeld (Glaser, 1978), y terminó criticando públicamente la TF desarrollada por Strauss y Corbin debido a sus grandes diferencias con la TF original (Kelle, 2019). Por otro lado, en las obras de Strauss, se notaban las influencias del constructivismo y del interaccionismo simbólico (Strauss, 1987, 1993). En 1990, se publicó la primera obra de Strauss y Corbin que puede considerarse como el origen de su propia línea de TF, y que estaba influenciada por la tradición construccionista, interpretativista y el interaccionismo simbólico. Tras la muerte de Strauss en 1996, Corbin continuó completando la corriente “Straussiana” de la TF con diversas obras (1998, 2008, 2015). En el año 1990, Strauss publicó junto a Corbin una especie de guía “paso a paso” donde se incluyeron las distintas fases de la codificación de la TF “Straussiana”, y donde se profundizaba en la nueva fase de la codificación denominada codificación axial. En dicha obra se establecieron los preceptos de su propia corriente de TF. La codificación axial puede considerarse como la contribución más notable de Strauss (1987) y de Strauss y Corbin (1990) a la TF. Dicha estrategia de codificación consistía en centrar el análisis en torno a una categoría que funcionase a modo de eje sobre el cual se construirían los códigos y categorías que, posteriormente, darían lugar a la(s)

categoría(s) principal(es). Esta técnica de codificación se apoyaba en el paradigma de la codificación, una herramienta ideada por Strauss (1987) y perfeccionada junto a Corbin (1990), que surgió como una respuesta a las familias de códigos propuestas por Glaser (1978), y que tenían como objetivo ayudar a los investigadores en el proceso de codificación cuando se disponía de una gran cantidad de datos. Sin embargo, en la obra más reciente de Corbin y Strauss (2015), se ha quitado importancia al paradigma de la codificación dentro del proceso de codificación. Los autores proponen que la utilización del paradigma de codificación puede dar como resultado un proceso analítico rígido donde se fuerce a los datos a encajar en las categorías, algo que es totalmente contrario a lo que se pretende cuando se utiliza la TF. A diferencia de la TF original, la TF de Corbin y Strauss reconoce que el conocimiento previo (e.g. teorías, conocimiento profesional) influye en el proceso de análisis de los datos (Corbin & Strauss, 2015). Al igual que ocurre en la TFC de Charmaz, Corbin y Straus (2015) también entienden el conocimiento de la realidad como una construcción social que puede estar influenciada por la posición de los investigadores a la hora de interpretar los datos. Es decir, al igual que en la TFC, la reflexividad de los/las investigadores/as también es un aspecto importante en esta corriente de análisis. Otro aspecto en el que confluyen la TFC de Charmaz y la TF de Corbin y Strauss es en aceptar resultados de una investigación que difieran de la generación de nuevas teorías (ibid.), tales como un resultado meramente descriptivo de la realidad.

En las estrategias de codificación propuestas por Strauss y Corbin (1990), puede verse la gran importancia que los autores otorgaron al papel de los actores y su agencia en la vida social localizada en contextos micro sociales. Por todo esto y lo mencionado anteriormente, se consideró la TF de Corbin y Strauss como una técnica adecuada para la realización de los análisis de los discursos contenidos en este trabajo. Además, la

selección de la TF de Strauss también puede justificarse por la flexibilidad de esta técnica en comparación con la TF original y la TF Glaseriana (Kelle, 2019). Por otro lado, la TF de Strauss y Corbin aboga por la utilización de diagramas integrativos que faciliten la comprensión del proceso de análisis (Corbin & Strauss, 2015). En dichos diagramas, se pone de manifiesto las relaciones existentes entre la(s) categoría(s) principal(es), las subcategorías y los conceptos; lo que ayuda a los/las investigadores/as en el proceso de codificación y a los/las lectores/as de los resultados.

Las fases de la codificación y el análisis aplicando la TF de Corbin y Strauss será debidamente introducido y explicado en los análisis correspondientes a la dimensión del consumo de alcohol (capítulos 2 y 3).

#### **5.5. *Devolución y validación de los resultados mediante el uso de member checking.***

Una vez finalizada la recogida de datos del proyecto de investigación en cual se encuadra este trabajo y, terminados también los análisis preliminares de las cuatro dimensiones estudiadas, se procedió a la devolución de los resultados a los/las participantes del proyecto de investigación. La devolución de los resultados de la investigación a los/las participantes se realizó por dos motivos fundamentales: 1) debido al compromiso adquirido con ellos/as durante el trabajo de campo (2016-2019) y por el interés mostrado en conocer los resultados de la investigación y sus posibles aplicaciones; y 2) como técnica de validación de los resultados cualitativos obtenidos. La devolución de los resultados para su validación mediante el uso de *member checking* es una técnica recomendada por varios investigadores cuando se realizan estudios de caso (Creswell, 2005; Mertens, 2018, Yin, 2014). Esto se debe a que en los estudios de caso que utilizan metodología cualitativa se necesitan interpretaciones lo más precisas

posibles de la realidad de los/as participantes estudiados/as (Doyle, 2007). De hecho, las sesiones de *member checking* son consideradas como una excelente técnica para evaluar las interpretaciones de los datos tales como abstracciones e interpretaciones teóricas hechas por los/as investigadores en estudios de caso (Torrance, 2012). Lo que se suele perseguir en los estudios de caso en los que se recurre al *member checking* como técnica de validación de resultados es la validez transaccional (*transactional validity por su nomenclatura original en inglés*). Este tipo de validez persigue la obtención de interpretaciones por parte de los/as investigadores/as que sean lo más fieles posibles a las experiencias de los/as participantes (Lincoln & Guba, 2000).

Aunque existe una amplia variedad de formas de llevar a cabo la validación de resultados cualitativos mediante el uso de *member checking*, las técnicas más utilizadas son las siguientes: a) envío de transcripciones y análisis a los participantes; b) entrevistas de seguimiento; y c) grupos de discusión. En el proyecto de investigación en el que se enmarca el presente trabajo de investigación se optó por realizar reuniones de *member checking* donde se expusieron resultados sintetizados del proyecto a los/as participantes en las sesiones (Birt, Scott, Cavers, Campbell & Walter, 2016). Una vez expuestos los resultados, los/as participantes contribuyeron a mejorar e incluso co-construir los resultados finales a través de la interacción con los/as investigadores/as mediante desacuerdos, reflexiones y el respaldo de los resultados. Consideramos que la forma en la que se realizaron las sesiones de *member checking* coincide con el planteamiento constructivista del presente trabajo de investigación, algo en lo que se va a profundizar en el siguiente epígrafe.

Para la realización de las sesiones de *member checking*, se contactó con todas las personas que habían participado en el proceso de recogida de datos del proyecto de investigación. Las sesiones se realizaron en el año 2019 en auditorios públicos de cada

barrio que fueron alquilados para la ocasión. Las sesiones duraron alrededor de una hora y media, y tuvieron lugar a las siete de la tarde para facilitar la asistencia de la mayor cantidad de participantes posible. Durante la primera hora se expusieron los resultados y, en la media hora restante, se permitió la libre participación de las personas que asistieron a las reuniones. El audio de las sesiones fue grabado para su posterior escucha, análisis y validación de los resultados. A las sesiones se permitió la entrada a residentes que no habían participado en la recogida de datos del proyecto de investigación, ya que al ser también residentes del barrio podrían tener un perfil similar a aquellos que sí habían participado en las distintas fases de la recogida de datos. Además, permitir participar en estas sesiones a otros/as residentes nos permitió tener en cuenta perspectivas que no estuvieran influenciadas por la propia participación en el proyecto (Green, Creswell, Shope & Clark, 2007). En las sesiones, participaron los/as investigadores/as que formaban el proyecto de investigación en el que se encuadra este trabajo. La presentación de los resultados se estructuró de la siguiente manera: introducción al proyecto de investigación, introducción a la metodología cualitativa y resultados. La exposición de los resultados se hizo de forma separada, considerando las cuatro dimensiones analizadas en el proyecto de investigación (alimentación, actividad física, tabaco y alcohol), y haciendo mayor hincapié en los resultados del barrio en el cual nos encontrásemos haciendo la sesión de devolución.

A pesar del riesgo que podría suponer que los resultados pudieran ser demasiados abstractos para los/las participantes en las sesiones de devolución, y a pesar de haber utilizado dos técnicas distintas de análisis cualitativo para el análisis de los datos (teoría fundamentada para las dimensiones de alcohol y tabaco, y teoría hermenéutica interpretativa para las dimensiones de alimentación y la actividad física), consideramos que las sesiones contribuyeron de forma positiva en la evaluación de las

interpretaciones hechas por los/as investigadores/as. De hecho, no encontramos disonancias importantes entre los resultados obtenidos en el análisis de los datos provenientes de las ES y los GD que fueron expuestos en las sesiones de validación, y las aportaciones de las personas residentes de cada barrio. En el caso de que hubieran existido disonancias, las personas investigadoras del proyecto de investigación tendríamos que haber revisado los resultados de forma crítica y discutido su posible reestructuración (Dahlgren, Emmelin & Winkvist, 2004).

## **6. POSICIONAMIENTO EPISTEMOLÓGICO Y ONTOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

Debido a la particular configuración de este trabajo, y a la particularidad de que este se encuentra integrado en un proyecto de investigación de mayor envergadura, consideramos necesario hacer una justificación de la posición epistemológica y ontológica de esta investigación. En primer lugar, la posición epistemológica de la TF tradicional se ha situado en el positivismo y en el pospositivismo debido a las influencias de la metodología cuantitativa de sus fundadores, Glaser y Strauss (Belgrave & Seide, 2019). Pese a la claridad de los planteamientos epistemológicos positivistas/pospositivistas de la TF original, la TF de Strauss y Corbin, cuyas estrategias de codificación han sido utilizadas en dos de los análisis contenidos en el presente trabajo, no está definida de forma tan clara. Así, distintos autores han clasificado esta corriente de la TF dentro de distintas corrientes de pensamiento como el pospositivismo (Charmaz, 2011), el objetivismo (Charmaz & Belgrave, 2012), el interpretativismo (Bryant & Charmaz, 2007b) y el posconstructivismo (Clarke, 2015). Las distintas clasificaciones epistemológicas de la TF de Strauss y Corbin se deben a la

influencia positivista y pospositivista de Strauss. Mientras que, con el paso del tiempo y la muerte de este, la influencia de Corbin llevó a esta corriente de la TF hacia el constructivismo y el interpretativismo. Esto ha llevado a la clasificación de esta corriente de la TF (teniendo en cuenta las modificaciones más recientes realizadas por Corbin) por parte de algunos/as autores/as fuera del positivismo y pospositivismo original. La creación de la TFC por parte de Charmaz (2006) respondía a la necesidad de una corriente de la TF que se construyera fuera del positivismo y pospositivismo imperante en las corrientes existentes de la TF. Concretamente, Charmaz, basó su corriente de la TF en una epistemología constructivista, rechazando la existencia de una visión objetiva de la realidad y el rol pasivo de los/as investigadores/as durante la investigación. Para esta autora, todo el proceso de investigación es construido, al igual que la visión que obtenemos de la realidad mediante el proceso de análisis de los datos. Siguiendo el planteamiento propuesto por Charmaz (2006; 2014) y por Corbin (Corbin & Strauss, 2015), el presente trabajo de investigación se ha construido sobre una epistemología constructivista. Esto se debe, fundamentalmente, a la elección de las dos corrientes más flexibles dentro de las corrientes existentes en la TF. Este trabajo se alinea con Charmaz en su interpretación de la TF y sus estrategias de codificación como herramientas para ayudarnos a construir, de la forma más precisa posible, la realidad de los/as participantes. Bajo este supuesto, el uso de la TF no debería significar seguir una prescripción de forma rígida. De esta forma, la perspectiva ontológica sobre la que se construye nuestra investigación también sería constructivista. Esto se debe, fundamentalmente, a la forma en la que conocemos la realidad de los/as participantes en el presente trabajo de investigación. Nuestros datos provienen de dos técnicas de recogida de datos (ES y GD), los análisis de dichos datos fueron construidos con la colaboración de los/as investigadores/as que han participado en el proyecto de

investigación en el que se encuadra este trabajo. Además, una vez hechas las interpretaciones de los datos, mediante las técnicas de codificación de las dos corrientes de la TF incluidas en nuestros análisis, se procedió a la evaluación y a la co-construcción de los resultados finales mediante la colaboración con los/as participantes en el proyecto de investigación.

## 7. REFERENCIAS

- Ahern, J., Galea, S., Hubbard, A., Midanik, L., & Syme, S. L. (2008). Culture of Drinking and Individual Problems with Alcohol Use. *American Journal of Epidemiology*, *167*(9), 1041–1049. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn022>
- Ames, H., Njang, D. M., Glenton, C., Fretheim, A., Kaufman, J., Hill, S., Oku, A., Cliff, J., Cartier, Y., Bosch-Capblanch, X., Rada, G., Muloliwa, A. M., Oyo-Ita, A., Kum, A. P., & Lewin, S. (2017). Stakeholder perceptions of communication about vaccination in two regions of Cameroon: A qualitative case study. *PLOS ONE*, *12*(8), e0183721. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183721>
- Arango, J. (2009). Después del gran boom. La inmigración en la bisagra del cambio. In E. Aja, J. Arango, & J. Oliver i Alonso (Eds.), *La inmigración en tiempos de crisis. Anuario de la inmigración en España* (pp. 52–73). CIDOB.
- Ayuntamiento de Madrid (2014). *Banco de datos: datos sociodemográficos barrios*. Retrieved from <http://www.2.munimadrid.es/CSE6/jsps/menuBancoDatos.jsp>  
Accessed 20/12/2014
- Ayuntamiento de Madrid. (2020). *Población de Madrid a 1 de enero de 2020*. Retrieved from <http://www->

[2.munimadrid.es/CSE6/control/seleccionDatos?numSerie=3010102220](https://2.munimadrid.es/CSE6/control/seleccionDatos?numSerie=3010102220)

Accessed 24/02/2021

Banco Mundial. (2021a). *Población urbana (% de la población total)*. Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS?end=2019&locations=GB-IT-DE-ES&start=1960&view=chart> Accessed 20/03/2021

Banco Mundial. (2021b). *Población en aglomerados urbanos > 1 millón (% de la población total)*. Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/EN.URB.MCTY.TL.ZS?locations=ES-DE-GB-IT> Accessed 20/03/2021

Baringo Ezquerro, D. (2013). ¿Tiene sentido hablar de barrio en la ciudad global? Reflexiones en torno a la relación entre sociología, comunidad urbana y el lugar. *Revista Española de Sociología*, 19, 49–66.

Barnett, R., Moon, G., Pearce, J., Thompson, L., & Twigg, L. (2017). *Smoking geographies. Space, place and tobacco* (1st ed.). Wiley-Blackwell.

Beauregard, R. (2011). Radical Uniqueness and the Flight from Theory. In *The City Revisited: Urban Theory from Chicago, Los Angeles, New York* (pp. 186–202). Minnesota Press.

Belgrave, L. L., & Seide, K. (2019). Coding for Grounded Theory. In A. Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Current Developments in Grounded Theory* (pp. 167–185). SAGE.

Bermejo, F. P., Rivera, J., Trincado, R. S., Olazarán, J. R., & Morales, J. M. G. (1998). *Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia*. Díaz de Santos S.A.

Bernard, R. H., Wutich, A., & Ryan, G. W. (2016). *Analyzing Qualitative Data Systematic Approaches* (R. H. Bernard, A. Wutich, & G. W. Ryan (eds.); 2nd ed.). SAGE.

- Berry, B., & Kasarda, J. (1977). *Contemporary Urban Ecology*. Macmillan.
- Bilal, U., Díez, J., Alfayate, S., Gullón, P., del Cura, I., Escobar, F., Sandín, M., & Franco, M. (2016). Population cardiovascular health and urban environments: the Heart Healthy Hoods exploratory study in Madrid, Spain. *BMC Medical Research Methodology*, *16*(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0213-4>
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member Checking: A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? *Qualitative Health Research*, *26*(13), 1802–1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>
- Blecher, E., Liber, A., Van Walbeek, C., & Rossouw, L. (2018). An international analysis of the price and affordability of beer. *PLOS ONE*, *13*(12), e0208831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208831>
- Bloomfield, K., Augustin, R., & Kraus, L. (2000). Social inequalities in alcohol use and misuse in the German general population. *Zeitschrift Fur Gesundheitswissenschaften*, *8*(3), 230–242. <https://doi.org/10.1007/BF02962613>
- Bloomfield, K., Grittner, U., Kramer, S., & Gmel, G. (2006). Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action “gender, culture and alcohol problems: a multi-national study.” *Alcohol and Alcoholism*, i26–i36. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/alcalc/agl073>
- Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G., & Rehn, N. (2003). International Comparisons of Alcohol Consumption. In *Alcohol Research and Health* (Vol. 27, Issue 1, pp. 95–109).
- Body-Gendrot, S. (2012). *Globalization, Fear and Insecurity: The Challenges for Cities North and South*. Palgrave Macmillan.

- Body-Gendrot, S. (2014). Globalization and Urban Insecurity: Comparative Perspectives. In K. Fujita (Ed.), *Cities and Crisis. New Critical Urban Theory* (pp. 271–294). SAGE.
- Booth, C. (1889). *Life and Labor of the People of London* (McMillan).
- Bourdieu, P. (1999). Efectos de lugar. In *En la miseria del mundo*. Akal.
- Brand, D. A., Saisana, M., Rynn, L. A., Pennoni, F., & Lowenfels, A. B. (2007). Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries. *PLoS Medicine*, 4(4), e151. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040151>
- Browne, J., & Russell, S. (2003). Recruiting in public places: A strategy to increase diversity in qualitative research samples. *Qualitative Research Journal*, 3(2), 75–87. <https://doi.org/10.3316/qrj0802153>
- Browning, C. R., Soller, B., Gardner, M., & Brooks-Gunn, J. (2013). “Feeling Disorder” as a Comparative and Contingent Process: Gender, Neighborhood Conditions, and Adolescent Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(3), 296–314. <https://doi.org/10.1177/0022146513498510>
- Browning, C. R., Soller, B., & Jackson, A. L. (2015). Neighborhoods and adolescent health-risk behavior: An ecological network approach. *Social Science and Medicine*, 125, 163–172. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.028>
- Bruquetas Callejo, M., & Moreno Fuentes, F. J. (2015). Precarización y vulnerabilidad de la población inmigrante en la España en crisis. El papel del estado del bienestar. *Panorama Social*, 22, 139–151.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2007a). Grounded theory research: methods and practices. In A. Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory* (pp. 1–29). SAGE Publications.

- Bryant, A., & Charmaz, K. (2007b). Grounded Theory in Historical Perspective. In A. Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory* (pp. 31–57). SAGE.
- Burgoyne, L., Coleman, R., & Perry, I. J. (2007). Walking in a city neighbourhood, paving the way. *Journal of Public Health*, 29(3), 222–229. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdm027>
- Bursik, R. J. (1999). The informal control of crime through neighborhood networks. *Sociological Focus*, 32(1), 85–97. <https://doi.org/10.1080/00380237.1999.10571125>
- Byrnes, H. F., Miller, B. A., Morrison, C. N., Wiebe, D. J., Woychik, M., & Wiehe, S. E. (2017). Association of environmental indicators with teen alcohol use and problem behavior: Teens' observations vs. objectively-measured indicators. *Health and Place*, 43, 151–157. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.12.004>
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M., Pereiro, C., & Ros, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17(3), 193. <https://doi.org/10.20882/adicciones.368>
- Camacho-Rivera, M., Kawachi, I., Bennett, G. G., & Subramanian, S. V. (2014). Associations of neighborhood concentrated poverty, neighborhood racial/ethnic composition, and indoor allergen exposures: A cross-sectional analysis of Los Angeles households, 2006-2008. *Journal of Urban Health*, 91(4), 661–676. <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9872-9>
- Casino, G., & Fernández, E. (2015). *Epidemiología para periodistas y comunicadores* (G. Casino & E. Fernández (eds.)). Fundación Dr. Antonio Esteve. Retrieved

from <https://www.aecomunicacioncientifica.org/wp-content/uploads/EC-32-Epidemiología-para-periodistas.pdf> Accessed 17/03/2020

Casper, M. J. (1998). *The making of the unborn patient: a social anatomy of fetal surgery*. Rutgers University Press.

Castells, M. (1977). *The Urban Question: A Marxist Approach*. MIT Press.

Castells, M. (1981). *Crisis urbana y cambio social*. Siglo Veintiuno.

Castells, M. (1993). European cities, the informational society, and the global economy. *Tijdschrift Voor Economische En Sociale Geografie*, 84(4), 247–257.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9663.1993.tb01767.x>

Castells, M., & Hall, P. (1994). *Technopoles of the World: The Making of Twenty-First-Century Industrial Complexes*. Routledge.

Catalina Romero, C., Sainz Gutiérrez, J. C., Quevedo Aguado, L., Cortés Arcas, M. V., Pinto Blázquez, J. A., Gelpi Méndez, J. A., Calvo Bonacho, E., & González Quintela, A. (2012). Prevalencia de consumo de tabaco en población trabajadora tras la entrada en vigor de la Ley 42/2010. In *Revista Española de Salud Pública* (Vol. 86, Issue 2). Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272012000200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000200006) Accessed 22/06/2020

Charmaz, Kathy. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.

Charmaz, Kathy. (2007). Constructionism and Grounded Theory. In J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Eds.), *Handbook of Constructionist Research* (pp. 397–412). The Guilford Press.

- Charmaz, Kathy. (1990). "Discovering" chronic illness: Using grounded theory. *Social Science and Medicine*, 30(11), 1161–1172. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90256-R](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90256-R)
- Charmaz, Kathy. (2000). Grounded Theory: objectivist and constructivist methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed., pp. 509–535). SAGE.
- Charmaz, Kathy. (2008). The legacy of Anselm Strauss in constructivist grounded theory. In N. K. Denzin, J. Salvo, & M. Washington (Eds.), *Studies in Symbolic Interaction* (Vol. 32, pp. 127–141). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1016/S0163-2396\(08\)32010-9](https://doi.org/10.1016/S0163-2396(08)32010-9)
- Charmaz, Kathy. (2009). Shifting the grounds: constructivist grounded theory methods. In J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, & A. E. Clarke (Eds.), *Developing Grounded Theory. The second generation* (pp. 127–192). Routledge Taylor & Francis Group.
- Charmaz, Kathy. (2011). A Constructivist Grounded Theory Analysis of Losing and Regaining a Valued Self. In F. J. Wertz, K. Charmaz, L. M. McMullen, R. Josselson, R. Anderson, & E. McSpadden (Eds.), *Five Ways of Doing Qualitative Analysis* (pp. 165–204). Guilford Press.
- Charmaz, Kathy. (2014). *Constructing Grounded Theory* (2nd ed.). SAGE.
- Charmaz, Kathy., & Belgrave, L. L. (2012). Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis. In J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti, & K. D. McKinney (Eds.), *The Sage Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft* (pp. 347–365). SAGE.

- Clarke, A. E. (2007). Grounded Theory: conflicts, debates and situational analysis. In W. Outhwaite & S. P. Turner (Eds.), *Handbook of Social Science methodology* (pp. 838–885). SAGE.
- Clarke, A. E. (2015). Feminisms, Grounded Theory, and Situational Analysis Revisited. In A. E. Clarke, C. Friese, & R. Washburn (Eds.), *Situational Analysis in Practice: Mapping Research with Grounded Theory* (pp. 84–154). Left Coast Press.
- Cockerham, W. C., Rütten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, *38*(2), 321–342.  
<https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1997.tb00480.x>
- Cockerham, W. C., & Scambler, G. (2010). The New Blackwell Companion to Medical Sociology. In W. C. Cockerham (Ed.), *The new blackwell companion to medical sociology* (pp. 3–26). Wiley-Blackwell.
- Coffey, A., Beverley, H., & Paul, A. (1996). Qualitative Data Analysis: Technologies and Representations. *Sociological Research Online*, *1*(1), 80–91.  
<https://doi.org/10.5153/sro.1>
- Conde, P., Gutiérrez, M., Sandín, M., Díez, J., Borrell, L. N., Rivera-Navarro, J., & Franco, M. (2018). Changing Neighborhoods and Residents' Health Perceptions: The Heart Healthy Hoods Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(8), 1617.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph15081617>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research* (4th ed.). SAGE.

- Creswell, J. W. (2005). *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (2nd ed.). Pearson.
- Crist, J. D., & Tanner, C. A. (2003). Interpretation/Analysis Methods in Hermeneutic Interpretive Phenomenology. *Nursing Research*, 52(3), 202–205.  
<https://doi.org/10.1097/00006199-200305000-00011>
- Dahlgren, L., Emmelin, M., & Winkvist, A. (2004). *Qualitative methodology for international public health*. Umeå Universitet.
- Daponte-Codina, A., Bolívar-Muñoz, J., Ocaña-Riola, R., Toro-Cárdenas, S., & Mayoral-Cortés, J. (2009). Patterns of smoking according to individual social position, and to socio-economic environment in municipal areas, Spain 1987–2001. *Health & Place*, 15(3), 709–716.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.11.002>
- Denzin, N. K. (1989). Strategies of multiple triangulation. In *The research act: a theoretical introduction to sociological methods* (3rd ed., pp. 234–347). Prentice Hall.
- Denzin, N. K. (2007). Grounded Theory and the politics of interpretation. In A. Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory* (pp. 454–471). SAGE Publications.
- Diez Roux, A. V. (2003). Residential Environments and Cardiovascular Risk. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4), 569–589.  
<https://doi.org/10.1093/jurban/jtg065>
- Diez Roux, A. V. (2007). Neighborhoods and health: where are we and were do we go from here? *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 55(1), 13–21.  
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2006.12.003>

- Diez Roux, A. V., & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 125–145. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>
- Doyle, S. (2007). Member checking with older women: A framework for negotiating meaning. *Health Care for Women International*, 28(10), 888–908. <https://doi.org/10.1080/07399330701615325>
- Dulin-Keita, A., Casazza, K., Fernandez, J. R., Goran, M. I., & Gower, B. (2012). Do neighbourhoods matter? Neighbourhood disorder and long-term trends in serum cortisol levels. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(1), 24–29. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.092676>
- Ellen, I. G., Mijanovich, T., & Dillman, K.-N. (2001). Neighborhood Effects on Health: Exploring the Links and Assessing the Evidence. *Journal of Urban Affairs*, 23(3–4), 391–408. <https://doi.org/10.1111/0735-2166.00096>
- Fainstein, S. (2010). *The Just City*. Cornell University Press.
- Faris, R. E., & Dunham, W. H. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas: An Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses*. University of Chicago Press.
- Fernández de Bobadilla, J., Dalmau, R., & Galve, E. (2014). Impacto de la legislación que prohíbe fumar en lugares públicos en la reducción de la incidencia de síndrome coronario agudo en España. *Revista Española de Cardiología*, 67(5), 349–352. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.08.018>
- Fernández, E., Fu, M., Pérez-Ríos, M., Schiaffino, A., Sureda, X., & López, M. J. (2017). Changes in Secondhand Smoke Exposure After Smoke-Free Legislation (Spain, 2006–2011). *Nicotine & Tobacco Research*, 19(11), 1390–1394. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx040>

- Fernandez, E., & Nebot, M. (2011). Spain: beyond the 'Spanish model' to a total ban. *Tobacco Control*, 20, 6–7.
- Finch, H., & Lewis, J. (2003). Focus Groups. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers* (pp. 170–198). SAGE Publications.
- Franco, M., Bilal, U., & Diez-Roux, A. V. (2015). Preventing non-communicable diseases through structural changes in urban environments. In *Journal of Epidemiology and Community Health* (Vol. 69, Issue 6, pp. 509–511). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-203865>
- Franzini, L., Elliott, M. N., Cuccaro, P., Schuster, M., Gilliland, M. J., Grunbaum, J. A., Franklin, F., & Tortolero, S. R. (2009). Influences of physical and social neighborhood environments on children's physical activity and obesity. *American Journal of Public Health*, 99(2), 271–278. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.128702>
- Frazer, K., Callinan, J. E., Mchugh, J., van Baarsel, S., Clarke, A., Doherty, K., & Kelleher, C. (2016). Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2016, Issue 2). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005992.pub3>
- Frohlich, K. L., Poland, B., Mykhalovskiy, E., Alexander, S., & Maule, C. (2010). Tobacco control and the inequitable socio-economic distribution of smoking: smokers' discourses and implications for tobacco control. *Critical Public Health*, 20(1), 35–46. <https://doi.org/10.1080/09581590802687358>

- Frohlich, K. L., Potvin, L., Chabot, P., & Corin, E. (2002). A theoretical and empirical analysis of context: Neighbourhoods, smoking and youth. *Social Science and Medicine*, 54(9), 1401–1417. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00122-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00122-8)
- Fullilove, M. T., & Wallace, R. (2011). Serial forced displacement in American cities, 1916-2010. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 88(3), 381–389. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9585-2>
- Galán, I., Gonzalez, M. J., & Valencia-Martín, J. L. (2014). Patrones de consumo de alcohol en España: Un país en transición. *Revista Espanola de Salud Pública*, 88(4), 529–540. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000400007>
- Galán, I., Mata, N., Estrada, C., Díez-Gañán, L., Velázquez, L., Zorrilla, B., Gandarillas, A., & Ortiz, H. (2007). Impact of the “Tobacco control law” on exposure to environmental tobacco smoke in Spain. *BMC Public Health*, 7(1), 224. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-224>
- Galán, I., Simón, L., Boldo, E., Ortiz, C., Medrano, M. J., Fernández-Cuenca, R., Linares, C., & Pastor-Barriuso, R. (2018). Impacto de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y su reforma en los ingresos hospitalarios por enfermedades cardiovasculares en España. *Revista Española de Cardiología*, 71(9), 726–734. <https://doi.org/10.1016/J.RECESP.2017.10.020>
- Gans, H. J. (1962). *The Urban Villagers: Group and Class in the Life of Italian-Americans*. Free Press of Glencoe.
- Gans, H. J. (1968). *People and Places*. Basic Books.
- Gärtner, S. (2014). World capitals of capital, cities and varieties of finance systems: internationality versus regionally oriented banking. In K. Fujita (Ed.), *Cities and Crisis. New Critical Urban Theory* (pp. 147–187). SAGE.

- Geis, K. J., & Ross, C. E. (1998). A New Look at Urban Alienation: The Effect of Neighborhood Disorder on Perceived Powerlessness. *Social Psychology Quarterly*, 61(3), 232–246. <https://doi.org/10.2307/2787110>
- Ghosh, S., & Shah, D. (2004). Nutritional problems in urban slum children. *Indian Pediatrics*, 41(7), 682–696.
- Gilbert, G. L., & Kerridge, I. (2019). The politics and ethics of hospital infection prevention and control: a qualitative case study of senior clinicians' perceptions of professional and cultural factors that influence doctors' attitudes and practices in a large Australian hospital. *BMC Health Services Research* 19, 212 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4044-y>
- Glaser, Barney. (1978). *Theoretical Sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*. The Sociology Press.
- Glaser, Barney., & Strauss, A. (1965). *Awareness of Dying*. Aldine Publishing Company.
- Glaser, Barney, & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Aldine Press.
- Glymour, M. M., Avendano, M., & Kawachi, I. (2014). Socioeconomic status and health. In L. F. Berkman, I. Kawachi, & M. M. Glymour (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 17–62). Oxford University Press.
- González Menendez, R. (2011). Un criterio taxonómico para los patrones de consumo étlico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(1). Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000100011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100011) Accessed 10/04/2021
- González-Salgado, I. de L., Rivera-Navarro, J., Sureda, X., & Franco, M. (2020). Qualitative examination of the perceived effects of a comprehensive smoke-free law according to neighborhood socioeconomic status in a large city. *SSM - Population Health*, 11, 100597. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100597>

- Gordon, R., Heim, D., & MacAskill, S. (2012). Rethinking drinking cultures: A review of drinking cultures and a reconstructed dimensional approach. *Public Health*, 126(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2011.09.014>
- Gottdiener, M. (1985). *The Social Production of Urban Space*. University of Texas.
- Gottdiener, M. (2019). New Urban Sociology. In *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Urban and Regional Studies* (pp. 1–5). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118568446.eurs0467>
- Gottdiener, M., Hutchinson, R., & Ryan, M. T. (2018). *The New Urban Sociology* (5th ed.). Routledge.
- Green, D. O., Creswell, J. W., Shope, R. J., & Clark, V. P. (2007). Grounded Theory and Racial/Ethnic Diversity. In A. Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory* (pp. 472–492). SAGE Publications.
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). In-depth Interviews. In *Qualitative methods for health research* (pp. 79–106). SAGE.
- Guerry, A.-M. (1883). *Essai Sur La Statistique Morale De La France*. Crochard.
- Gullón, P., Díez, J., Conde, P., Ramos, C., Márquez, V., Badland, H., Escobar, F., & Franco, M. (2019). Using photovoice to examine physical activity in the urban context and generate policy recommendations: The heart healthy hoods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph16050749>
- Gutiérrez, J. (2011). Grupo de Discusión: ¿Prolongación, variación o ruptura con el focus group? *Cinta de Moebio*, 41, 105–122. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2011000200001>

- Hardoy, J. E., Mitlin, D., & Satterthwaite, D. (2001). *Environmental problems in an urbanizing world: finding solutions for cities in Africa, Asia, and Latin America*. Earthscan Publications.
- Hargreaves, K., Amos, A., Hight, G., Martin, C., Platt, S., Ritchie, D., & White, M. (2010). The social context of change in tobacco consumption following the introduction of “smokefree” England legislation: A qualitative, longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 71(3), 459–466. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.025>
- Harvey, D. (1973). *Social Justice and The City*. John Hopkins University Press.
- Harvey, D. (2003). The right to the city. *International Journal of Urban and Regional Research*, 27(4), 939–941. <https://doi.org/10.1111/j.0309-1317.2003.00492.x>
- Hewitt-Taylor, J. (2002). Case study: An approach to qualitative enquiry. *Nursing Standard*, 16(20), 33.
- Hill, S., Amos, A., Clifford, D., & Platt, S. (2014). Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: Review of the evidence. In *Tobacco Control* (Vol. 23, Issue e2, pp. e89–e97). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051110>
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 107–123. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>
- House, J. S., Schoeni, R. F., Kaplan, G. A., & Pollack, H. (2008). The health effects of social and economic policy: the promise and challenge for research and policy. In R. F. Schoeni, J. S. House, G. A. Kaplan, & H. Pollack (Eds.), *Making americans healthier: social and economic policy*. (pp. 3–26). Sage Foundation.

- House, J. S., & Williams, D. R. (2000). Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Health In B. D. Smedley & S. L. Syme (Eds.), *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research* (pp. 81–124). National Academies Press.
- Huckle, T., You, R. Q., & Casswell, S. (2010). Socio-economic status predicts drinking patterns but not alcohol-related consequences independently. *Addiction*, *105*(7), 1192–1202. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02931.x>
- Huisman, M., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (2005). Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: Comparing education and income. *Preventive Medicine*, *40*(6), 756–764. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.09.022>
- Hurd, N. M., Stoddard, S. A., & Zimmerman, M. A. (2013). Neighborhoods, Social Support, and African American Adolescents' Mental Health Outcomes: A Multilevel Path Analysis. *Child Development*, *84*(3), 858–874. <https://doi.org/10.1111/cdev.12018>
- Jacobs, J. (1961). *The Death and Life of Great American Cities*. Random House.
- Jimenez-Ruiz, C. A., Miranda, J. A. R., Hurt, R. D., Pinedo, A. R., Reina, S. S., & Valero, F. C. (2008). Study of the impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *The European Journal of Public Health*, *18*(6), 622–625. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn066>
- Johnson, S. (2006). *Ghost Map: The Story of London's Deadliest Epidemic: And How It Changed the Way We Think about Disease, Cities, Science, and the Modern World*. Penguin Books.
- José Díaz, M., Martín, R. R., Piñeiro, C. C., Palavecinos, M., Benayas, J., & Enrique Alonso, L. (2009). Los impactos socio-ambientales del fenómeno “botellón”: el

- caso de la ciudad de Madrid. *Medio Ambient. Comport. Hum*, 10(1–2), 117–135.  
[https://mach.webs.ull.es/PDFS/Vol10\\_1y2/Vol10\\_1y2\\_h.pdf](https://mach.webs.ull.es/PDFS/Vol10_1y2/Vol10_1y2_h.pdf)
- Keizer, K., Lindenberg, S., & Steg, L. (2013). The Importance of Demonstratively Restoring Order. *PLoS ONE*, 8(6), e65137.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065137>
- Kelle, U. (2019). The status of Theories and Models in Grounded Theory. In A. Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Current Developments in Grounded Theory* (pp. 68–88). SAGE.
- Kramer, M. (2018). Residential segregation and health. In D. T. Duncan & I. Kawachi (Eds.), *Neighborhoods and health* (2nd ed., pp. 321–356). Oxford University Press.
- Krieger, N. (2012). Methods for the Scientific Study of Discrimination and Health: An Ecosocial Approach. *American Journal of Public Health*, 102(5), 936–944.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300544>
- Krivo, L. J., Byron, R. A., Calder, C. A., Peterson, R. D., Browning, C. R., Kwan, M.-P., & Lee, J. Y. (2015). Patterns of local segregation: Do they matter for neighborhood crime? *Social Science Research*, 54, 303–318.  
<https://doi.org/10.1016/J.SSRESEARCH.2015.08.005>
- Lancaster, K., Seear, K. & Ritter, A. (2018) Monograph No. 26: *Reducing stigma and discrimination for people experiencing problematic alcohol and other drug use*. DPMP Monograph Series. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre. <http://doi.org/10.26190/5b8746fe72507>
- Leal Maldonado, J. (2002). Segregación social y mercados de vivienda en las grandes ciudades. *Revista Española de Sociología*, ISSN-e 1578-2824, Nº. 2, 2002, Págs. 59-75, 2, 59–75. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1220601>

- Lee, A. C. K., & Maheswaran, R. (2011). The health benefits of urban green spaces: a review of the evidence. *Journal of Public Health*, 33(2), 212–222.  
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq068>
- Lee, R. M., & Fielding, N. (1996). ‘Qualitative Data Analysis: Representations of a Technology: A Comment on Coffey, Holbrook and Atkinson.’ *Sociological Research Online*, 1(4), 15–20. <https://doi.org/10.5153/sro.1326>
- Lefebvre, H. (1975). *De lo rural a lo urbano* (3rd ed.). Ediciones Península.
- Lefebvre, H. (1996). The Right to the City. In *Writings on Cities* (pp. 63–184). Blackwell.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2000). Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 163–188). SAGE.
- Link, B. G. (2008). Epidemiological Sociology and the Social Shaping of Population Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(4), 367–384.  
<https://doi.org/10.1177/002214650804900401>
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80–94.  
<https://doi.org/10.2307/2626958>
- Lloyd, C. D., Shuttleworth, I., & Wong, D. W. S. (2014). *Social-spatial segregation: concepts, processes and outcomes* in C. D. Lloyd, I. Shuttleworth, & D. W. S. Wong (eds.). University of Chicago Press.
- Logan, J. R., & Molotch, H. (1987). *Urban Fortunes: The Political Economy of Place*. University of California Press.
- Lushchenkova, O., Fernández, E., López, M. J., Fu, M., Martínez-Sánchez, J. M., Nebot, M., Gorinig, G., Schiaffino, A., Twose, J., & Borràs, J. M. (2008). Exposición al

- humo ambiental de tabaco en población adulta no fumadora en España tras la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Revista Espanola de Cardiologia*, 61(7), 687–694. <https://doi.org/10.1157/13123989>
- Mabhala, M. A. (2013). Health inequalities as a foundation for embodying knowledge within public health teaching: A qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-46>
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55(1), 125–139.
- Mäkelä, P., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K., & Room, R. (2006). Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol and Alcoholism*, 41(suppl1), i8–i18.
- Marbry, L. (2008). Case study in social research. In P. Alasuutari, L. Bickman, & J. Brannen (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Research Methods* (pp. 214–228). SAGE Publications.
- Marcuse, P., & van Kempen, R. (2000). *Globalizing Cities: A New Spatial Order* in P. Marcuse & R. van Kempen (eds.). Blackwell.
- Marí-Dell’Olmo, M., Gotsens, M., Palència, L., Burström, B., Corman, D., Costa, G., Deboosere, P., Díez, È., Domínguez-Berjón, F., Dzúrová, D., Gandarillas, A., Hoffmann, R., Kovács, K., Martikainen, P., Demaria, M., Pikhart, H., Rodríguez-Sanz, M., Saez, M., Santana, P., ... Borrell, C. (2015). Socioeconomic inequalities in cause-specific mortality in 15 European cities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(5), 432–441. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204312>

- Marí-Klose, P., & Marí-Klose, M. (2010). Edad, vulnerabilidad económica y Estado del Bienestar. La protección social contra la pobreza de niños y personas mayores. *Panorama Social*, 14, 107–126.
- Mari-Klose, P., & Martínez Pérez, Á. (2015). Empobrecimiento en tiempos de crisis: vulnerabilidad y (des)protección social en un contexto de adversidad. *Panorama Social*, 22, 11–26.
- Massey, D. S. (2004). Segregation and stratification: A Biosocial Perspective. *Du Bois Review*, 1(1), 7–25. <https://doi.org/10.1017/S1742058X04040032>
- Mayhew, H. (1861). *London Labour and the London Poor: The Condition and Earnings of Those That Will Work, Cannot Work, and Will Not Work*. C. Griffin and Company.
- McIntosh, M. J., & Morse, J. M. (2015). Situating and Constructing Diversity in Semi-Structured Interviews. *Global Qualitative Nursing Research*, 2, 2333393615597674. <https://doi.org/10.1177/2333393615597674>
- Mertens, D. M. (2018). Ethics of Qualitative Data Collection. In U. Flick (Ed.), *The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection* (pp. 33–48). SAGE.
- Merton, R. K., Fiske, M., & Kendall, P. L. (1956). *The Focused Interview*. Free Press.
- Ministerio de Sanidad. (2006). *Borrador de anteproyecto de ley de medidas sanitarias para la protección de la salud y la prevención del consumo de bebidas alcohólicas por menores*. <https://socidrogalcohol.org/proyecto/borrador-de-anteproyecto-de-ley-de-medidas-sanitarias-para-la-proteccion-de-la-salud-y-la-prevencion-del-consumo-de-bebidas-alcoholicas-por-menores/>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2019). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España*. Retrieved from [https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=5537](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=5537)

Accessed 01/02/2020

- Molnar, B. E., Gortmaker, S. L., Bull, F. C., & Buka, S. L. (2004). Unsafe to Play? Neighborhood Disorder and Lack of Safety Predict Reduced Physical Activity among Urban Children and Adolescents. *American Journal of Health Promotion, 18*(5), 378–386. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-18.5.378>
- Molotch, H. (2002). School's Out: A Response to Michael Dear. *City & Community, 1*(1), 39–43. <https://doi.org/10.1111/1540-6040.00004>
- Morello-Frosch, R., & Lopez, R. (2006). The riskscape and the color line: Examining the role of segregation in environmental health disparities. *Environmental Research, 102*(2), 181–196. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2006.05.007>
- Morse, J. M. (2012). The implications of interview type and structure in mixed-methods designs. In J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti, & K. D. McKinney (Eds.), *The SAGE Handbook of Interview Research* (2nd ed., pp. 193–204). SAGE.
- Morris, T. M. (1958). *The Criminal Area*. Routledge.
- Muggli, M. E., Lockhart, N. J., Ebbert, J. O., Jiménez-Ruiz, C. A., Riesco Miranda, J. A., & Hurt, R. D. (2010). Legislating tolerance: Spain's national public smoking law. *Tobacco Control, 19*(1), 24–30. <https://doi.org/10.1136/tc.2009.031831>
- Navarro, C. J., Rodríguez-García, M. J., & Mateos-Mora, C. (2017). Place Equality Regimes and Municipal Choices in Metropolitan Spain: Regional Institutions and Local Political Orientations in Comparative Territorial Politics. In J. M. Sellers, M. Arretche, D. Kübler, & E. Razin (Eds.), *Inequality and Governance in the Metropolis* (pp. 125–141). Springer.
- Nebot, M., López, M. J., Ariza, C., Pérez-Ríos, M., Fu, M., Schiaffino, A., Muñoz, G., Saltó, E., Fernández, E., Ariza, C., López, M. J., Sánchez-Martínez, F., Centrich,

- F., Muñoz, G., Serrahima, E., Fernández, E., Fu, M., Martínez-Sánchez, J. M., Martín, A., ... Co, M. (2009). Impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke in offices and hospitality venues: Before-and-after study. *Environmental Health Perspectives*, 117(3), 344–347. <https://doi.org/10.1289/ehp.11845>
- Neuberger, M. (2019). Tobacco control: prevention and cessation in Europe. *Memo - Magazine of European Medical Oncology*, 12(2), 156–161. <https://doi.org/10.1007/s12254-019-0485-6>
- O'Brien, D. T., Farrell, C., & Welsh, B. C. (2019). Broken (windows) theory: A meta-analysis of the evidence for the pathways from neighborhood disorder to resident health outcomes and behaviors. In *Social Science and Medicine* (Vol. 228, pp. 272–292). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.11.015>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2019). *INFORME 2019 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1995-2017*. Retrieved from <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/> Accessed 02/12/2020
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Global status report on alcohol and health 2010*. World Health Organization. Retrieved from [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgs\\_ruprofiles.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgs_ruprofiles.pdf) Accessed 15/03/2020
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> Accessed 15/03/2020

- Park, R. E. (1915). The City: Suggestions for the Investigation of Human Behavior in the City Environment. *American Journal of Sociology*, 20(5), 577–612. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2763406> Accessed 03/03/2021
- Park, R. E., & Burgess, E. (1925). *Suggestions for Investigation of Human Behavior in the Urban Environment*. University of Chicago Press.
- Patton, M. Q. (2014). Purposeful sampling and case selection: overview of strategies and options. In M. Q. Patton (Ed.), *Qualitative research & evaluation methods. Integrating theory and practice* (pp. 401-410). London: SAGE.
- Peach, C. (1996). Does Britain Have Ghettos? *Transactions of the Institute of British Geographers*, 21(1), 216–235. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/pdf/622934.pdf> Accessed 03/03/2021
- Pedrero-García, E. (2018). Nightlife and Alcohol Consumption Among Youths: The Botellón Phenomenon in Spain. *SAGE Open*, 8(3), 215824401880090. <https://doi.org/10.1177/2158244018800903>
- Perini, W., Agyemang, C., Snijder, M. B., Peters, R. J. G., & Kunst, A. E. (2018). Ethnic disparities in educational and occupational gradients of estimated cardiovascular disease risk: The Healthy Life in an Urban Setting study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(2), 204–213. <https://doi.org/10.1177/1403494817718906>
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 28–40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
- Poland, B. (2000). The “considerate” smoker in public space: the micro-politics and political economy of “doing the right thing”. *Health & Place*, 6(1), 1–14.

- Poland, B., Frohlich, K., Haines, R. J., Mykhalovskiy, E., Rock, M., & Sparks, R. (2006). The social context of smoking: the next frontier in tobacco control? *Tobacco Control*, 15(1), 59–63. <https://doi.org/10.1136/tc.2004.009886>
- Priya, K. R. (2019). Using Constructivist Grounded Theory methodology: studying suffering and healing as a case example. In A. Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Current Developments in Grounded Theory* (pp. 392–412). SAGE.
- Quetelet, A. (1842). *A Treatise on Man and the Development of His Faculties*. William and Robert Chambers.
- Rachele, J. N., Wood, L., Nathan, A., Giskes, K., & Turrell, G. (2016). Neighbourhood disadvantage and smoking: Examining the role of neighbourhood-level psychosocial characteristics. *Health and Place*, 40, 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.04.012>
- Rawson, R. W. (1839). An Inquiry into the Statistics of Crime in England and Wales. *Journal of the Statistical Society of London*, 2, 316–344.
- Razin, E. (2007). Deconcentration of Economic Activities Within Metropolitan Regions: A Qualitative Framework for Cross-National Comparison. In E. Razin, M. Dijst, & C. Vázquez (Eds.), *Employment Deconcentration in European Metropolitan Areas* (pp. 1–27). Springer.
- Rehm, J., Rehm, M. X., Shield, K. D., Gmel, G., & Gual, A. (2013). Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Adicciones*, 25(1), 11–18.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T., Frick, U., & Jernigan, D. (2004). Alcohol use. In M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, & C. J. L. Murray (Eds.), *Comparative quantification of health risk:*

- global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors* (pp. 959–1108). World Health Organization.
- Rivera Navarro, J., & Benito-León, J. (2000). El papel del sociólogo en la medicina. *Medicina Clínica*, 115(3), 119. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(00\)71482-5](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(00)71482-5)
- Rivera Navarro, J., Franco Tejero, M., Conde Espejo, P., Sandín Vázquez, M., Gutiérrez Sastre, M., Cebrecos, A., Sainz Muñoz, A., & Gittelsohn, J. (2019). Understanding Urban Health Inequalities: Methods and Design of the Heart Health Hoods Qualitative Project. *Gaceta Sanitaria*, 33(6), 517–522. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.010>
- Rodríguez-Martos, A. (2007). ¿Por qué es tan difícil legislar sobre alcohol en España? *Adicciones*, 19(4), 325. <https://doi.org/10.20882/adicciones.292>
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The Lancet*, 365(9458), 519–530. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17870-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17870-2)
- Room, R., & Mäkelä, K. (2000). Typologies of the cultural position of drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3), 475–483. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.475>
- Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32–38. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>
- Rosen, G. (1979). The Evolution of Social Medicine. In H. Freeman, S. Levine, & L. Reeder (Eds.), *The Handbook of Medical Sociology* (pp. 23–50). NJ: Prentice Hall.
- Ross, C. E., Reynolds, J. R., & Geis, K. J. (2000). The contingent meaning of neighborhood stability for residents' psychological well-being. *American Sociological Review*, 65(4), 581–597. <https://doi.org/10.2307/2657384>

- Roy, B., & De Koninck, M. (2013). The qualitative research on social inequalities in health: the life courses. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Sante Publique*, 104(2), 154–158.
- Ruggiero, V. (2007). Marginal economies and collective action. *City*, 11(3), 391–398.  
<https://doi.org/10.1080/13604810701669132>
- Salamó Avellaneda, A., Gras Pérez, M. E., & Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22, 189–195.
- Sampson, R. J. (2009). Disparity and diversity in the contemporary city: Social (dis)order revisited. *British Journal of Sociology*, 60(1), 1–31.  
<https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2009.01211.x>
- Sampson, R. J. (2012). *Great American City. Chicago and the Enduring Neighborhood Effect*. The University of Chicago Press.
- Sampson, R. J., & Groves, W. B. (1989). Community Structure and Crime: Testing Social-Disorganization Theory. *American Journal of Sociology*, 94(4), 774–802.  
<https://doi.org/10.1086/229068>
- Sampson, R. J., & Morenoff, J. D. (1997). Ecological Perspectives on the Neighborhood Context of Urban Poverty: Past and Present. In J. Brooks-Gunn, G. J. Duncan, & J. L. Aber (Eds.), *Neighborhood Poverty* (pp. 1–22). SAGE.
- Sampson, R. J., Morenoff, J. D., & Gannon-Rowley, T. (2002). Assessing “Neighborhood Effects”: Social Processes and New Directions in Research. *Annual Review of Sociology*, 28(1), 443–478.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.28.110601.141114>
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277(5328), 918–924.  
<https://doi.org/10.1126/science.277.5328.918>

- Sánchez-Martínez, F., Centrich, F., Muñoz, G., Serrahima, E., Valverde, A., ... Coll, M. (2009). Impact of the Spanish smoking law on exposure to second-hand smoke and respiratory health in hospitality workers: A cohort study. *PLoS ONE*, 4(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004244>
- Sassen, S. (1991). *The global city: New York, London, Tokyo*. University Press.
- Schneider, N. K., Sebríe, E. M., & Fernández, E. (2011). The so-called "Spanish model": Tobacco industry strategies and its impact in Europe and Latin America. *BMC Public Health*, 11(1), 907. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-907>
- Schreier, M. (2018). Sampling and generalization. In U. Flick (Ed.), *The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection* (pp. 84–98). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Segbers, K. (2007). *The Making of Global City Regions* (K. Segbers (ed.)). John Hopkins University Press.
- Segura del Pozo, J. (2006). Epidemiología de campo y epidemiología social. *Gaceta Sanitaria*, 20(2), 153–158. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000200011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000200011) Accessed 02/02/2020
- Shaw, C. R., & McKay, H. D. (1942). *Juvenile Delinquency and Urban Areas*. University of Chicago Press.
- Shevky, E., & Bell, W. (1955). *Social Area Analysis: Theory, Illustrative Application, and Computational Procedures*. Stanford University Press.
- Skogan, W. (1990). *Disorder and Decline: Crime and the Spiral of Decay in American Cities*. University of California Press.
- Soler-Vila, H., Galán, I., Valencia-Martín, J. L., León-Muñoz, L. M., Guallar-Castillón, P., & Rodríguez-Artalejo, F. (2014). Binge Drinking in Spain, 2008-2010.

- Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(3), 810–819.  
<https://doi.org/10.1111/acer.12275>
- Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P.-J., Fernández, E., Garcia-Basteiro, A. L., Benavides, F. G., Glenn, S. D., Krish, V., Lazarus, J. V., Martínez-Raga, J., Masana, M. F., Nieuwenhuijsen, M. J., Ortiz, A., Sánchez-Niño, M. D., Serrano-Blanco, A., Tortajada-Girbés, M., Tyrovolas, S., ... Tyrovolas, S. (2018). La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*, 151(5), 171–190. <https://doi.org/10.1016/J.MEDCLI.2018.05.011>
- Stack, C. (1974). *All Our Kin: Strategies for Survival in a Black Community*. Harper and Row.
- Strauss, A. (1993). *Continual permutations of Action*. Aldine de Gruyter.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research* (1st ed.). SAGE Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. SAGE.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded Theory methodology: an overview. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (pp. 273–285). SAGE.
- Stuber, J., Galea, S., & Link, B. G. (2008). Smoking and the emergence of a stigmatized social status. *Social Science and Medicine*, 67(3), 420–430.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.010>
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science and Medicine*, 67(3), 351–357.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023>

- Sureda, X., Fernández, E., Martínez-Sánchez, J. M., Fu, M., López, M. J., Martínez, C., & Saltó, E. (2015). Secondhand smoke in outdoor settings: Smokers' consumption, non-smokers' perceptions, and attitudes towards smoke-free legislation in Spain. *BMJ Open*, 5(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007554>
- Sureda, X., Villalbí, J. R., Espelt, A., & Franco, M. (2017). Living under the influence: normalisation of alcohol consumption in our cities. *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 66–68. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.018>
- Suttles, G. D. (1972). *The Social Construction of Communities*. University of Chicago Press.
- Taylor, G. A. J., & Blake, B. J. (2015). Key informant Interviews and Focus Groups. In M. De Chesnay (Ed.), *Nursing research using data analysis. Qualitative designs and methods in nursing* (pp. 153–166). Springer.
- Thomas, W. I., & Znaniecki, F. (1927). *The Polish Peasant in Europe and America*. Alfred A. Knopf.
- Thompson, L., Pearce, J., & Barnett, J. R. (2007). Moralising Geographies: Stigma, Smoking Islands and Responsible Subjects. *Area*, 39, 508–517. <https://doi.org/10.2307/40346072>
- Timmermans, S. (2013). Seven warrants for qualitative health sociology. *Social Science & Medicine*, 77, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.004>
- Timmermans, S., & Tavory, I. (2007). Advancing Ethnographic Research through Grounded Theory Practice. In A. Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory* (pp. 493–512). SAGE Publications.
- Titscher, S., Meyer, M., Wodak, R., & Vetter, E. (2000). *Methods of Text and Discourse Analysis*. SAGE.

- Torrance, H. (2012). Triangulation, Respondent Validation, and Democratic Participation in Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2), 111–123. <https://doi.org/10.1177/1558689812437185>
- Valencia-Martín, J. L., Galán, I., & Rodríguez-Artalejo, F. (2007). Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(10), 1723–1730. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00473.x>
- Villalbí, J. R., Bosque-Prous, M., Gili-Miner, M., Espelt, A., & Brugal, M. T. (2014). Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 515–528. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000400006>
- Villalbí, J. R., Espelt, A., Sureda, X., Bosque-Prous, M., Teixidó-Compañó, E., Puigcorbé, S., Franco, M., & Teresa Brugal, M. (2019). The urban environment of alcohol: A study on the availability, promotion and visibility of its use in the neighborhoods of Barcelona. *Adicciones*, 31(1), 33–40. <https://doi.org/10.20882/adicciones.950>
- Villalbí, J. R., Granero, L., & Teresa Brugal, M. (2008). Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia? Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22, 79–85. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(08\)76078-3](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(08)76078-3)
- Villalbí, J. R., Suelves, J. M., Saltó, E., & En Cabezas, C. (2011). Valoración de las encuestas a adolescentes sobre consumo de tabaco, alcohol y cannabis en España. *Adicciones*, 23(1), 11–16. <https://doi.org/10.20882/adicciones.162>
- Vlahov, D., Freudenberg, N., Proietti, F., Ompad, D., Quinn, A., Nandi, V., & Galea, S. (2007). Urban as a Determinant of Health. *Journal of Urban Health*, 84(S1), 16–26. <https://doi.org/10.1007/s11524-007-9169-3>

- Wacquant, L. J. D. (1993). Urban Outcasts: Stigma and Division in the Black American Ghetto and the French Urban Periphery. *International Journal of Urban and Regional Research*, 17(3), 366–383. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2427.1993.tb00227.x>
- Wen, M., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2006). Objective and perceived neighborhood environment, individual SES and psychosocial factors, and self-rated health: An analysis of older adults in Cook County, Illinois. *Social Science and Medicine*, 63(10), 2575–2590. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.025>
- Wiehe, S. E., Kwan, M. P., Wilson, J., & Fortenberry, J. D. (2013). Adolescent health-risk behavior and community disorder. *PLoS ONE*, 8(11), e77667. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077667>
- Williams, D. R., & Collins, C. (2001). Racial Residential Segregation: A Fundamental Cause of Racial Disparities in Health. *Public Health Reports*, 116(5), 404–416. <https://doi.org/10.1093/phr/116.5.404>
- Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness*, 17(5), 577–604. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10932093>
- Wilson, J. Q., & Kelling, G. L. (2011). The police and neighborhood safety Broken Windows. In J. T. Walker (Ed.), *Social, Ecological and Environmental Theories of Crime* (pp. 169–178). Routledge.
- Wilson, W. J. (1987). *The Truly Disadvantaged: the Inner City, the Underclass and Public Policy*. University of Chicago Press.
- Wilson, W. J. (2012). Foreword. In *Great American City. Chicago and the Enduring Neighborhood Effect* (pp. VII–XIII). University of Chicago Press.

- Wirth, L. (1938). Urbanism as a Way of Life. *American Journal of Sociology*, 44(1), 1–24. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/2768119> Accessed 15/03/2021
- Xue, Y., Zimmerman, M. A., & Caldwell, C. H. (2007). Neighborhood residence and cigarette smoking among urban youths: The protective role of prosocial activities. *American Journal of Public Health*, 97(10), 1865–1872. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.081307>
- Yen, I. H., Scherzer, T., Cubbin, C., Gonzalez, A., & Winkleby, M. A. (2007). Women's Perceptions of Neighborhood Resources and Hazards Related to Diet, Physical Activity, and Smoking: Focus Group Results from Economically Distinct Neighborhoods in a Mid-Sized U.S. City. *American Journal of Health Promotion*, 22(2), 98–106. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-22.2.98>
- Yin, K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5th ed.). Thousand Oaks.
- Zukin, S. (2010). *Naked City: The Death and Life of Authentic Urban Places*. Oxford University Press.

## **RESULTADOS**

En los tres capítulos que componen los resultados de este trabajo se presentan los resultados provenientes de la utilización de las técnicas de codificación propias de las dos vertientes de la TF empleadas para el análisis de los datos provenientes de las 37 ES y de los 29 GD. En el primer capítulo, se muestran los resultados del análisis de los efectos de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo (Ley 42/2010) en los tres barrios estudiados. En el segundo y tercer capítulo se mostrarán los resultados relativos al análisis del consumo de alcohol. Primero, se hará una introducción a los factores culturales, sociales y económicos relacionados con el consumo de alcohol en el entorno urbano; y después, se profundizará en los efectos negativos derivados del consumo de alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre.

## **CAPÍTULO 1**

### **EXPLORACIÓN DE LAS PERCEPCIONES DE LOS EFECTOS DE LA LEY DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO (LEY 42/2010) EN TRES BARRIOS CON DISTINTO NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA CIUDAD DE MADRID**

En este capítulo, se van a exponer los resultados correspondientes a la dimensión de tabaco del proyecto de investigación en el que se encuadra este trabajo. Para el análisis de las percepciones del consumo de tabaco se recurrió al marco de la Ley 42/2010 por ser la última regulación en materia de consumo de tabaco en nuestro país, y por ser la regulación que impuso mayores restricciones al consumo de tabaco.

Para este análisis se consideraron las percepciones individuales del consumo de tabaco, la influencia que la Ley 42/2010 ha tenido en las percepciones colectivas del consumo de tabaco y los comportamientos y actitudes frente al tabaco, así como las características del medio urbano que se han visto alteradas por dicha ley y que han afectado al consumo de tabaco.

El objetivo del análisis contenido en este capítulo es, por un lado, realizar una exploración de las percepciones que los participantes tienen acerca de la Ley 42/2010; y, por otro lado, intentar comprender cómo el hecho de vivir en un barrio de distinto NSE puede afectar de forma diferencial a la percepción del consumo de tabaco bajo el marco de la ley anteriormente mencionada.

#### ***ANÁLISIS DE LOS DATOS***

Siguiendo los preceptos de la TFC de Charmaz (2006), los resultados se presentan como interpretaciones teóricas surgidas de las percepciones de los/as participantes de los tres

barrios estudiados. La TFC de Charmaz fue seleccionada para este análisis porque permite alcanzar un conocimiento conceptual y teórico de los fenómenos estudiados gracias al proceso de codificación y al proceso reflexivo propio de este tipo de análisis. Además, el hecho de contar con un marco de análisis como la Ley 42/2010 también fue clave para optar por este tipo de análisis donde el diálogo es constante entre el/la investigador/a, el marco analítico y los datos.

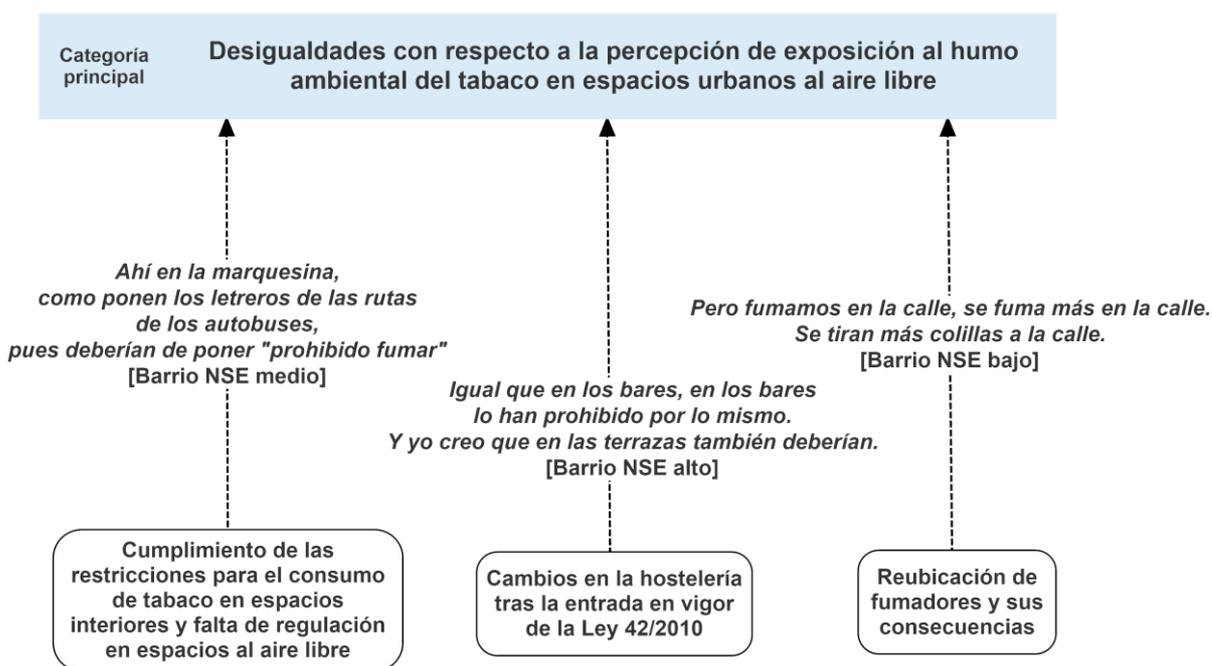
En primer lugar, tras una lectura integral de los datos (37 ES y 29 GD) se realizó una codificación abierta (línea a línea) que nos permitió romper los datos en fragmentos más accesibles y comenzar a trabajar con códigos preliminares. Posteriormente, la comparación constante (Glaser, 2003) de los códigos preliminares que emergieron en el paso anterior nos permitió consolidar códigos que eran conceptualmente más sólidos, y desechar aquellos que no eran adecuados para cumplir con los objetivos del análisis. De estos nuevos códigos surgidos de la comparación constante, aquellos que mayor densidad teórica y explicativa tenían, se transformaron en categorías preliminares donde se fueron clasificando el resto de los códigos. La comparación constante de las categorías preliminares con los datos y los códigos hizo posible la emergencia de una categoría principal con gran densidad teórica y explicativa donde se integrasen el resto de las subcategorías con menor densidad teórica. Así, la categoría principal no podría entenderse en solitario sin su relación con las subcategorías y con los fragmentos de discurso de los que han emergido. Durante el proceso de codificación, el trabajo reflexivo de los/as investigadores/as que del proyecto de investigación en el que se encuadra este análisis fue clave para el refinamiento de las categorías finales. El conocimiento tanto de los datos, como de la metodología cualitativa por parte de los/as integrantes del proyecto enriqueció el análisis con perspectivas provenientes de las ciencias sociales y la salud pública.

El proceso de abstracción teórica y la reflexibilidad mediante las cuales se han construido los resultados nos ha permitido identificar la siguiente categoría principal: “Desigualdades con respecto a la percepción de exposición al humo ambiental del tabaco en espacios urbanos al aire libre”. Además, la categoría principal se sustenta sobre tres subcategorías que emergen de los datos analizados: “cumplimiento de las restricciones para el consumo de tabaco en espacios interiores y falta de regulación en espacios al aire libre”, “cambios en la hostelería tras la entrada en vigor de la Ley 42/2010”, y “reubicación de personas fumadoras y sus consecuencias”. Tanto la categoría principal, como las subcategorías mencionadas anteriormente, serán desarrolladas en las siguientes páginas de este trabajo. Para ilustrar las descripciones y abstracciones de las categorías y subcategorías, se presentarán fragmentos de los discursos extraídos de los GD y de las ES realizadas en los tres barrios estudiados. Para contextualizar cada fragmento de discurso, se utilizará una pequeña descripción de las características sociodemográficas que se corresponde con el GD o ES; dicha descripción irá entre paréntesis, inmediatamente después del verbatim. Los GD y las ES, de los cuales se han extraído los fragmentos de discursos para ilustrar las subcategorías, están numerados y pueden consultarse en las tablas 3 y 4 del apartado metodológico del presente trabajo. En los fragmentos de discursos pertenecientes a los GD se ha establecido un sistema para garantizar el anonimato de los/as participantes basado en si son hombres (H) o mujeres (M), y en un número (generalmente del 1 al 8, dependiendo del número de participantes del GD y del orden en el que intervino por primera vez el participante). Así, en el caso de que un fragmento muestre una conversación entre varios/as participantes, antes de cada intervención aparecerá una H o una M acompañado de un número.

## ***DESIGUALDADES CON RESPECTO A LA PERCEPCIÓN DE EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN ESPACIOS URBANOS AL AIRE LIBRE.***

En la Ilustración 3 se muestra un esquema diseñado para ilustrar la relación existente entre la categoría principal y las tres subcategorías sobre las que se asienta. Además, se muestran tres fragmentos de discursos que se han considerado representativos de cada subcategoría, y que ayudan a comprender la relación que existe entre estas y la categoría principal.

*Ilustración 3. Relación entre la categoría principal y las subcategorías en el análisis de las desigualdades en la exposición al humo ambiental del tabaco bajo el marco de la Ley 42/2010*



El cumplimiento de las prohibiciones de fumar implementadas en el año 2011 en España con la aprobación de la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo ha sido percibido por los participantes de los tres barrios estudiados como un factor clave en la reducción de la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) en espacios

interiores. Además, nuestros resultados sugieren que los espacios urbanos al aire libre de los barrios estudiados han cambiado desde la promulgación de la Ley 42/2010. Entre los efectos de la Ley 42/2010 en los tres barrios estudiados destacaron la desnormalización del tabaquismo, que incluye el cambio de las actitudes hacia el tabaquismo (v.g. peor percepción del consumo de tabaco que hace 20 años), y los cambios en el consumo de tabaco en espacios urbanos al aire libre como paradas de autobús, terrazas, y entradas a locales de hostelería. Con respecto a la comparación entre los tres barrios estudiados, nuestros resultados mostraron que, en general, en el barrio de nivel socioeconómico (NSE) alto, se ha percibido en mayor medida el cambio de actitudes hacia el consumo de tabaco, y en particular, la desnormalización del tabaquismo. Debido a la entrada en vigor de la Ley 42/2010, el espacio urbano ha sufrido alteraciones y muchos espacios públicos al aire libre han cambiado desde el año 2011. De hecho, las terrazas de los bares, que según los/as participantes han proliferado desde la entrada en vigor de la ley 42/2010, han sido percibidas como lugares que facilitan el consumo de tabaco. Por otro lado, los cambios en el entorno urbano han facilitado la reubicación de los fumadores en los espacios urbanos al aire libre. La reubicación de los fumadores en espacios urbanos al aire libre puede considerarse como una consecuencia no deseada de la Ley 42/2010. Esta reubicación de los fumadores ha provocado otros efectos no deseados como la percepción de una mayor exposición al HAT en espacios urbanos al aire libre, ruido provocado por la agrupación y socialización de fumadores en las puertas de los bares y en sus terrazas, y suciedad derivada de la concentración de colillas en los lugares donde los fumadores han sido reubicados. Hemos encontrado, además, que estas consecuencias no deseadas parecen haber afectado de forma desigual a los tres barrios estudiados. Nuestros resultados sugieren que el NSE del barrio es un factor clave para entender las diferencias en los

efectos percibidos de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo que entró en vigor en el año 2011 en España.

***CUMPLIMIENTO DE LAS RESTRICCIONES PARA EL CONSUMO DE TABACO EN ESPACIOS INTERIORES Y FALTA DE REGULACIÓN EN ESPACIOS AL AIRE LIBRE***

Nuestros resultados indican que el cumplimiento de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo en espacios interiores en los tres barrios estudiados ha sido un factor clave para entender las percepciones de reducción de exposición al HAT. El incumplimiento de la prohibición de fumar en espacios interiores donde tradicionalmente el consumo de tabaco ha estado muy arraigado tales como bares y restaurantes, se ha presentado como algo inconcebible en la actualidad. Nuestros resultados sugieren que el consumo de tabaco en lugares interiores ha sido desnormalizado en los tres barrios estudiados. Este cambio en la actitud frente al tabaquismo puede entenderse como un cambio en las conductas de consumo de tabaco a nivel individual y colectivo, propiciado por las restricciones que entraron en vigor en España el 1 de enero del año 2011.

*Cada vez menos. De hecho mi marido fuma, yo no he fumado nunca, en mi familia sí fuma mi padre, como un carretero, varios de mis hermanos sí, mi marido fumaba hasta hace tres años que lo dejó, pero sí que es cierto que se ha notado de unos años a esta parte, yo creo que con la prohibición esta de fumar en espacios cerrados y demás, yo creo que la gente cada vez fuma menos.*

[Barrio de NSE alto, ES7: mujer, estudios superiores, con responsabilidades familiares y 40-59 años]

Sin embargo, aunque la actual ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo prohíbe fumar en espacios interiores, solamente regula el consumo de tabaco en ciertos lugares al aire libre, como los patios escolares, los parques infantiles y recintos hospitalarios, y recomienda no fumar en áreas adyacentes a las escuelas. Nuestros resultados indican que los/as participantes de los tres barrios estudiados han percibido estar expuestos al HAT en lugares al aire libre del espacio urbano que no están regulados actualmente por la Ley 42/2010, como las paradas de autobús. Sin embargo, nuestros resultados muestran que las actitudes con respecto al consumo de tabaco en estos espacios variaron con respecto al NSE del barrio en el que nos encontremos. En los barrios de NSE medio y bajo, los/as participantes no fumadores/as que utilizaban el servicio público de autobuses confrontaban, en ocasiones, a las personas que fumaban en las paradas de autobús. Estas confrontaciones estuvieron motivadas por la exposición de las personas no fumadoras al HAT, ya que resultaba molesto y era considerado como algo perjudicial para la salud. Esto provocaba que, en estos dos barrios, se haya percibido que las personas fumadoras se alejen de estos espacios para fumar cuando hay otros/as viajeros/as esperando al autobús. Nuestros resultados indican que la actual ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo que entró en vigor en el año 2011 puede haber influido en las actitudes hacia el consumo de tabaco dentro de estos dos barrios, provocando confrontaciones con las personas fumadoras en las paradas de autobús.

*–M1: En las paradas de autobús. De hecho, a un par de personas se lo he dicho, ¿eh? “Perdona, ¿podrías dejar de... de fumar aquí, por favor?”. Me han dicho... Yo creo que me han dicho con la mirada “Muérete” (risas), pero yo...*

*–M3: Yo se lo digo. No, yo se lo digo.*

*–M1: Claro. Pero yo lo he dicho, ¿sabes?*

*–M5: No, no, pero yo ahí en esos lugares no... no fumo.*

*–M1: ¡Porque es tanto el asco que me da el tabaco!*

*M5: Yo fumo caminando por la calle. Y cuando estoy en un lugar que hay personas, pues me salgo afuera.* [Barrio de NSE bajo, FG10: grupo mixto, residentes de origen latinoamericano, trabajadores/as estables y mayores de 40 años]

Por otro lado, los resultados del barrio de NSE alto muestran que las personas que fumaban lo hacían lejos de las paradas de autobús cuando había más gente esperando. Nuestros resultados sugieren que las personas fumadoras en este vecindario eran más conscientes de los efectos nocivos de la exposición al humo del tabaco, y para ello evitaban exponer a las personas no fumadoras en estos espacios urbanos al aire libre. Estos cambios tanto en el consumo de tabaco en un espacio que actualmente no está regulado, como en las actitudes relativas a los efectos perjudiciales del HAT podrían haber estado influidos por la Ley 42/2010. Debido a la desnormalización del tabaquismo en estos espacios urbanos al aire libre, la mayoría de los/as participantes de los tres barrios, independientemente del NSE, afirmaban que las paradas de autobús deberían convertirse en lugares libres de humo regulados por la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo.

*–M3: Si en una parada del autobús están fumando, y te están... a mí me molesta.*

*–H1: Claro. Sí. Exactamente.*

*–M3: A mí me molesta. A mí me molesta que fumen.*

*–M2: Yo, por ejemplo, si he tenido la necesidad imperiosa, pues lo que no hago es salirme fuera de la marquesina. Porque es que me parece de lo más...*

*inhumano, ya.* [Barrio de NSE alto, GD3: grupo mixto, personas mayores, mayores de 60 años]

*–M4: Ahí en la marquesina, como ponen los letreros de las rutas de los autobuses, pues deberían de poner “Prohibido fumar”.* [Barrio de NSE medio, GD8: mujeres, diferentes grados de responsabilidad familiar, 40-59 años]

Finalmente, en el barrio de NSE bajo, uno de los informantes clave percibía que en las entradas de las escuelas de secundaria del barrio los/as estudiantes de secundaria solían estar fumando. Los/as participantes del barrio de NSE medio también informaron de un comportamiento similar en las escuelas de secundaria. Sin embargo, en este barrio, también fueron los/as padres y madres de los/as estudiantes más jóvenes, los/as que fueron percibidos fumando en las entradas de las escuelas. Estos resultados nos han indicado que la actual ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo estaría consiguiendo su objetivo de que no se fume en el interior de las escuelas. Sin embargo, la Ley 42/2010 podría haber protegido a las personas de forma desigual ante el HAT según el NSE del barrio en el que se encontrase el centro educativo.

*Los chavales y en las puertas de los institutos se ve mucho, el retomarlos. Hubo como un espacio de tiempo en la que a la salida de los institutos no se veían los grupos de fumadores. Y ahora se vuelven a ver, se vuelven a ver...* [Barrio de NSE bajo, entrevista a informante clave (director centro de salud)]

*Vamos a ver, nosotros, aquí en el centro es inviable que se fume, aquí no se puede fumar, entonces dentro del centro es inviable. Y en cuanto a eso hay que cumplir la normativa, es decir, te dicen cien metros desde el centro escolar. Aunque, los padres, los padres fuman, pero yo no puedo decir a un padre que no*

*fume, eso es cuestión de la policía, la normativa está, el cartel está, si ellos fuman yo no puedo hacer nada porque yo de puertas para afuera del centro no puedo...* [Barrio de NSE medio, entrevista a informante clave (director colegio)]

### ***CAMBIOS EN LA HOSTELERÍA TRAS LA ENTRADA EN VIGOR DE LA LEY 42/2010***

Esta subcategoría surge de la importancia que los/as participantes de los tres barrios estudiados le otorgaron a la prohibición del consumo de tabaco en el interior de los locales de hostelería (bares y restaurantes). Así, con la entrada en vigor de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo el 1 de enero del año 2011, la hostelería española pasó a ser una hostelería libre de humo en espacios interiores. La anterior legislación (Ley 28/2005) permitía a los propietarios de locales menores de 100 m<sup>2</sup> decidir si se podía fumar en el interior de su establecimiento. Así, en los negocios de 100 m<sup>2</sup> o más, se prohibió fumar, pero los propietarios podían tener espacios para fumadores dentro del propio establecimiento.

Nuestros resultados sugieren que la entrada en vigor de la Ley 42/2010 ha influido no solo en el cambio de las actitudes de las personas no fumadoras hacia el consumo de tabaco, sino también en la modificación del entorno al aire libre perteneciente a los negocios de hostelería (v.g. ampliación de terrazas, construcción de terrazas cerradas). Nuestros resultados sugieren que gran parte de las personas fumadoras de los tres barrios estudiados presentaron actitudes favorables hacia las restricciones establecidas por la actual legislación. Los/as participantes no fumadores/as percibieron que la prohibición de fumar en el interior de bares y restaurantes ha tenido efectos positivos, y que estos espacios son ahora lugares más agradables que antes de la entrada en vigor de

las restricciones sobre el consumo de tabaco. La prohibición del consumo de tabaco en espacios interiores en los bares y restaurantes (donde el tabaco ha estado de forma tradicional profundamente arraigado) ha podido influir en la de desnormalización del consumo de tabaco, contribuyendo de esta forma a la creación y legitimación por parte de la población de los espacios libres de humo.

*–M3: Muy positivo. Muy positivo, porque antes entrabas en un bar... y yo soy fumadora, pero claro, no es lo mismo fumarte tú tu cigarro cuando tú quieres, que entrar ya y respirar ese ambiente. Eh... desde que ya en los bares no se puede fumar, pues cuando vas a tomarte algo pues se está mucho mejor, y yo creo que eso no lo duda nadie.*

*–M2: Evidentemente.*

*–H1: Nos habíamos acostumbrado a ello, porque nos habíamos acostumbrado.*

*–M2: Sí, como algo natural. [Barrio NSE alto, GD2: grupo mixto, empleos de alta exigencia laboral, distintos grados de responsabilidades familiares, 40-59 años]*

Las percepciones de los/as participantes sobre la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo que entró en vigor en el año 2011 han ido cambiando con el paso del tiempo. En un primer momento, los participantes percibieron que la entrada en vigor de la Ley 42/2010 podría suponer una amenaza para los intereses económicos de los negocios de hostelería. Sin embargo, una vez transcurridos los años desde la entrada en vigor de la ley los participantes, lejos de percibir esa amenaza a los intereses económicos de la hostelería, han percibido que los/as clientes/as fumadores/as han seguido acudiendo a bares y restaurantes. El cambio que más han resaltado los/as participantes desde la entrada en vigor de la Ley 42/2010 ha sido la reubicación de los/as clientes/as

fumadores/as en lugares al aire libre pertenecientes a locales de hostelería (principalmente entradas y terrazas). Los/as participantes resaltaron que, una vez aplicada la Ley 42/2010, se modificó el entorno físico de los locales de hostelería. Esto resultó, en muchos casos, en la adaptación del contexto físico del entorno urbano a las nuevas necesidades de este sector. Así, tras la entrada en vigor de la ley, en los bares y restaurantes proliferaron los “refugios” exteriores para ubicar y proteger a los/as clientes/as fumadores/as de las inclemencias del tiempo, las mesas altas en las entradas a los locales habilitadas con ceniceros, y los calentadores en las zonas al aire libre con el objetivo de proporcionar confort a los/as clientes/as fumadores/as que debían permanecer mientras fumaban en el exterior en los meses de invierno. Los/as participantes también percibieron que todas las instalaciones, anteriormente mencionadas, fueron instaladas pensando en primer lugar en los/as clientes/as fumadores/as, para que estas personas siguieran acudiendo a los bares. Esta adaptación del entorno al aire libre en los espacios urbanos realizada por bares y restaurantes se ha percibido como una oportunidad económica para los negocios del sector hostelero. Es decir, se ha percibido como una fórmula de adaptación para que los propietarios/as de locales de hostelería hayan mantenido a los/as clientes/as fumadores/as a pesar de las restricciones en los interiores que fueron impuestas por la actual ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Nuestros resultados sugieren que finalmente la Ley 42/2010 no tuvo los efectos negativos que se esperaban para la hostelería a partir del año 2011, cuando entró en vigor dicha ley. De hecho, muchos/as de los/as participantes han percibido que las zonas al aire libre de los locales de hostelería (terrazas y entradas) han pasado a ser algo así como las “nuevas zonas para fumadores”, llegando a compararlas con las que se establecieron en el interior de los bares con la ley de

medidas sanitarias frente al tabaquismo que entró en vigor en el año 2005 y que fue sustituida por la ley actual.

*Sí, aunque por una parte la ley ha conseguido un objetivo que es el de reducir el nivel de los fumadores, aparte de la ley se han puesto algunas trabas, que por otra parte han resultado beneficiosas al sector de la hostelería, por ejemplo, los que al principio luchaban a brazo partido porque no se implantara la ley, porque iban a ver mermados sus ingresos, porque no sé qué, al final han puesto terrazas todos los establecimientos que han podido, ya no terrazas de verano sino de todo el año, y trabajan todo el año la terraza, con lo cual el teórico perjuicio que iban a haber tenido ha resultado en un claro beneficio a través de todo el año. [Barrio de NSE medio, ES2: mujer, estudios superiores, 40-59 años]*

*–H2: Igual. Yo he trabajado en un restaurante y mira, tenían un lugar al aire libre, pero fumaban más. Contabas unas tres mesas que no fumaban, pero al aire libre era lleno. Lleno.*

*–M1: Claro, en la terraza.*

*–H1: Hay como una terraza abierta donde se puede fumar.*

*–H2: Estaba lleno. Lleno de fumadores. Pero en la parte donde no eran fumadores había tres mesecitas con poca gente. [Barrio NSE medio, GD10: grupo mixto, residentes de origen latinoamericano, trabajadores estables, mayores de 40 años]*

En nuestros resultados también identificamos diferencias según el NSE del barrio y cómo se percibieron los cambios en los negocios del sector hostelero después de la

entrada en vigor de la Ley 42/2010. Es muy frecuente que los/as participantes del barrio de NSE alto percibieran el consumo de tabaco en las terrazas al aire libre de los bares y restaurantes como algo negativo. Además, los/as participantes de este barrio consideraron la exposición al HAT en dichos lugares al aire libre como algo desagradable, y que tiene efectos perjudiciales para la salud. Una amplia mayoría de los/as participantes de este barrio, independientemente de su consumo de tabaco, manifestaron que preferirían una ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo más restrictiva que la actual, donde las entradas y las terrazas de los negocios de hostelería deberían ser regulados como espacios libres de humo. Esto demuestra que la Ley 42/2010 ha tenido un impacto significativo en las actitudes hacia el tabaquismo en el barrio de NSE alto. Entre las actitudes hacia el tabaquismo cabría destacar sobre todo la desnormalización del consumo de tabaco en bares y restaurantes (tanto en interiores como en exteriores), donde tradicionalmente se ha consumido tabaco en nuestro país.

*–H1: Aunque también ocurre una cosa, que luego, como digo yo, han puesto casi todos los bares unas jaulas (refiriéndose a las terrazas cerradas), para mí son como jaulas. Pero que yo creo que a la larga si tú estás con un grupo de amigos y te vas a la jaula, pues estamos en las mismas. O incluso peor, porque son espacios más reducidos incluso que el interior del bar.*

*–M2: Sí, las terrazas cerradas esas con mamparas y con...*

*–M1: Es un poco surrealista, ¿no?, eso en invierno con la estufa, con las mantas, el cigarro... [Barrio de NSE alto, GD2: grupo mixto, empleos de alta exigencia laboral, distintos grados de responsabilidades familiares, 40-59 años]*

–M3: *Hay personas que están en una terraza charlando tranquilamente, y está la persona... Igual que en los bares, en los bares lo han prohibido por lo mismo. Y yo creo que en las terrazas también deberían, pienso.*

–M1: *Claro, es que... a ver, yo he fumado y soy bastante condescendiente con las personas que fuman, pero sí que es cierto que, en las terrazas, si tienes una persona al lado fumando, el humo te molesta.*

–M3: *Molesta muchísimo.* [Barrio NSE alto, GD3: grupo mixto, personas mayores, mayores de 60 años]

Por otro lado, los/as participantes del barrio de NSE medio percibieron que, tras la implantación de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo en el año 2011, las familias con hijos/as menores de edad visitaban con mayor asiduidad el interior de los bares y restaurantes que antes de la entrada en vigor de la ley. Los/as participantes de este barrio percibieron que la principal razón detrás de este cambio en el comportamiento de los/as clientes/as de los bares y restaurantes radicaba en la menor exposición al HAT en los espacios interiores. Los/as participantes de este barrio también percibieron cambios en la edad de los clientes que acudían a las terrazas de los bares y restaurantes. Así, se percibía que los/as clientes fumadores/as que se situaban en las terrazas de los bares podrían pertenecer a grupos de edades más jóvenes que antes de la entrada en vigor de la ley, cuando no era tan frecuente ver a personas jóvenes fumando en estos lugares. Además, los/as participantes de este barrio también han observado una disminución en el número de clientes/as fumadores/as de edad avanzada en el interior de los bares y restaurantes. Estos/as clientes/as han sido identificados como aquellos/as que menos a favor estaban de la actual legislación que prohíbe el consumo de tabaco en los espacios interiores de los negocios de hostelería. A pesar de

las modificaciones llevadas a cabo por los/as propietarios/as de los negocios de hostelería en el entorno físico (instalación de calefactores, refugios, y mesas con ceniceros), los participantes no han observado que las personas mayores fumadoras hayan seguido acudiendo con la misma asiduidad a los bares y restaurantes como antes de la entrada en vigor de la Ley 42/2010. Nuestros resultados sugieren que, tras los cambios introducidos por la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo, en este barrio, los/as jóvenes fumadores/as podrían haber ajustado mejor su comportamiento con respecto al consumo de tabaco en bares y restaurantes que las personas mayores fumadoras.

*–M2: Ahora también, porque ya no se fuma, o sea que la gente que tiene niños y va pues a comer al bar, a comer una tapa, pues sí los lleva. Pero vamos, que no es lo mismo de antes, ¿eh? Antes es que era... todo el mundo que iba a los bares fumando. O casi todo el mundo.*

*[...]*

*–H1: En cuanto pusieron la ley de “ya no se fuma en interiores (refiriéndose a la Ley 42/2010)”, los abuelos se retiraron. Porque, claro, no estaban dispuestos a pasar frío ahí a la calle. Y quitando ya ese público, empezó a cambiar. Ellos llevaban el tirón. Nosotros seguíamos con el tirón, ¿no?, de alguna manera. Pero ya no íbamos tanto como ellos... Ya cuando tienes hijos, ya no ibas a los bares porque estaban llenos de humo... Y con la ley empezó a cambiar. [Barrio de NSE medio, GD9: grupo mixto, diferentes responsabilidades familiares, 40-59 años]*

Finalmente, los/as participantes no fumadores/as del barrio de NSE bajo, percibieron que las terrazas al aire libre de los bares y restaurantes facilitaban el consumo de tabaco

en el barrio. Este grupo de participantes a menudo se refería a estos espacios al aire libre como si fueran espacios designados para fumadores/as. Lo que recuerda a las zonas para fumadores establecidas en el interior de los bares y restaurantes con la anterior regulación (Ley 28/2005). Los/as participantes no fumadores/as o exfumadores/as de este barrio percibieron la exposición al HAT en estos espacios al aire libre como algo desagradable. Sin embargo, los mismos participantes comprendían que las personas fumadoras necesitaban fumar, y que, por lo tanto, necesitarían sus propios espacios donde se permitiera fumar (terrazas y entradas de los bares y restaurantes). Hemos encontrado que en estos espacios al aire libre del sector hostelero en el barrio de NSE bajo el consumo de tabaco no ha sido desnormalizado. De hecho, las personas no fumadoras han empatizado con las personas fumadoras. En este barrio, los/as participantes percibieron que en ocasiones los bares y restaurantes parecían estar divididos en dos espacios diferenciados. Por un lado, los entornos al aire libre (terrazas y entradas) donde las personas fumadoras se situaban de forma general; y, por otro lado, los espacios interiores, donde a menudo se localizarían las personas no fumadoras. Varios/as participantes fumadores/as reportaron que a la hora de decidir a qué bar o restaurante acudir, se guiaban por el hecho de si estos locales disponían de una terraza donde poder fumar. Estos/as participantes percibieron que las terrazas se diseñaron para el consumo de tabaco.

*Yo ahora mismo no puedo entrar en un sitio donde estén fumando, es un rechazo total, pero fuman en las puertas y si quieres estar en un sitio público o en una terraza en verano pues no puedes porque el de la mesa de al lado fuma y el humo viene. [Barrio de NSE bajo, ES2: hombre, jubilado, 60–79 años]*

–H2: *Y con respecto a lo de “No entras en un bar porque no puedes fumar”, eso, bueno, al principio también.*

–H5: *Te corta bastante, no...*

–H2: *Pero ¿qué es lo que haces? Que buscas un bar que tenga terraza.*

–H1: *Sí, claro.*

–H2: *Es lo que buscas, buscas un bar que esté tranquilo, que puedas salir tranquilamente y sentarte en una mesa en la terraza. [Barrio de NSE bajo, GD8: hombres, personas mayores, mayores de 60 años]*

–H1: *No, y además suele haber ya la costumbre de unas mesitas fuera... Sí...hacer un pequeño espacio.*

–H3: *Ya... ya está aceptado. Afortunadamente está aceptada.*

–H1: *Una pequeña entrada que hay como zonas para fumar. Como unos veladores, sí. [Barrio NSE bajo, GD5: grupo mixto, personas mayores, 60-79 años].*

## ***REUBICACIÓN DE PERSONAS FUMADORAS Y SUS CONSECUENCIAS***

La actual ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo que entró en vigor en el año 2011 parece haber estado desplazando a las personas fumadoras a los espacios urbanos al aire libre que actualmente no están regulados por dicha legislación. Además, este efecto no se está produciendo únicamente en los bares y restaurantes, sino que también se ha podido observar en otros espacios urbanos al aire libre tales como las paradas de los autobuses, las entradas a los centros de trabajo, las entradas a los centros escolares, y las entradas de los hogares. Nuestros resultados sugieren que la reubicación de las

personas fumadoras en los espacios urbanos al aire libre anteriormente mencionados, debido a la entrada en vigor de la Ley 42/2010, ha tenido varias consecuencias no deseadas. Además, nuestros resultados sugieren que la percepción de estas consecuencias ha variado en función del NSE del barrio en el que nos encontremos. Así, en el barrio de NSE alto, donde el consumo de tabaco parece haberse desnormalizado en mayor medida que en los otros dos barrios, el consumo de tabaco en espacios urbanos al aire libre también se ha percibido de forma negativa, considerándose en ocasiones como un mal hábito. En este barrio, la percepción que los/as participantes fumadores/as tienen sobre el tabaquismo parece haber sido influenciada por la presión social existente con relación al consumo de tabaco. En este barrio, fumar se ha considerado como una conducta de riesgo que empeora no solamente la salud del que fuma, sino también la salud de las personas expuestas al HAT. De hecho, varios/as participantes fumadores/as trataron de evitar el consumo de tabaco en espacios urbanos al aire libre para no ser identificados/as como fumadores/as debido a la percepción negativa que se tiene de estos. Esta percepción negativa de los/as fumadores/as se ha debido a las molestias que causa el humo del tabaco a las personas no fumadoras y a los efectos nocivos para la salud de la exposición al HAT. Así, parece que, con el paso del tiempo desde la entrada en vigor de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo en el año 2011, en este barrio, se ha percibido una disminución de las personas fumadoras en las entradas a los centros de trabajo. Además, el consumo de tabaco tampoco se ha aceptado en los hogares. En este barrio los/as participantes reportaron que se podía ver a personas fumadoras consumiendo tabaco frente a las entradas de sus hogares. Respecto a este comportamiento, parece que las personas fumadoras tenían como objetivo proteger a sus familias de la exposición al HAT en sus hogares, sobre todo a los/as menores. Debido a la reducción percibida de personas fumadoras en espacios urbanos al aire

libre, aquellos/as participantes que todavía fumaban en el barrio mostraron, en ocasiones, un sentimiento de aislamiento y soledad que no sufrían antes de la entrada en vigor de la Ley 42/2010. Estos sentimientos, unidos al conocimiento de que fumar se ha considerado por el resto de los/as vecinos/as como una conducta de riesgo, podrían ser dos factores fundamentales para entender la desnormalización del consumo de tabaco incluso en los espacios al aire libre que no están regulados por la actual ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Además, todo indica que el NSE del barrio en el que se vive podría haber tenido cierta influencia sobre este sentimiento de aislamiento y soledad que reportaron las personas fumadoras. Finalmente, dichos sentimientos no han sido reportados por las personas fumadoras de los otros dos barrios estudiados en la presente investigación.

*Es que la gente en realidad los ves fumando en la calle, o sea, enfrente de los portales porque salen, en todas partes, en el trabajo y en las casas, y salen y están fumando por allí, o en la puerta de la tienda o en la puerta del restaurante, sí. Pero ha bajado muchísimo. [Barrio de NSE alto, ES1: hombre, jubilado, 60-79 años]*

*Pero yo sigo fumando [...] mis amigos más íntimos han dejado de fumar, en el trabajo por ejemplo que hace unos años bajábamos, pues de la gente que más o menos estamos, tenemos más relación, normalmente nos juntábamos 6, 7, 8 fumando, al tiempo, en determinados momentos y hay muchísimas veces que me veo solo fumando, es súper triste, lo pasas fatal". [Barrio de NSE alto, ES9: hombre, estudios superiores, sin responsabilidades familiares, 40-59 años]*

Por otro lado, los/as participantes del barrio de NSE medio percibieron que las personas fumadoras se congregaban en las entradas de los centros de trabajo desde que se prohibió el consumo de tabaco en el interior, lo que aumentó la percepción de exposición al HAT en estos espacios. Además, los participantes percibieron que en estos lugares se ha producido una compensación de consumo de tabaco. Es decir, al estar prohibido el consumo de tabaco en el interior de los centros de trabajo, las personas fumadoras tenderían a compensar la cantidad de tabaco que se consumiría en el exterior de los centros de trabajo con respecto a la cantidad de tabaco que se ha dejado de consumir en el interior de los espacios de trabajo. Esta compensación de consumo de tabaco en los exteriores de los espacios de trabajo en este barrio podría entenderse como otro de los efectos no deseado de la actual ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo, junto con la reubicación de los fumadores y la mayor exposición al HAT en dichos lugares.

*Pues yo creo que no, yo creo que cuanto más se prohibía fumar (en interiores) más se fumaba (en exteriores). Yo lo notaba, porque entonces trabajaba en el hospital y cuando nos prohibieron fumar yo dije “qué bien”, y yo tenía el turno de 3 a 10, yo dije “si yo entro a las 3, me fumo un cigarro, y ya no puedo fumar dentro del recinto, solamente podíamos fumar en la puerta del hospital, con lo cual a lo mejor tienes que andar un kilómetro. Dije: “pues en la hora de mi merienda que son 20 o 30 minutos, sí puedo irme hasta la puerta y fumarme un cigarro. Mentira, porque antes de fumar no te fumabas uno, te fumabas tres seguidos, en la hora de la merienda no merendábamos, la gente fumaba un cigarro detrás de otro, y salían y fumabas de camino a casa te habías fumado lo mismo que habías fumado en las 7 horas que ya no he fumado. [Barrio de NSE*

medio, ES4: hombre, estudios secundarios, con responsabilidades familiares, 40-59 años]

Nuestros resultados sugieren que el consumo de tabaco es percibido como una necesidad por los/as participantes fumadores/as de los barrios de NSE medio y bajo. Los/as participantes fumadores/as justificaban el consumo de tabaco debido a la ansiedad que les producía el estilo de vida actual, muy centrado en el trabajo y en la inmediatez. Este podría ser uno de los factores que estarían detrás de que el consumo de tabaco no se haya desnormalizado tanto en los espacios urbanos al aire libre de los barrios de NSE bajo y medio como en el barrio de NSE alto. Esto implicaría que, tanto la aceptación de las zonas de fumadores al aire libre, como la socialización que se ha venido produciendo en estos espacios entre las personas fumadoras han influido en el hecho de que los/as fumadores/as en estos dos barrios no se hayan sentido solos o tristes cuando fumaban en espacios urbanos al aire libre, algo que sí ocurría en el barrio de NSE alto.

*–H2: ¿Yo, sabes lo que pienso? Que realmente tendríamos que aprender a bajar un poquito nuestros biorritmos, intentar controlar la ansiedad, y todo lo que motiva el que de alguna manera bebamos demasiado, fumemos demasiado, y hagamos todo como muy compulsivamente.*

*–M1: Lo que pasa que como no cambiemos nuestro estilo de vida, me parece a mí que no será posible fumar menos... [Barrio de NSE medio, GD1: grupo mixto, residentes de origen latino y español, trabajadores/as precarios/as y desempleados/as, 40-59 años]*

*–M5: También conoces gente. Yo he salido a fumar fuera de los sitios, hay gente fumando “A echar el cigarrito”, te pones a hablar y conoces gente (risas).*

*–M2: Eso es verdad. Eso es verdad.*

*–M5: Anda que no he hecho yo amistades desde que hay que salir fuera a fumar. Porque yo estaba con mi marido, mis amigos, mi grupo, y fumábamos el cigarro y tal y cual, y ahora sales y conoces gente nueva. [Barrio de NSE bajo, GD6: mujeres, residentes de origen latino y español, diferentes grados de responsabilidad familiar, 40-59 años]*

Aparte de las percepciones de la exposición de las personas no fumadoras al HAT en los barrios de NSE bajo y medio, la reubicación de las personas fumadoras en espacios urbanos al aire libre también parece haber tenido otras dos consecuencias que resultaron relevantes para el análisis de las desigualdades en salud urbana: la basura en forma de colillas y el ruido. Los/as participantes de los barrios de NSE medio y bajo creían que, tanto la basura en forma de colillas de cigarrillos, como las molestias relacionadas con el ruido de las zonas exteriores de bares con horarios nocturnos, aumentaron después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010 que entró en vigor en el año 2011 y que ha reubicado a las personas fumadoras en los espacios urbanos al aire libre. Dichas consecuencias se han considerado importantes en nuestro análisis ya que, junto con la exposición al HAT, también podrían haber estado afectando a la salud de los residentes. Aunque, en los discursos recogidos inicialmente en las ES y GD realizados en el barrio de NSE alto no se hablaba de la percepción de colillas en las calles del barrio, en la sesión de devolución de resultados de dicho barrio sí que se añadió a nuestros resultados iniciales dicho dato. Los participantes relacionaron la presencia de colillas en los espacios urbanos al aire libre con la falta de ceniceros en las basuras (barrio de NSE

alto), y con el poco uso que se hacía de dichos ceniceros (barrio de NSE bajo). De hecho, las colillas de cigarrillos en espacios urbanos al aire libre se percibieron muy negativamente entre los/as participantes de los tres barrios estudiados.

*En cuanto a lo de las colillas, yo sí que creo que hay pocos puntos de recogida de colillas como para poder exigir que la gente se desplace a ellos. [Sesión de devolución de resultados, barrio de NSE alto]*

*–M2: Pero fumamos en la calle, se fuma más en la calle. Se tiran más colillas a la calle. Entonces eso repercute en que haya más colillas en la calle.*

*–M1: Pero todas las papeleras tienen...En las papeleras hay ceniceros.*

*–M2: Sí, pero nadie los usa. Aunque yo tiro mi cigarrito al... Yo lo hago.*

*–H1: Yo también.*

*–M2: Que, igual que tú recoges la caquita de tu perro, yo cojo mi cigarro y yo lo tiro.*

*–M5: Sí. Pero, en general, en general la gente lo tira al suelo.*

[Barrio de NSE bajo, GD12: grupo mixto, trabajadores/as precarios/as, mayores de 40 años]

La segunda consecuencia de la reubicación de fumadores en los espacios urbanos al aire libre fue percibida sobre todo por los/as participantes de los barrios de NSE medio y bajo. En estos dos barrios se reportó que la reubicación de fumadores en los espacios exteriores de los bares con horario nocturno provocaba ruidos molestos a los residentes que vivían cerca de dichos lugares. Así, las aglomeraciones de personas fumadoras en las terrazas y en las entradas de los bares con horario nocturno provocaron molestias debidas al ruido. Dichas molestias por ruido fueron asociadas a la socialización de

los/as fumadores/as en las zonas al aire libre de bares con horario nocturno. Los ruidos producidos por las aglomeraciones de fumadores/as afectaron negativamente a los/as residentes de los barrios de NSE medio y bajo, especialmente a aquellos/as que residían cerca de zonas donde se ubicaban los bares con horario nocturno. Los/as participantes de estos dos barrios sintieron que las molestias provocadas por el ruido eran estresantes y difíciles de solucionar. Además, la instalación de refugios, calentadores y mesas con ceniceros en las zonas exteriores de los bares favorecieron este tipo de comportamientos que, en muchas ocasiones afectaban a la calidad del sueño de los/as residentes.

*–M5: No puedes dormir, porque tienes que abrir las ventanas y te hacen daño las voces.*

*–M6: Claro, si ahora en cualquier sitio, como no se puede fumar dentro, salen fuera, además, y claro, hablan, pues para todo, para el edificio entero.*

*–M5: Atacada de los nervios. Al día siguiente tienes que rendir 8 horas. Eso es un atentado contra la salud. [Barrio de NSE medio, GD6: mujeres, personas mayores, 60–79 años]*

## **DISCUSIÓN**

Nuestros hallazgos muestran diferencias con respecto a la distribución socioespacial del tabaquismo según el NSE del barrio. Además, también muestran diferencias en la eficacia de la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo entre los tres barrios estudiados. Estos resultados coinciden con otras investigaciones previas que también han tomado como referencia el NSE para estudiar el consumo de tabaco, su distribución socioespacial y la eficacia de las intervenciones para reducir el consumo de tabaco o la exposición al HAT (Barnett, Moon, Pearce, Thompson & Twigg, 2017; Frohlich, Mykhalovskiy, Poland, Haines-Saah & Johnson, 2012; Frohlich, Poland, Mykhalovskiy, Alexander & Maule., 2010). El uso de un enfoque cualitativo para

analizar las percepciones de los/as residentes de los barrios estudiados nos ha permitido comprender la influencia diferencial que la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo parece haber tenido sobre tres barrios con distinto NSE de la ciudad de Madrid. El enfoque cualitativo de este trabajo también ha sido útil para comprender cómo el consumo de tabaco a nivel individual, y las actitudes colectivas hacia el tabaquismo, se integran en el entorno urbano. Además, también nos ha proporcionado información muy valiosa sobre cómo han cambiado los comportamientos y las actitudes hacia el consumo de tabaco en el entorno urbano, y cómo estos se relacionan con la entrada en vigor de la Ley 42/2010 y el NSE del barrio en el que se vive. Nuestros resultados sugieren que, por un lado, la Ley 42/2010 ha contribuido a la desnormalización del tabaquismo, y, por otro lado, también ha contribuido al cambio del entorno urbano tras su aplicación en el año 2011, lo que coincide con otras investigaciones previas realizadas en otros países como Canadá (Poland et al., 2006) y Escocia (Ritchie, Amos & Martin, 2010a; Ritchie, Amos & Martin, 2010b).

Nuestros resultados con respecto a las percepciones de menor exposición al HAT en entornos interiores coinciden con otras investigaciones españolas, como la de Fernández et al., (2017), que muestra como la exposición auto percibida al HAT pasó de un 71% en 2006 al 45,2% en 2011 en España tras la aplicación de la actual ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Además, las restricciones de consumo de tabaco en espacios interiores podrían estar relacionado con un impacto positivo en la reducción del consumo de tabaco (Kaufman, Griffin, Cohen, Perkins & Ferrence, 2010; Sureda et al., 2015)

Investigaciones previas (Frohlich, Potvin, Chabot & Corin, 2002; Poland, 2000; Poland et al., 2006) centraron sus análisis sobre el efecto que tienen las restricciones de consumo de tabaco con relación al NSE, la capacidad de agencia de los individuos, y las

diferencias en las relaciones de poder. Estas investigaciones llegaron a la conclusión de que la agencia de las personas fumadoras de NSE bajo y medio para controlar su consumo de tabaco podría verse limitada por características sociales y estructurales que están fuera de su control y que tienen cierta influencia en el consumo de tabaco. Además, las personas fumadoras con un NSE alto, debido a su posición socioeconómica ventajosa, tienen una mayor capacidad de agencia que les permitiría cambiar y adaptar mejor su consumo de tabaco con respecto a las restricciones existentes en una determinada sociedad.

En cuanto a los resultados correspondientes a la percepción de exposición al HAT, nos encontramos con que uno de los espacios urbanos al aire libre donde más se percibe dicha exposición es en las paradas de autobús. Actualmente, estos espacios urbanos no están regulados por la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo vigente desde el año 2011. Nuestros resultados relativos a la exposición al HAT en dichos espacios urbanos al aire libre se encuentran respaldados por otra investigación realizada en la ciudad de Madrid (Valiente et al., 2019), que muestra cómo las paradas de autobús se encuentran entre los lugares donde los/as fumadores/as tienen mayor visibilidad en entornos urbanos (se observó visibilidad de fumadores/as en el 10% de las paradas de autobús). Además, nuestros resultados relativos a los cambios en los comportamientos de las personas fumadoras y las reacciones de las personas no fumadoras, se sustentan en otras investigaciones que muestran cómo las regulaciones integrales de consumo de tabaco pueden estar contribuyendo a desnormalizar el tabaquismo (Bell, 2013), y a cambiar los comportamientos de las personas fumadoras en espacios públicos urbanos de diferentes países (Kauffman et al., 2010; Poland, 1998, 2000; Ritchie et al., 2010a). En el caso de las percepciones de consumo de tabaco y exposición al HAT en las entradas de las escuelas, es necesario comentar que la Ley 42/2010 prohíbe fumar en los

espacios al aire libre pertenecientes a los centros escolares y solamente recomienda no fumar en zonas adyacentes a las escuelas. El hecho de que los/as estudiantes de educación secundaria con un NSE medio y bajo consuman tabaco también ha sido reportado en los resultados de otro estudio (David, Esson, Pericoc & Fitzpatrick, 2010). En dicho estudio se ponía de manifiesto que los adolescentes pertenecientes a grupos de NSE más bajos cuentan con unas normas sociales más permisivas con relación al tabaquismo, y viven en entornos sociales donde los miembros de la familia y sus compañeros/as de escuela tienen mayor probabilidad de fumar. Teniendo en cuenta nuestros resultados, la regulación de los espacios urbanos al aire libre adyacentes a los centros escolares podría ayudar a proteger a los/as jóvenes de la exposición al HAT. A su vez, quizás esta medida pueda ayudar a reducir la tasa de tabaquismo adolescente en España, que en 2018 fue del 35% (EDADES, 2018).

Con respecto a las percepciones que apuntan a la desnormalización del consumo de tabaco, nuestros resultados sugieren que las paradas de autobús podrían ser reguladas como espacios libres de humo en el futuro, en el caso de que la actual ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo se modificase. Dicho resultado, coincide con la investigación de realizada por Sureda et al., (2015), donde se mostraba que el 56% de la población apoyaría esa medida. Sin embargo, nuestra postura con respecto al aumento de las restricciones al consumo de tabaco es que deberían plantearse con cierta precaución, y contando siempre con una perspectiva social que incluya el nivel socioeconómico y la clase social. Como ha demostrado una investigación previa (Bell, Salmon, Bowers, Bell & McCullough, 2010), las personas fumadoras pertenecientes a estratos socioeconómicamente desfavorecidos podrían sufrir una doble estigmatización si aumentan las restricciones del consumo de tabaco (sobre todo en espacios públicos al aire libre). Además, como ya se ha mencionado anteriormente, en el caso de que

aumentasen las restricciones impuestas al consumo de tabaco en los espacios urbanos al aire libre, las personas fumadoras pertenecientes a los estratos socioeconómicamente aventajados podrían aprovechar su posición socioeconómicamente ventajosa para ajustar mejor su hábito tabáquico, y así evitar la confrontación pública con las personas no fumadoras (Poland, 2000), algo que las personas fumadoras de NSE bajo no podrían hacer con tanta facilidad.

Las leyes de medidas sanitarias frente al tabaquismo en España se han llevado a cabo en dos fases. Primero, en el año 2006 entró en vigor la Ley 28/2005, y, después, en el año 2011 lo hizo la Ley 42/2010. Investigaciones como la de Fernández et al., (2009), resaltan que la exposición al HAT en los locales de hostelería no se redujo después de la primera regulación del año 2006. Así, nuestros resultados con respecto a la percepción de la reducción de exposición al HAT en espacios interiores de los locales de hostelería se verían respaldados por el estudio de Fernández et al., (2017). Este estudio muestra cómo la exposición auto percibida al HAT disminuyó en la mayoría de los espacios interiores (incluyendo la hostelería), después de la entrada en vigor de la actual legislación (Ley 42/2010). Por otro lado, la prohibición de fumar en el interior de los locales de hostelería ha provocado que las personas fumadoras sean reubicadas en zonas al aire libre como terrazas y entradas de bares y restaurantes, lo que se relaciona con la percepción de exposición al HAT en estos lugares en los tres barrios estudiados. Una observación sistemática realizada bajo el marco de una investigación de Sureda et al., (2018) en la ciudad de Madrid, mostró que existían signos de consumo de tabaco en el 95% de las terrazas al aire libre de los bares y restaurantes observados, y en el 78% de las entradas a dichos locales de hostelería. Las alteraciones que ha sufrido el espacio urbano con relación a la transformación del sector hostelero después de la entrada en vigor de las restricciones al consumo de tabaco en espacios interiores también se ha

mostrado en estudios previos en otros países, como Escocia, donde Ritchie et al., (2010b), relacionan estas transformaciones para proteger a las personas fumadoras como posibles alicientes para seguir consumiendo tabaco en dichos espacios. Al contrario de lo que muestran los resultados de la investigación de Poland (2000) en Canadá, nuestros resultados no ponen de manifiesto que las personas fumadoras hayan percibido una pérdida del espacio público urbano relacionado con las restricciones del consumo de tabaco impuestas por la Ley 42/2010. Esto puede deberse a que la regulación del consumo de tabaco en espacios públicos al aire libre en países, como Canadá, han sido tradicionalmente más restrictivas que en nuestro país. Sin embargo, las personas no fumadoras sí que muestran ciertos sentimientos de haber perdido espacio urbano al aire libre debido a la reubicación de las personas fumadoras en estos espacios urbanos, especialmente en la hostelería (Sureda et al., 2015).

Nuestros resultados sugieren que la desnormalización del consumo de tabaco ha sido mayor en el barrio de NSE alto que en los otros dos barrios estudiados. Esto puede relacionarse con que la mayoría de los/as participantes de este barrio se mostraron partidarios del aumento de las restricciones al consumo de tabaco en espacios urbanos al aire libre. En esta línea, autores como Poland (2000), argumentan que el tabaquismo es percibido por la población socioeconómicamente privilegiada como un comportamiento insalubre o indeseado. Por otro lado, otra investigación señala que el consumo de tabaco se percibe como un comportamiento asociado a grupos socioeconómicamente desfavorecidos (Bell et al., 2010). En esa misma línea, un estudio previo llega a la conclusión de que las restricciones de consumo de tabaco se adoptan en mayor medida, y de forma más rápida, entre los grupos poblacionales pertenecientes a estratos socioeconómicos aventajados, debido a que su capacidad de agencia y adaptación está relacionada con el NSE (Frohlich et al., 2010).

Con respecto al contexto europeo, España no ha sido el único país que ha regulado el consumo de tabaco en espacios al aire libre. En otros países del entorno europeo, como Irlanda (Public Health Tobacco Amendment Act, 2004), Irlanda del Norte (The Smoking Northern Ireland Order, 2006) y Escocia (The Prohibition of Smoking in Certain Premises Regulations, 2006), también se ha restringido el consumo de tabaco en diversos espacios al aire libre. Sin embargo, existen diversas voces críticas con respecto a las restricciones impuestas al consumo de tabaco en espacios al aire libre ya que, entre otras cosas, podrían estar restringiendo la libertad y la autonomía de las personas (Bell et al., 2010; Chapman, 2000; 2008). A pesar de estas voces críticas, si adoptamos una óptica que solamente incluya el punto de vista relativo a la salud, se ha demostrado que las leyes que restringen el consumo de tabaco tienen efectos positivos en el estado de salud de la población (Frazer et al., 2016). Nuestros resultados relativos a la desnormalización del consumo de tabaco en el barrio de NSE alto coinciden con los de la investigación de Chapman & Freeman, (2008), donde se muestra la relación existente entre la desnormalización del consumo de tabaco y la estigmatización de las personas fumadoras. Otras investigadoras han concluido que la desnormalización del tabaquismo debido a las restricciones impuestas al consumo de tabaco contribuye a marginar y estigmatizar a las personas fumadoras pertenecientes a grupos socioeconómicamente desfavorecidos (Bell et al., 2010; Frohlich et al., 2012). Sin embargo, en la literatura internacional, sólo hemos encontrado resultados similares a los nuestros con respecto a la estigmatización percibida por los fumadores del barrio de NSE alto en las investigaciones de Stuber, Galea y Link (2008a) y Stuber, Meyer y Link (2008b). Estudios previos que han sido realizados en grandes ciudades de todo el mundo (Sureda et al., 2015; Kaufman et al., 2010; Valiente et al., 2019) han destacado como las leyes que restringen el consumo de tabaco en espacios interiores tienen como efecto

secundario la reubicación de las personas fumadoras en espacios al aire libre. Otros estudios también coinciden con nuestros resultados sobre la reubicación de las personas fumadoras en las entradas al lugar de trabajo, así como con el consumo de tabaco compensatorio después de la entrada en vigor de la prohibición de fumar en el interior de los centros de trabajo (Chapman, Haddad, & Sindhusake, 1997; Parry, Platt, & Thomson, 2000).

Nuestros resultados con respecto al aumento de la percepción de colillas de cigarrillos en espacios urbanos al aire libre donde los fumadores han sido reubicados coinciden con los resultados de las investigaciones realizadas por otros/as autores/as (Kaufman et al., 2010; Patel, Thomson, & Wilson, 2013). En la investigación de Valiente et al., (2020) se realizaron observaciones sistemáticas en la ciudad de Madrid, y se demostró que había presencia de colillas de cigarrillos en el 76% de los espacios al aire libre de los locales de hostelería (bares y restaurantes), y en el 65% de las paradas de autobús observadas. Además, el principal problema relacionado con las colillas de cigarrillos es que no son biodegradables, y contienen sustancias tóxicas que contribuyen a la contaminación medioambiental (Moerman & Potts, 2011; Novotny, Lum, Smith, Wang, & Barnes, 2009; Valiente et al., 2020). Esto podría afectar de forma indirecta al estado de salud de las personas que viven en un entorno con gran presencia de estos desechos. Por otro lado, nos encontramos con que las alteraciones provocadas por el ruido de las aglomeraciones de fumadores en espacios al aire libre de bares y restaurantes no se han estudiado con tanta profusión como otros efectos no deseados de las prohibiciones del consumo de tabaco en espacios interiores mencionados anteriormente. Solamente se han encontrado evidencias en un estudio realizado con mujeres que viven en barrios de NSE bajo (Moore, Annechino & Lee, 2009). De hecho, la literatura científica en la que se han evaluado los efectos de las prohibiciones de consumo de tabaco en espacios

interiores en bares y restaurantes, no han encontrado evidencia de molestias relacionadas con el ruido debido a la reubicación de personas fumadoras en espacios exteriores (Lock et al., 2010; Williamson et al., 2011). Las molestias derivadas del ruido que se produce por la aglomeración de personas fumadoras en las zonas al aire libre de los locales de hostelería (terrazas y entradas) podrían explicarse, en parte, por la socialización de los fumadores en estas zonas (Tan, 2013). Sin embargo, creemos que se necesitan más estudios que evalúen las molestias acústicas derivadas de la reubicación de personas fumadoras en las zonas al aire libre de los locales de hostelería.

### ***LÍMITES Y FORTALEZAS***

Este análisis tiene varias limitaciones que serán listadas a continuación. La principal limitación radica en que, si se hubiera realizado un estudio de características similares antes de la entrada en vigor de la actual ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo, se podrían haber obtenido datos suficientes para presentar evidencias de carácter longitudinal, como las presentadas por Hargreaves et al., (2010) sobre las regulaciones del consumo de tabaco en Inglaterra, y Ritchie et al. (2010b) sobre las regulaciones en Escocia. Debido al abordaje cualitativo utilizado en este trabajo no podemos asumir que exista un impacto diferencial de la Ley 42/2010 teniendo en cuenta el NSE de los barrios estudiados, ya que no disponemos de medidas objetivas de los niveles de nicotina en el ambiente. Sin embargo, creemos que este abordaje cualitativo podría ser muy útil a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones en salud pública a nivel nacional en contextos locales, como es el caso los tres barrios estudiados. Finalmente, el uso de *member checking* nos ha permitido completar nuestros resultados acerca de la percepción de las colillas de cigarros en los tres barrios estudiados, lo que subraya la importancia de la utilización de esta técnica en investigaciones cualitativas.

## **REFERENCIAS**

- Barnett, R., Moon, G., Pearce, J., Thompson, L., & Twigg, L. (2017). *Smoking geographies. Space, place and tobacco* (1st ed.). Wiley-Blackwell.
- Bell, K. (2013). Where There's Smoke There's Fire: Outdoor Smoking Bans and Claims to Public Space. *Contemporary Drug Problems*, 40(1), 99–128. <https://doi.org/10.1177/009145091304000106>
- Bell, K., Salmon, A., Bowers, M., Bell, J., & McCullough, L. (2010). Smoking, stigma and tobacco “denormalization”: Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on Social Science & Medicine's Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue (67: 3). *Social Science and Medicine*, 70(6), 795–799. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.060>
- Chapman, S. (2000). Banning smoking outdoors is seldom ethically justifiable. *Tobacco Control*, 9(1), 95–97. <https://doi.org/10.1136/tc.9.1.95>
- Chapman, S., & Freeman, B. (2008). Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry. *Tobacco Control*, 17(1), 25–31. <https://doi.org/10.1136/tc.2007.021386>
- Chapman, S., Haddad, S., & Sindhusake, D. (1997). Do work-place smoking bans cause smokers to smoke “harder”? Results from a naturalistic observational study. *Addiction (Abingdon, England)*, 92(5), 607–610.
- Chapman, S. (2008). Should smoking in outside public spaces be banned? No. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2804>
- Charmaz, Kathy. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- David M., A., Esson, K., Pericoc, A.-M., & Fitzpatrick, C. (2010). Tobacco use: Equity and social determinants. In E. Blas & A. Sivasankara Kurup (Eds.), *Equity, social*

*determinants and public health programmes* (pp. 199–218). World Health Organization.

Fernández, E., Fu, M., Pascual, J. A., López, M. J., Pérez-Ríos, M., Schiaffino, A., Martínez-Sánchez, J. M., Ariza, C., Saltó, E., Nebot, M., Martín, A., Borràs, J. M., Rania, S., Twose, J., Sánchez-Martínez, F., Centrich, F., Muñoz, G., Serrahima, E., Valverde, A., ... Coll, M. (2009). Impact of the Spanish smoking law on exposure to second-hand smoke and respiratory health in hospitality workers: A cohort study. *PLoS ONE*, *4*(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004244>

Fernández, E., Fu, M., Pérez-Ríos, M., Schiaffino, A., Sureda, X., & López, M. J. (2017). Changes in Secondhand Smoke Exposure After Smoke-Free Legislation (Spain, 2006–2011). *Nicotine & Tobacco Research*, *19*(11), 1390–1394. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx040>

Frazer, K., Callinan, J. E., Mchugh, J., van Baarsel, S., Clarke, A., Doherty, K., & Kelleher, C. (2016). Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2016, Issue 2). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005992.pub3>

Frohlich, K. L., Mykhalovskiy, E., Poland, B. D., Haines-Saah, R., & Johnson, J. (2012). Creating the socially marginalised youth smoker: The role of tobacco control. *Sociology of Health and Illness*, *34*(7), 978–993. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01449.x>

Frohlich, K. L., Poland, B., Mykhalovskiy, E., Alexander, S., & Maule, C. (2010). Tobacco control and the inequitable socio-economic distribution of smoking: smokers' discourses and implications for tobacco control. *Critical Public Health*, *20*(1), 35–46. <https://doi.org/10.1080/09581590802687358>

- Frohlich, K. L., Potvin, L., Chabot, P., & Corin, E. (2002). A theoretical and empirical analysis of context: Neighbourhoods, smoking and youth. *Social Science and Medicine*, 54(9), 1401–1417. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00122-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00122-8)
- Glaser, B. (2003). *The Grounded Theory Perspective II: Description's Remodeling of Grounded Theory Methodology*. Sociology Press.
- Hargreaves, K., Amos, A., Hight, G., Martin, C., Platt, S., Ritchie, D., & White, M. (2010). The social context of change in tobacco consumption following the introduction of “smokefree” England legislation: A qualitative, longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 71(3), 459–466. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.025>
- Kaufman, P., Griffin, K., Cohen, J., Perkins, N., & Ferrence, R. (2010). Smoking in urban outdoor public places: Behaviour, experiences, and implications for public health. *Health & Place*, 16(5), 961–968. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.05.012>
- Lock, K., Adams, E., Pilkington, P., Duckett, K., Gilmore, A., & Marston, C. (2010). Evaluating social and behavioural impacts of English smoke-free legislation in different ethnic and age groups: implications for reducing smoking-related health inequalities. *Tobacco Control*, 19(5), 391–397. <https://doi.org/10.1136/tc.2009.032318>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España*. Retrieved from [https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=5537](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=5537)  
Accessed 01/02/2020
- Moerman, J. W., & Potts, G. E. (2011). Analysis of metals leached from smoked cigarette litter. *Tobacco Control*, 20(1 SUPPL), 30–35.

<https://doi.org/10.1136/tc.2010.040196>

Moore, R. S., Annechino, R. M., & Lee, J. P. (2009). Unintended consequences of smoke-free bar policies for low-SES women in three California counties. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2 Suppl), S138-43.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.05.003>

Novotny, T., Lum, K., Smith, E., Wang, V., & Barnes, R. (2009). Cigarettes Butts and the Case for an Environmental Policy on Hazardous Cigarette Waste. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(5), 1691–1705.

<https://doi.org/10.3390/ijerph6051691>

Parry, O., Platt, S., & Thomson, C. (2000). Out of sight, out of mind: workplace smoking bans and the relocation of smoking at work. *Health Promotion International*, 15(2), 125–133. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.2.125>

Patel, V., Thomson, G. W., & Wilson, N. (2013). Cigarette butt littering in city streets: a new methodology for studying and results: Table 1. *Tobacco Control*, 22(1), 59–62. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2012-050529>

Poland, B. (1998). Smoking, stigma, and the purification of public space. In R. A. Kearns & W. M. Gesler (Eds.), *Putting health into place: Making connections in geographical research* (pp. 208–225). Syracuse University Press.

Poland, B. (2000). The “considerate” smoker in public space: the micro-politics and political economy of “doing the right thing”. *Health & Place*, 6(1), 1–14.

Poland, B., Frohlich, K., Haines, R. J., Mykhalovskiy, E., Rock, M., & Sparks, R. (2006). The social context of smoking: the next frontier in tobacco control? *Tobacco Control*, 15(1), 59–63. <https://doi.org/10.1136/tc.2004.009886>

Public Health Tobacco Amendment ACT 2004, Pub. L. No. 6 (2004). Retrieved from <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2004/act/6/enacted/en/html> Accessed

14/04/2020

- Ritchie, D., Amos, A., & Martin, C. (2010a). Public places after smoke-free—A qualitative exploration of the changes in smoking behaviour. *Health & Place*, *16*(3), 461–469. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.12.003>
- Ritchie, D., Amos, A., & Martin, C. (2010b). “But it just has that sort of feel about it, a leper”--stigma, smoke-free legislation and public health. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, *12*(6), 622–629. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq058>
- Stuber, J., Galea, S., & Link, B. G. (2008). Smoking and the emergence of a stigmatized social status. *Social Science and Medicine*, *67*(3), 420–430. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.010>
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science and Medicine*, *67*(3), 351–357. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023>
- Sureda, X., Bilal, U., Fernández, E., Valiente, R., Escobar, F. J., Navas-Acien, A., & Franco, M. (2018). Second-hand smoke exposure in outdoor hospitality venues: Smoking visibility and assessment of airborne markers. *Environmental Research*, *165*, 220–227. <https://doi.org/10.1016/J.ENVRES.2018.04.024>
- Sureda, X., Fernández, E., Martínez-Sánchez, J. M., Fu, M., López, M. J., Martínez, C., & Saltó, E. (2015). Secondhand smoke in outdoor settings: Smokers’ consumption, non-smokers’ perceptions, and attitudes towards smoke-free legislation in Spain. *BMJ Open*, *5*(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007554>
- Tan, Q. H. (2013). Smell in the City: Smoking and Olfactory Politics. *Urban Studies*, *50*(1), 55–71. <https://doi.org/10.1177/0042098012453855>
- The Prohibition of Smoking in Certain Premises (Scotland) Regulations 2006, Pub. L.

- No. 90 (2006). Retrieved from <http://www.legislation.gov.uk/ssi/2006/90/introduction/made> Accessed 14/04/2020
- The Smoking (Northern Ireland) Order 2006, Pub. L. No. 2957 (2006). retrieved from <http://www.legislation.gov.uk/nisi/2006/2957/contents> Accessed 14/04/2020
- Valiente, R., Escobar, F., Pearce, J., Bilal, U., Franco, M., & Sureda, X. (2020). Estimating and mapping cigarette butt littering in urban environments: A GIS approach. *Environmental Research*, 183. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109142>
- Valiente, R., Sureda, X., Bilal, U., Navas-Acien, A., Pearce, J., Franco, M., & Escobar, F. (2019). Regulating the local availability of tobacco retailing in Madrid, Spain: A GIS study to evaluate compliance. *Tobacco Control*, 28(3), 325–333. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054269>
- Williamson, A. A., Fox, B. J., Creswell, P. D., Kuang, X., Ceglarek, S. L., Brower, A. M., & Remington, P. L. (2011). An observational study of the secondary effects of a local smoke-free ordinance. *Preventing Chronic Disease*, 8(4), A83.

## **CAPÍTULO 2**

### **LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ENTORNO URBANO**

En este capítulo se va a desarrollar la primera parte de los resultados correspondientes al análisis de la dimensión del consumo de alcohol. Debido a la importancia que en nuestros datos tenía el consumo de alcohol, y la densidad teórica derivada de los análisis se decidió separar los resultados en dos capítulos independientes. Para este análisis se consideraron las percepciones del consumo de alcohol en el entorno urbano que estuvieran influenciadas por factores sociales, económicos y culturales.

El objetivo de este análisis es explorar los procesos mediante los cuales los factores sociales, económicos, culturales pueden influir en el consumo de alcohol en el entorno urbano; y explorar la importancia que tiene el lugar en el que se consume alcohol en la percepción de este comportamiento.

#### ***ANÁLISIS DE LOS DATOS***

Para el análisis contenido en este capítulo se optó por las técnicas de codificación de la TF de Strauss y Corbin (Corbin & Strauss, 2015). En este caso, la justificación de la selección de esta técnica de análisis se basa, por un lado, en la importancia que se le da al contexto, y, por otro lado, en la codificación en busca de procesos. En este caso, el objetivo del análisis es buscar los procesos (Corbin & Strauss, 2008) subyacentes al consumo de alcohol realizado en diferentes lugares dentro del entorno urbano.

Tras realizar una lectura inmersiva de los datos disponibles (37 ES y 29 GD), el proceso de análisis comenzó con la codificación abierta (línea a línea) que se utilizó para

facilitar el acceso a los datos a través de los códigos preliminares surgidos de este primer paso. En este primer paso del proceso de codificación se utilizó la comparación constante (Glaser, 2003) para clasificar los códigos que iban surgiendo según sus similitudes y diferencias. Así, los códigos similares fueron clasificados en categorías emergentes preliminares, cuya densidad teórica iba aumentando conforme avanzaba la clasificación de los códigos. Una vez clasificados todos los códigos en categorías preliminares, se utilizó la codificación axial (Strauss & Corbin, 1990) para establecer relaciones entre las distintas categorías. Mediante esta técnica de codificación, tanto las categorías preliminares, como los códigos clasificados en ellas, fueron comparados para establecer las relaciones existentes entre todos ellos. Este proceso permitió aumentar aún más la densidad teórica de las categorías preliminares entre las que, poco a poco, iban surgiendo algunas categorías con mayor densidad teórica y poder explicativo que otras. Finalmente, se utilizó una codificación selectiva para identificar aquellas categorías que podrían convertirse en categorías sólidas, y para desechar aquellas cuya densidad teórica y poder explicativo no era suficiente. Dentro de las categorías seleccionadas, destacaron dos categorías con gran densidad teórica y poder explicativo, en las que el resto de las categorías seleccionadas podían integrarse. Estas dos categorías fueron seleccionadas como las categorías principales de este análisis. Al igual que en el capítulo anterior, se trabajó en conjunto con el resto de los/as investigadores/as del proyecto cualitativo durante el proceso de análisis de los datos. A través de reuniones y discusiones en las distintas fases del proceso de análisis de los datos se refinaron los resultados finales.

Siguiendo las estrategias de codificación de la TF de Strauss y Corbin, se identificaron dos categorías principales: 1) factores sociales, culturales y económicos que ayudan a entender el consumo de alcohol en el entorno urbano; y 2) el uso del espacio público

urbano al aire libre para el consumo de alcohol. Dentro de la primera categoría principal mencionada se clasificaron tres subcategorías: a) el alcohol como facilitador de las relaciones sociales en bares, b) consumo de alcohol y género: cambios en las normas culturales tradicionales con respecto a los últimos 20 años, y c) la influencia del precio y del estado de salud en el tipo de alcohol que se consume. Por otro lado, la segunda categoría principal se sustenta sobre dos subcategorías: a) personas pertenecientes a grupos socioeconómicos desventajados consumiendo alcohol en espacios públicos urbanos, y b) el aumento en los últimos 20 años del consumo compulsivo de alcohol (*binge drinking*) entre los/as jóvenes.

Tanto las categorías principales como las subcategorías mencionadas que las componen serán desarrolladas en las siguientes páginas de este trabajo. Para contextualizar las descripciones, abstracciones e interpretaciones de las categorías y subcategorías se presentarán fragmentos de los discursos extraídos de los GD y de las ES realizados en los tres barrios. Además, al igual que en el capítulo anterior, se ha acompañado a cada fragmento de discurso con una pequeña descripción de las características sociodemográficas del GD, o del perfil de la ES; dicha descripción va entre paréntesis inmediatamente después del verbatim. Los GD y las ES de los cuales se han extraído los fragmentos de discursos para ilustrar las subcategorías aparecen numerados y pueden consultarse en las tablas 3 y 4 del apartado metodológico del presente trabajo. En los fragmentos de discursos pertenecientes a los GD se ha establecido un sistema para garantizar el anonimato de los/as participantes basado en si el/la participante es hombre (H) o mujer (M), y en un número (generalmente del 1 al 8, dependiendo del número de participantes del GD, y del orden en el que intervino por primera vez el participante). Así, en el caso de que un fragmento muestre una conversación entre varios/as

participantes, antes de cada intervención aparecerá una H o una M acompañado de un número.

### ***FACTORES SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS QUE AYUDAN A ENTENDER EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ENTORNO URBANO***

Como ya se ha mencionado en la introducción a este capítulo, la categoría principal de este análisis se construyó tomando como base 3 subcategorías: a) el alcohol como facilitador de las relaciones sociales en bares, b) consumo de alcohol y género: cambios en las normas culturales tradicionales con respecto a los últimos 20 años, y c) la influencia del precio y del estado de salud en el tipo de alcohol que se consume.

Esta categoría principal nació de la presencia en los tres barrios estudiados de factores sociales (socialización, relaciones sociales), económicos (NSE del barrio, individual y precio del alcohol) y culturales (normas), relacionados con procesos que se encuentran detrás de las diferencias en el consumo de alcohol en el entorno urbano. Existen ciertos códigos que han emergido de los discursos de los/as participantes de los tres barrios como “beber alcohol para socializar”, “normas permisivas con el consumo de alcohol femenino”, “efecto beneficioso del consumo de alcohol moderado”, “es difícil dejar de beber cerveza y vino”, y “la cerveza es la bebida que más se consume”. Dichos códigos fueron clasificados en las tres subcategorías que se van a desarrollar en este epígrafe.

En la Ilustración 4 puede verse un diagrama donde cada círculo representa uno de los barrios estudiados, en los cuales se han clasificado códigos pertenecientes a cada subcategoría (identificados con una “a”, “b”, o “c”, según la subcategoría a la que pertenecen). Esta forma de presentación de los resultados nace durante el proceso de codificación axial y codificación selectiva. En las intersecciones de los círculos

(señaladas con líneas discontinuas) se han situado aquellos códigos que aparecen en los discursos más de un barrio, y en el centro los que aparecen en los tres barrios.

*Ilustración 4. Clasificación según barrio de los códigos sobre los que se construyen las tres subcategorías integradas en la categoría principal Factores sociales, culturales y económicos que ayudan a entender el consumo de alcohol en el entorno urbano.*



## ***EL ALCOHOL COMO FACILITADOR DE LAS RELACIONES SOCIALES EN BARES***

Esta primera subcategoría surgió de la importancia que los/as participantes de los tres barrios estudiados dieron a la percepción del consumo de alcohol en bares como un instrumento facilitador de las relaciones sociales. En los tres barrios se percibía que la razón más común para consumir alcohol en bares se relacionaba con el hecho de mantener relaciones sociales entre iguales. Los/as participantes de los barrios de NSE medio y alto consideraban que la socialización en la que el alcohol era un facilitador se producía principalmente los fines de semana, y era practicada principalmente por personas adultas de mediana edad. De hecho, algunos/as participantes reportaron que únicamente consumían alcohol en bares ya que lo consideraban como una actividad de ocio que formaba parte de su tiempo libre. En el barrio de NSE alto se percibía el tipo de bares, y el consumo de alcohol que se hacía en ellos, como algo exclusivo del barrio, y para ilustrarlo se comparaba el consumo de alcohol que se hacía en bares y terrazas del barrio con el consumo que se hacía en el centro de la ciudad. Por otro lado, algunos/as participantes de mediana edad y con hijos del barrio de NSE medio consideraban que las responsabilidades familiares y laborales propias de los días laborables les obligaban a restringir el consumo de alcohol a los fines de semana. Así, en el fragmento de texto que hemos seleccionado para ilustrar este resultado, se comparaba, de forma figurativa, el consumo de alcohol que se hacía en días laborales con el consumo de alcohol que se haría durante el ramadán. Finalmente, los/as participantes del barrio de NSE bajo percibieron el consumo de alcohol en bares como la mejor forma de mantener las relaciones sociales. Además, los/as participantes de este barrio percibieron la existencia de ofertas de cerveza que facilitaba su consumo, que el

precio del alcohol era barato en comparación con otras zonas de la ciudad, y que en ocasiones el “consumo social” de alcohol podía ser algo “elevado” cuando se miraba desde una óptica relativa al consumo saludable de alcohol.

*En este barrio hay consumo de alcohol de fin de semana, aunque no es como el centro de Madrid por ejemplo o el barrio de Huertas<sup>6</sup> o algo así que acude todo el mundo a consumir. aquí en este barrio existe un consumo de cierto nivel y tiene distintas terrazas y locales, que al caer de la tarde del viernes y del sábado sobre todo va mucha gente. Quedan grupos que matrimonios o lo que sea, Y luego además pues gente que entra de las afueras de Madrid, de la zona norte, de las zonas guay y tal pues por aquí entran también bien. O sea, que es una zona en la que se practica bastante la sociabilización alcohólica, sí. [Barrio de NSE alto, ES9: hombre, estudios superiores, sin responsabilidades familiares, 60-79 años]*

*De lunes a jueves hay “ramadán” y luego el viernes ya se puede quedar para tomar algo. Luego el sábado y domingo sí, hay aperitivo, copas y te puedes coger la cogorza más gorda del mundo, pero el lunes otra vez se vuelve al trabajo, se vuelve al gimnasio, se vuelve a todo. Eso está por lo menos en mi entorno y se lleva, también porque muchos de ellos ya tienen hijos y cosas así, pero incluso los que no tienen hijos, lo llevan así. Si te ves entre semana con amigos no hay cañas incluso ni se queda, por evitar tentaciones, porque si sales*

---

<sup>6</sup> El barrio de Huertas está situado en el distrito centro de Madrid y es una zona conocida por la densidad de locales de ocio nocturno y hostelería. La localización más emblemática de este barrio es la Plaza de Santa Ana.

*bebes.* [Barrio de NSE medio, ES4: hombre, estudios secundarios, con responsabilidades familiares, 40-59 años]

*–H2: Aquí en los bares el alcohol es más barato. Es decir, los cubos de cerveza...Todo eso se ha popularizado. Y... me parece muy bien, porque es una manera de socializarte. “¿Dónde quedamos?”, pues a tomar una cerveza.*

*–H1 y M1: Sí.*

*–H2: Pero en vez de una cerveza de un botellín, pues dices “Coño, cogemos un cubo, que nos sale tirado de precio. Ya el ritmo cada uno que lo mantiene. Pero es verdad que te vas al centro, o te vas a otros barrios, y un tercio no te cuesta igual que aquí. Y aquí está tan barato que dices: “Coño, ¿qué vamos a hacer? En vez de venirnos a mi casa...” Nos vemos en un bar.*

*[...]*

*M1: Pero con esas ofertas si te tomas 4 o 5 cervezas todos los días a lo mejor no eres un gran alcohólico, pero sí está...*

*H3: Estás apuntando maneras (ríe).* [Barrio de NSE bajo, GD2: grupo mixto, trabajadores estables, 40-59 años]

En cuanto al consumo de alcohol en bares en el barrio de NSE bajo, los/as participantes percibieron que, a pesar de ser considerados como algo universal dentro del barrio que es utilizado por la mayoría de los/as residentes, existían dos tipos distintos de establecimientos. Dicha distinción venía determinada por el origen de la persona que regentaba el establecimiento y el origen de la mayor parte de la clientela habitual. Por un lado, estarían los bares regentados por personas de origen latinoamericano, y, por otro lado, los bares regentados por personas de origen español. Los/as participantes de este barrio consideraban que existía cierta separación entre los bares a los que acudían

los/as residentes de origen latinoamericano y los/as residentes de origen español. De hecho, aunque también se percibieron establecimientos donde se mezclaban ambos tipos de clientes, algunos/as residentes de origen español percibían de forma muy negativa a las personas de origen latinoamericano en estado de ebriedad en dichos establecimientos. Normalmente, los/as residentes de origen español manifestaban que acudían a bares que eran regentados por personas de origen español y que se consideraban tradicionales o “de toda la vida”. Sin embargo, los/as mismos/as participantes consideraban que dichos establecimientos cada vez eran menos y que los considerados como tal dentro del barrio estaban desapareciendo. La desaparición de dichos bares ha provocado en muchos/as participantes una sensación de añoranza y tristeza fundamentado en la pérdida de las características simbólicas de carácter social y cultural tradicionalmente asociadas a dichos lugares.

*M6: También una cosa, que también la gente, lo que yo me he dado cuenta, que está muy separada la gente de fuera y la de aquí en los bares. Los locales no son de la misma gente. O sea, hay locales de... de sudamericanos, hay locales de gente de aquí, hay locales de... de... Depende de los países y depende de los sitios, así se junta la gente en los locales. [Barrio de NSE bajo, GD4: mujeres, diferentes grados de responsabilidad familiar, 60-79 años]*

*H4: ¿Qué pasa? Que... que ahora los inmigrantes, digamos que son ecuatorianos, colombianos y tal, son gente que van al bar y hasta que no se caen borrachos no se marchan del bar. Y, es que casi todos los bares, casi todos los bares, son una especie de guetos, porque ya son bares ecuatorianos, dominicanos, colombianos. Es que españoles ya regentando un bar, hay 3.*

[Barrio de NSE bajo, GD14: hombres, personas mayores, jubilados y trabajadores, 60-79 años]

–M3: *Otra cosa no habrá, pero bares en el barrio hay los que quieras.*

–M2: *Bares pequeñitos, del rollo de toda la vida, han cerrado también muchos, ¿eh?*

–M5: *De toda la vida. Sí, es verdad.*

–M2: *En Monte Igueldo<sup>7</sup>, por ejemplo, no queda ni uno. O sea, bares... bares chiquititos de los de toda la vida, de los del señor de toda la vida, sí se han cerrado, ¿eh?*

–M1: *Se pierden.* [Barrio de NSE bajo, GD11: mujeres, diferentes grados de responsabilidad familiar, diferente situación laboral,  $\geq 40$  años]

### **CONSUMO DE ALCOHOL Y GÉNERO: CAMBIOS EN LAS NORMAS CULTURALES TRADICIONALES CON RESPECTO A LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS**

Esta subcategoría surgió de la importancia que los/as participantes de los tres barrios estudiados dieron a los cambios en las normas culturales tradicionales con respecto al consumo de alcohol por parte de las mujeres. Aunque no era uno de los objetivos prioritarios del proyecto, se comprobó durante el análisis de los discursos de los/as participantes que el género era considerado como una parte fundamental para

---

<sup>7</sup> La avenida del Monte Igueldo es una de las más importantes del barrio de San Diego ya que atraviesa prácticamente todo el barrio y está conectada con otras dos calles de gran importancia en el barrio: Martínez de la Riva y la Albufera. Su nombre proviene de uno de los tres montes que puede verse desde la playa de La Concha, situada en la ciudad de San Sebastián (España).

contextualizar parte de los cambios que se habían producido con respecto al consumo de alcohol. En los tres barrios se consideraba que se habían producido ciertos cambios con respecto al consumo de alcohol femenino, pero que los más notables parecían corresponder a los últimos 20 años. Estos cambios se percibieron sobre todo en los bares, aunque también se ha podido observar a mujeres bebiendo en los espacios públicos al aire libre donde se consumía alcohol. Además, los/as participantes pertenecientes a los barrios de NSE medio y bajo percibieron como los patrones tradicionales de consumo de alcohol (consumo de alcohol antes de comenzar la jornada laboral y al terminarla) asociados a las profesiones de baja cualificación, que generalmente eran desempeñadas por hombres, han estado desapareciendo. En la actualidad, sería muy difícil ver a alguien bebiendo alcohol destilado en días laborables por la mañana temprano o a la hora de salida del trabajo, algo que hace 20 años o más era más común en el barrio.

*M2: La mujer antes estaba, hace unos años, en mi época, como mal visto que bebiese alcohol, y además no estaba tan socialmente aceptado que se bebiera alcohol, pero ahora yo creo que la mujer bebe mucho. Igual que el hombre.*

[Barrio de NSE medio, GD6: mujeres, personas mayores, 60-79 años]

*-H1: Se toma poco alcohol [de alta graduación] ahora. No se ve en los bares pedir coñac y anís como antes.*

*-M1: Y whiskey.*

*-H3: Yo veía hasta conductores de camión o autobús que lo primero que hacían por la mañana, iban con la mano temblando “Por favor, una copita de anís”. Se la tomaban y ya cogían el camión. [Barrio de NSE medio, GD9: grupo mixto, diferentes grados de responsabilidad familiar, 40-59 años]*

*–H6: Me acuerdo de que yo me levantaba temprano e ibas a un bar por la mañana a tomarte un café, y lo que tenías en el bar era un montón de hombres tomándose coñac, anís, orujo, aguardiente. ¿Sabes? Incluso yo he visto gente por la mañana tomándose copas de ginebra.*

*–H5: O de coñac.*

*–H6: Hoy en día ya no lo ves. Es muy difícil ver alguien que... Ahora si ahora te piden un whiskey antes de entrar a trabajar y ya te sorprende. [Barrio de NSE bajo, GD8: hombres, personas mayores, ≥60 años]*

### ***LA INFLUENCIA DEL PRECIO Y DEL ESTADO DE SALUD EN EL TIPO DE ALCOHOL QUE SE CONSUME***

Los/as participantes de los tres barrios estudiados consideraban que la cerveza era el tipo de alcohol que más se consumía debido a factores como el precio y la disponibilidad. Así, en los barrios de NSE bajo y medio se percibía que la cerveza era más barata que otras bebidas alcohólicas no destiladas como el vino. Además, se podía comprar cerveza a buen precio tanto en los bares, como en las tiendas. De hecho, el vino era percibido por los/as participantes de estos dos barrios como algo lujoso, que solamente podía consumirse en ocasiones especiales y celebraciones. Por otro lado, en el barrio de NSE alto, los/as participantes consideraban se podía acceder a cerveza considerada de “calidad” y con buen precio en la mayoría de los bares del barrio.

*H5: Yo no tomo vino casi nunca. Bueno, salvo en las fiestas de Navidad o así, que te tomas una copita de champán o vino... por tradiciones, más que nada, ¿no? Y me gusta mucho... siempre me han gustado los vinos buenos. El*

*problema es que te cuesta caro.* [Barrio de NSE medio, GD5: hombres, personas mayores, 60-79 años]

*No es por hacer propaganda, pero te puedo decir que puede haber en un entorno de 200 metros 8, 10 o 15 bares. Yo creo que se bebe muchísima cerveza, por el precio 1 euro o 1,5 euros, muchísima, es un barrio cervecero.* [Barrio de NSE alto, ES2: hombre, jubilado, 60-79 años].

Con respecto al alcohol y la salud, descubrimos que existía entre la mayoría de los/as participantes de los tres barrios estudiados la consideración del consumo “moderado” de alcohol como algo beneficioso para la salud o con efectos protectores de esta. Sin embargo, dicha percepción parecía estar determinada, en parte, por el NSE de barrio en el que se vive. Los/as participantes del barrio de NSE bajo percibieron que, en ocasiones, esta creencia en el efecto beneficioso del consumo de alcohol servía para justificar o enmascarar un consumo de alcohol que podría ser “excesivo”. Por otro lado, los/as participantes pertenecientes al barrio de NSE alto solamente consideraron beneficioso para la salud el consumo “moderado” de vino tinto de buena calidad (y con un precio elevado). Parece que, en algunas ocasiones, esta creencia sobre los efectos beneficiosos del consumo de alcohol estaba motivada por consejos médicos. Por otro lado, los/as participantes de los barrios de NSE medio y alto consideraron que un consumo “excesivo” de alcohol destilado podía tener más efectos perjudiciales para la salud que el mismo consumo de bebidas alcohólicas sin destilar (fundamentalmente vino y cerveza).

*–M2: Y luego, ¿sabes lo que dicen? “No, es que un whiskey es bueno para el corazón”. Y uno detrás de otro...*

–M3: *Y el vino también es bueno, pero uno al día, no...*

–M1: *Sí, pero el vino bueno, no el peleón este.*

–M3: *Sí, como uno que yo sé, que dice “Si es bueno una copita. Una copita”. Se metía una botella.* [Barrio de NSE medio, GD6: mujeres, personas mayores, 60-79 años]

–H1: *Y, luego, claro, tú vas a un médico, y te dice que a lo mejor el... el vasito de vino es bueno, porque es un vasodilatador. Sin embargo, nadie te recomienda que te tomes un gin-tonic.*

–M2: *Pero es como todo, un vaso de vino bueno...*

–M3: *Dicen que es muy bueno.*

–M2: *Claro.*

–H1: *Y luego eso, que el vino entraba dentro de la cultura española, o sea, no...*

–M2: *Sí, y sigue estando.*

–H1: *No es lo mismo tomarte una copa de vino, que eso, una... un gin tonic o un combinado.* [Barrio de NSE alto, GD2: grupo mixto, empleos de alta exigencia laboral, distintos grados de responsabilidades familiares, 40-59 años]

Los/as participantes del barrio de NSE alto percibieron que se ha producido en los últimos años un descenso en el consumo de bebidas alcohólicas destiladas y de alta graduación, sobre todo entre las personas mayores que querían mejorar su estado de salud. En este barrio, se percibió que reducir el consumo de bebidas alcohólicas de alta graduación también suponía reducir el número de refrescos con alto contenido de carbohidratos. Esto se debe a que tradicionalmente en España las bebidas alcohólicas de alta graduación (ron, ginebra, güisqui) se han tomado mezcladas con refrescos

comerciales azucarados con un alto contenido calórico y de carbohidratos. En la misma línea, muchos de los/as participantes de los tres barrios estudiados consideraban que era muy difícil dejar de beber alcohol sin destilar (vino y cerveza). Incluso aquellos/as participantes que reportaban problemas de salud continuaban consumiendo este tipo de bebidas alcohólicas, aunque su médico/a se lo desaconsejaba.

*Por ejemplo, antes por la noche nos tomamos mi mujer y yo, nos preparamos un cuba libre, o una ginebra con Coca-Cola por la noche, y hemos intentado evitarlo. tenía las transaminasas un pelín altas y hemos intentado evitar la Coca-Cola, toda la ginebra, con el ron la ginebra hemos intentado evitarla y hace tiempo que no la pruebo. Hay que entender que la ginebra y el ron y la Coca-Cola, también es muy importante la concienciación del azúcar, eso de los 8 terrones de azúcar cada Coca-Cola madre mía... [Barrio de NSE alto, ES2: hombre, jubilado, 60-79 años]*

*Que me ha puesto el médico, una dieta de 1.500 calorías, me lo ha puesto el médico, porque no puedo engordar más porque se me sube el azúcar. “–No tomes cerveza” –¡Con lo buena que está! ¿No voy a tomar cerveza? Me voy a morir, pero contenta (Ironía). [Barrio de NSE medio, ES7: mujer, casada, ama de casa, 60-79 años]*

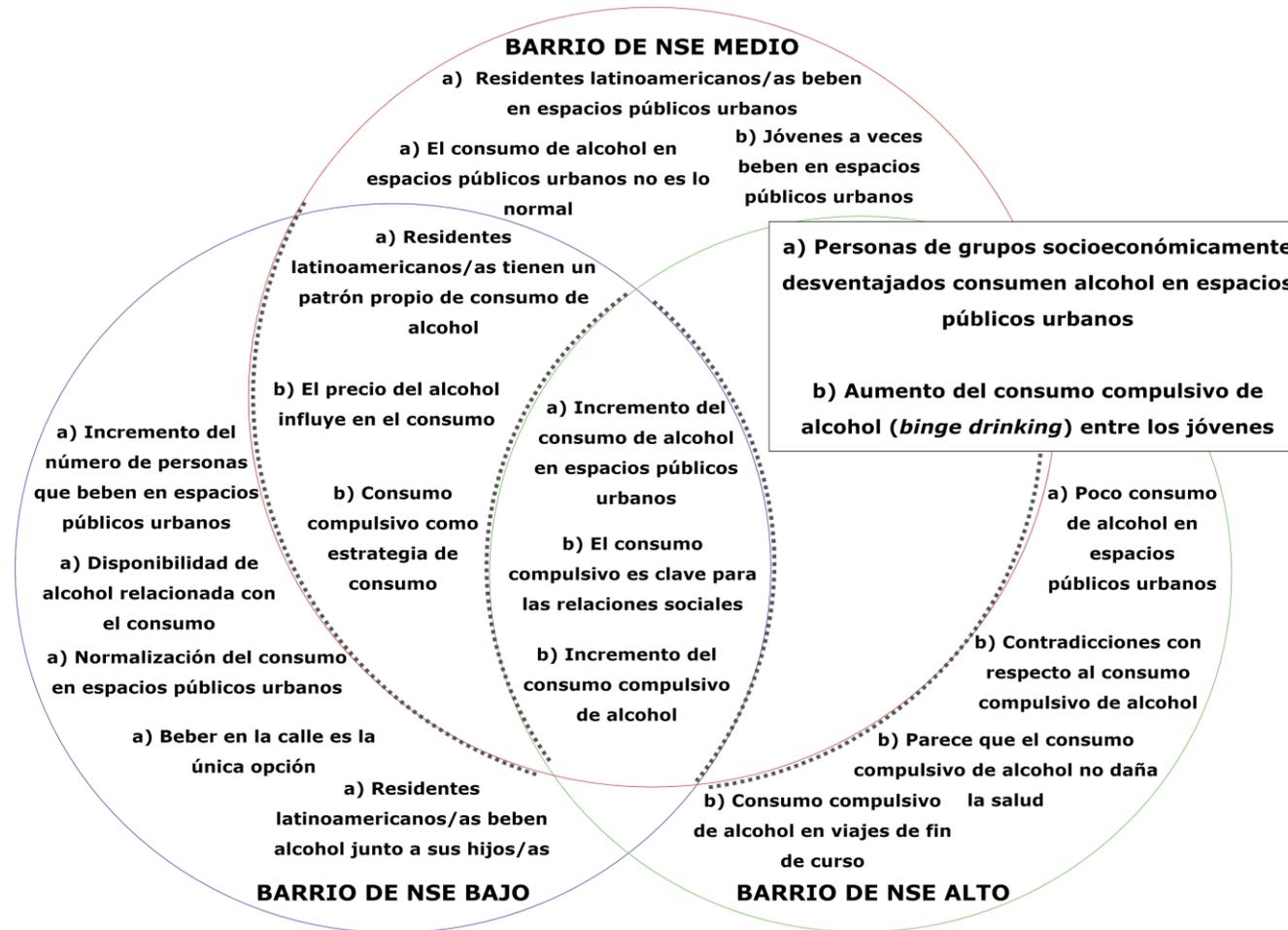
## ***EL USO DEL ESPACIO PÚBLICO URBANO AL AIRE LIBRE PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL***

En esta parte del capítulo 2 se presenta la segunda categoría principal perteneciente a la primera parte de los resultados de la dimensión del consumo de alcohol. Esta categoría

principal surgió de la importancia que tenía en los tres barrios estudiados el lugar en el que se consumía alcohol (calles, parques, plazas versus bares) para la percepción de dicho comportamiento. Existen ciertos códigos que han emergido de los discursos de los/as participantes de los tres barrios como “incremento del consumo de alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre”, “el consumo compulsivo es clave para las relaciones sociales entre jóvenes”, y “incremento del consumo compulsivo de alcohol entre los jóvenes”. Dichos códigos fueron clasificados en las dos subcategorías que se van a desarrollar en este segundo epígrafe:

En la Ilustración 5 puede verse un diagrama donde cada círculo representa uno de los barrios estudiados, en los cuales se han clasificado códigos pertenecientes a cada subcategoría (identificados con una “a”, “b”, según la subcategoría a la que pertenecen). Esta forma de presentación de los resultados nace durante el proceso de codificación axial y codificación selectiva propios de la TF de Strauss y Corbin. En las intersecciones de los tres círculos (señaladas con líneas discontinuas) se han situado aquellos códigos que aparecen en los discursos de más de un barrio, y en el centro los que aparecen en los tres barrios.

Ilustración 5. Clasificación según barrio de los códigos sobre los que se construyen las dos subcategorías integradas en la segunda categoría principal El uso del espacio público urbano al aire libre para el consumo de alcohol.



***PERSONAS PERTENECIENTES A GRUPOS SOCIALMENTE VULNERABLES  
CONSUMIENDO ALCOHOL EN ESPACIOS PÚBLICOS URBANOS AL AIRE  
LIBRE***

En nuestro país, de forma tradicional, las bebidas alcohólicas se han consumido en los locales de hostelería (bares y restaurantes) y en el domicilio. Los/as participantes de los tres barrios estudiados han percibido que en los últimos 20 años el consumo de alcohol realizado en espacios públicos urbanos al aire libre (calles, parques, plazas) ha aumentado. En general, en los tres barrios estudiados, se percibía de forma muy negativa el consumo de alcohol en este tipo de espacios. Lo que ha puesto de manifiesto la importancia que ha tenido el lugar en el que se consumía alcohol a la hora de percibir dicho comportamiento.

El consumo de alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre se ha reportado en mayor medida por los/as participantes pertenecientes al barrio de NSE bajo debido a los efectos negativos que se han asociado a dicho consumo. En este barrio, además, no son las personas jóvenes las únicas que bebían alcohol en el espacio urbano al aire libre, como ocurre de forma general en los otros dos barrios estudiados. Los/as participantes de este barrio también percibieron que muchas personas adultas consumían alcohol en dichos espacios dentro del barrio. Con respecto al aumento del consumo de bebidas alcohólicas en los espacios urbanos al aire libre, los/as participantes del barrio de NSE bajo consideraron que una de las razones que podría estar detrás de este fenómeno es el aumento de las tiendas de conveniencia. El aumento de este tipo de establecimientos no solo aumentó la disponibilidad del alcohol en el entorno urbano, sino que también aumentó su accesibilidad. Esto se debe a que, en ocasiones, las bebidas alcohólicas tienen unos precios muy competitivos en este tipo de tiendas. El hecho de que en este

barrio viviese población con situaciones socioeconómicas precarias se ha relacionado con que parte de esa población no pudiera consumir bebidas alcohólicas en bares (por el precio o por no ser aceptado socialmente en ellos) y se haya visto obligada a hacerlo en espacios al aire libre. Así, el aumento del consumo de alcohol en los espacios urbanos al aire libre como plazas y parques ha influido en que se haya percibido como algo normalizado, sobre todo entre ciertos sectores de la población como las personas inmigrantes, las personas jóvenes, las personas sin hogar y las personas con problemas de adicciones.

–H6: *Y hay dos sitios en el bulevar hay dos sitios que venden cerveza, un chino y un dominicano. Y esos se están forrando de dinero, vamos, a costa de todos los... los que beben. Los que bebemos ahí.*

–H3: *Todos. Si yo soy el primero.*

–H6: *Porque yo también... Yo también me he sentado ahí... [Barrio de NSE bajo, GD13: hombres, residentes de origen latinoamericano y español, trabajadores y desempleados, 40-59 años].*

–H3: *Yo creo que el principal cambio es en el tema económico.*

–H2: *Sí, la economía. Porque anteriormente usted trabajaba y el dinero entraba un poquito.*

–H3: *Pero ahora, ¿por qué se ve gente bebiendo en la calle, en todas partes? Porque no pueden ni entrar a un bar.*

–H2: *Y están ociosos, no...*

–H1: *Y se compran la bebida.*

[...]

–H4: *Yo he visto de tó.*

*–H3: Sí, hay gente mayor. Los sudamericanos beben en la calle todos.*

*–H1: Es otra cosa que antes tampoco se veía mucho. Yo no lo veía mucho, beber a la gente mayor en la calle. [Barrio de NSE bajo, GD8: hombres, personas mayores, ≥60 años].*

Las personas de origen latinoamericano de las que se habla en el presente trabajo vivían fundamentalmente en los barrios de NSE medio y bajo. En el barrio de NSE medio el consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre no ha sido percibido de una forma tan frecuente como en el barrio de NSE bajo. Sin embargo, cuando se ha percibido este tipo de consumo de alcohol en este barrio se ha asociado, fundamentalmente, a los/as residentes de origen latinoamericano y a las personas jóvenes. Los/as participantes de los barrios de NSE bajo y medio han percibido que los residentes de origen latinoamericano tenían unos hábitos de consumo de alcohol propios, que podrían estar influenciados por aspectos culturales y sociales que se consideran importados de sus países de origen. Entre estos aspectos, destacaron el consumo de alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre, la masculinización del consumo de alcohol, el consumo de alcohol excesivo en fiestas y celebraciones y el alcohol como instrumento de socialización. Los/as participantes de origen español de los barrios de NSE medio y bajo percibieron de forma negativa muchos de los aspectos anteriormente mencionados. En ambos barrios, se ha relacionado el consumo de alcohol de las personas latinoamericanas en los espacios públicos urbanos al aire libre con situaciones derivadas de pertenecer a grupos socioeconómicamente desventajados como pueden ser el desempleo, la precariedad y el estrés.

*–M3: Pero los que más beben por la calle principalmente son extranjeros, inmigrantes, y grupitos pequeños, que se compran su pizza y su cerveza,*

*prefieren el banco antes que el bar, principalmente. Y por todo. Y por el parque y por todos los...En las plazas, donde hay placitas. Grupitos pequeños se juntan de chavales y chavalas. Pero normalmente los hombres y eso prefieren el bar, la tertulia del bar. [Barrio de NSE medio, GD8: mujeres, diferentes grados de responsabilidad familiar, 40-59 años]*

*Pues ellos beben en los parques y plazas, entonces empieza un poco ya a deteriorarse el sentido de la fiesta. Ellos beben mucho, lo hacen sin ningún problema, se emborrachan delante de sus hijos, es decir, que ellos no lo ven mal, pero en algún caso no lo ven ni extraño. [Barrio de NSE bajo, ES informante clave centro de salud]*

*Sabes yo noto que esa vida de esa gente que está aquí ahora, que están hacinados viviendo, viven en una habitación unos cuantos, toda la familia, a cuando en la época de mis padres se vinieron a Madrid. Yo recuerdo que en aquella época los españoles bebían mucho, y yo lo relaciono esa época a la que está viviendo esta gente que ha venido ahora. [Barrio de NSE bajo, ES1: mujer, jubilada, casada, dedicada a las labores del hogar, 60-79 años]*

Finalmente, en el barrio de NSE alto, los participantes percibieron como algo muy infrecuente el consumo de alcohol en los espacios urbanos al aire libre del barrio. Cuando este tipo de consumo era percibido se asociaba en parte a grupos de personas jóvenes, pero también a personas con situaciones socioeconómicas precarias como personas sin hogar o personas con problemas de adicciones.

*Hay muchos indigentes que son los que hacen botellón allí, y luego pues gente mayor de unos 50-60, los típicos que en nuestra época fumaban porros y se*

*metían de todo y todo, y que no han conseguido salir de eso. [Barrio de NSE alto, ES3: mujer, estudios superiores, 40-59 años]*

### ***EL AUMENTO EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS DEL CONSUMO COMPULSIVO DE ALCOHOL (BINGE DRINKING) ENTRE LAS PERSONAS JÓVENES.***

Esta subcategoría surgió de las comparaciones que los/as participantes de los tres barrios estudiados hacen entre los patrones de consumo que ellos/as tenían en su juventud, y los patrones de consumo que se percibieron entre las personas jóvenes de sus respectivos barrios. Los/as participantes de los tres barrios percibieron que en los últimos 20 años se ha producido un aumento en el consumo de alcohol de las personas jóvenes en los espacios públicos urbanos al aire libre. Si bien, esta percepción ha sido más común en los barrios de NSE medio y bajo, en el barrio de NSE alto también se ha percibido este fenómeno, aunque en menor medida y de una forma distinta. En lo que coincidieron los/as participantes de los tres barrios fue en considerar este tipo de consumo de alcohol como un tipo de consumo preocupante, y en considerarlo como una parte fundamental de la socialización de las personas jóvenes de hoy en día. Los/as participantes de los barrios de NSE medio y bajo consideraron que el consumo compulsivo de alcohol entre los jóvenes en espacios públicos urbanos al aire libre (también llamado botellón), podría estar siendo influenciado por el precio del alcohol en los bares, y por la dificultad para consumir alcohol siendo menor de edad en dichos establecimientos (la edad mínima para consumo de alcohol en España es de 18 años). Este consumo de alcohol compulsivo por parte de los jóvenes se ha realizado en mayor medida los fines de semana, y muchas veces, respondiendo a una estrategia de ahorro de dinero. Esta estrategia, que está muy relacionada con el NSE, consistía en beber la

mayor cantidad de alcohol posible antes de acudir a una local de ocio nocturno donde el precio del alcohol es más caro.

*M2: Mira, te voy a decir más, mi hijo ha empezado el instituto. Me dijo que se habían ido al parque y le digo “¿Y qué habéis hecho en el parque? Porque con el frío que hace...”. Claro, él no te quiere decir nada. Me dice “Mama, una de dos, o me quedo en casa o me meto en el botellón, aunque no beba”. [Barrio de NSE medio, GD9: grupo mixto, diferentes grados de responsabilidad familiar, 40-59 años]*

*M4: Pero el problema es que si... si en los bares...sobre todo la gente que hace botellón... Bueno, hay gente de todo, pero la mayoría son gente joven. Si te vas a una discoteca y te piden 10 euros por una copa, con 10 euros te compras una botella de alcohol en el chino. O de cerveza tres litros. Es decir, yo creo que el problema está en...Volvemos a lo mismo, en que antes tú salías y te daban tu dinero, y con ese dinero tú te comprabas las copas que te daba ese dinero. Y las copas eran asequibles. Ahora no. Ahora tienen que hacer botellón porque, no pueden beber en las discotecas porque no les llega el dinero. Yo creo que ese es el problema de los botellones, “Como no podemos beber, vamos a beber en el parque” Y ahí vienen las borracheras, los comas etílicos y la gente tirada por los suelos. Yo, vamos, yo lo sé por mi sobrino. [Barrio de NSE bajo, GD6: mujeres, residentes de origen latinoamericano y españolas, distintos grados de responsabilidades familiares, 40-59 años]*

*Sin embargo, ahora la gente joven sale por ahí y van a discotecas, lo normal, tienen que ir borrachos, porque como no tienen dinero para pagar la bebida dentro. Porque yo lo veo por mis sobrinos que beben... Vamos porque yo lo veo que nosotros era "pues pillamos un litro". "¿Cuántos somos?". "Pues pillamos un litro para cada dos". Ellos hacen lo mismo, pero con botellas de güisqui y de ron en el parque. [Barrio de NSE medio, ES4: hombre, estudios secundarios, responsabilidades familiares, 40-59 años]*

De los discursos de los/as participantes del barrio de NSE alto emergieron ciertas contradicciones con respecto a las percepciones del consumo compulsivo de alcohol de los jóvenes en los espacios urbanos al aire libre. Mientras que parte de los/as participantes de este barrio no ha percibido este tipo de consumo de alcohol en los parques del barrio, existe otra parte de los/as participantes que sí lo ha percibido. Estas contradicciones pueden deberse, por un lado, a la cercanía que los participantes tuvieran o no con personas jóvenes, y, por otro lado, a la distancia a la que se viviese de ciertos parques del barrio en los que sí se ha percibido el llamado botellón. Con respecto a esto, los/as participantes que no percibieron botellón en los parques del barrio lo achacaron a que la estructura del barrio no lo permitía y, para ponerlo de manifiesto, compararon su barrio con otros barrios de la ciudad de Madrid (entre ellos el barrio del Pilar, el Barrio de NSE medio, donde se encuentra el Parque de la Vaguada<sup>8</sup>) En lo que sí coincidieron ambos tipos de participantes es en que en los últimos 20 años el concepto de consumo

---

<sup>8</sup> El parque de la Vaguada tiene gran importancia en el barrio del Pilar ya que dentro de este se encuentra la Junta del distrito de Fuencarral-El Pardo, el centro de salud La Vaguada, la biblioteca pública municipal del barrio, el polideportivo municipal y el centro comercial La Vaguada. En este parque tienen lugar también las fiestas del Pilar en el mes de octubre. Por todo ello, el parque es considerado como el punto de referencia para muchas actividades sociales dentro del barrio.

compulsivo de alcohol por parte de los jóvenes ha cambiado. De hecho, los/as participantes pensaban que las personas jóvenes han dejado de considerar ese consumo compulsivo de alcohol como algo que pueda tener efectos negativos para la salud. Los/as participantes que no percibieron el consumo de alcohol compulsivo de jóvenes en los espacios urbanos al aire libre dentro del barrio sí que percibieron otro tipo de consumo compulsivo que parecía estar muy relacionado con su NSE privilegiado. Así, estos/as participantes comentaban que cuando se organizaban los viajes de final de curso en los institutos de sus hijos/as y se viajaba a destinos turísticos españoles como Magaluf<sup>9</sup> (Mallorca) o Benidorm (Valencia), se practicaba el consumo compulsivo de alcohol. Este tipo de consumo de alcohol fue etiquetado por los/as participantes que lo percibieron como un consumo de alcohol al estilo británico. Dicha comparación podría estar motivada por el tipo de consumo de alcohol que en ocasiones los/as turistas británicos practican en las localizaciones turísticas anteriormente nombradas.

*–I: Y yo creo que por el parque Berlín<sup>10</sup> también. En el parque Berlín debe haber...*

*–M: Sí, el parque Berlín. Es que siempre se oyen cosas que pasan ahí en el parque Berlín.*

*–J: Yo voy a correr ahí y no veo...*

*–G: Yo en general no veo así botellón masivo. Pero yo por la zona, por lo menos por la zona que me muevo por aquí, no veo esas cosas.*

*–S: Yo tampoco.*

---

<sup>9</sup> Magaluf es un destino turístico localizado en Mallorca (Islas Baleares) que es famoso por su vida nocturna relacionada con el consumo de alcohol.

<sup>10</sup> El parque de Berlín es un famoso parque de la ciudad de Madrid que alberga una fuente con restos del Muro de Berlín.

–V: *Por el resto no. Por el resto del barrio, no. Es por esa zona.*

–I: *Bueno, a lo mejor es que la estructura del barrio tampoco da para...*

–G: *Hacer macrobotellones.*

–I: *Claro. No es como Moncloa<sup>11</sup>, por ejemplo. La Ciudad Universitaria<sup>12</sup>. hay mucho... mucho espacio, muchos bancos para... para fiestas, para hacer...–S: En el barrio del Pilar, en cambio, sí que hay...*

S: *¿Cómo se llama esa zona?*

–I: *Sí, detrás de La Vaguada.*

[...]

J: *Yo creo que también porque ha cambiado, eso, la mentalidad. Antes se salía a pasarlo bien. Pero ni tenías un número, ni... Pues según se diese la noche, pues tomabas una, dos tres. Y ahora es beber, beber, beber... es otra historia. I: Y luego hay sitios... eh... hay sitios que... diabólicos. Por ejemplo, mi hijo ahora tiene 21 años. Cuando terminó segundo de bachillerato, hicieron la selectividad, a Magaluf. Ahora todo es a Magaluf. Todos a perder el conocimiento a Magaluf. Hay sitios...*

[...]

–S: *Es un poco el concepto... el concepto británico. Beber hasta caerse. I: Es que van a hacer el coma. [Barrio de NSE alto, GD2: grupo mixto, empleos de alta exigencia laboral, distintos grados de responsabilidades familiares, 40-59 años]*

---

<sup>11</sup> El barrio de Moncloa es un barrio de la ciudad de Madrid muy cercano a donde se encuentra la Universidad Complutense de Madrid.

<sup>12</sup> Ciudad universitaria es el barrio en el que se encuentra situada la Universidad Complutense de Madrid.

## ***DISCUSIÓN***

Los resultados de este análisis cualitativo basado en las percepciones de los/as residentes de tres barrios con distinto nivel socioeconómico de la ciudad de Madrid sugieren que existen factores sociales, culturales y económicos que condicionan el consumo de alcohol en el entorno urbano. Entre los factores sociales destaca la percepción del alcohol como facilitador de las relaciones sociales. Entre los factores culturales tienen gran importancia las normas sociales y culturales tradicionales en torno al consumo de alcohol. Mientras que entre los factores económicos destacan el precio del alcohol, y el estado de salud individual relacionado con el NSE. Además, el lugar en el que se consume alcohol (espacios públicos al aire libre versus bares) condiciona la percepción que se tiene de dicho comportamiento. La utilización de los espacios públicos urbanos al aire libre por parte de grupos socioeconómicamente desfavorecidos para beber alcohol puede contribuir a crear un ambiente *alcohogénico* en dichos espacios, especialmente en los barrios con menor NSE. Nuestros hallazgos coinciden con otro estudio previo que sugiere que las intervenciones destinadas a disminuir el consumo de alcohol deben estar dirigidas a atenuar la percepción del alcohol como facilitador de las relaciones sociales (MacArthur, Hickman & Campbell, 2020), algo que parece ser inherente a los tres barrios estudiados y a todos los grupos poblacionales representados en este trabajo. Por otro lado, nuestros resultados también están en línea con lo propuesto por el trabajo de Arana-Chicas et al., (2019) que aboga por intervenciones centradas en grupos étnicos para reducir las desigualdades en salud entre estos.

Nuestros resultados sugieren que el consumo de alcohol en bares es percibido como un facilitador de las relaciones sociales, lo que coincide con lo demostrado por un estudio previo (Meier, Warde & Holmes, 2018). De hecho, se ha demostrado que la

socialización es el principal motivo para consumir alcohol en países mediterráneos como Italia y España (Agnoli, Boeri, Scarpa, Capitello & Begalli, 2018; SNDP, 2019). Además, en los resultados de un estudio previo (Szmigin et al., 2008) se muestra que el consumo de alcohol está enraizado en el contexto social de las personas adultas, lo que implica que beber alcohol es una forma más de entretenimiento que sirve también para fortalecer los lazos sociales entre iguales.

Los resultados de nuestro trabajo muestran que los/as participantes consideran que las normas culturales tradicionales con respecto al consumo femenino de alcohol se han vuelto más permisivas en los últimos veinte años. Aunque tradicionalmente el consumo de alcohol ha sido más frecuente entre los hombres que entre las mujeres (OMS, 2018), las diferencias con respecto al consumo de alcohol y el género parecen estar disminuyendo debido a los cambios que se han venido produciendo en los últimos años en torno a los roles tradicionales de género, los cambios en los estilos de vida en los entornos urbanos, el empoderamiento de las mujeres y la menor percepción del consumo de alcohol como un comportamiento de riesgo para la salud (Dumbili, 2015; Nicholls, 2019). Nuestros resultados también sugieren que el consumo tradicional de alcohol asociado a los trabajadores poco cualificados parece estar desapareciendo de los bares, algo que coincide con lo demostrado por Cockerham, Hinote & Abbot, (2006).

Con respecto al efecto de los puntos de venta de alcohol, estudios anteriores han mostrado cómo los barrios con menor NSE tienen una mayor densidad de tiendas en las que se vende alcohol<sup>13</sup> (Kawakami, Winkleby, Skog, Szulkin, & Sundquist, 2011; Pearce, Day & Witten, 2008). Por otro lado, la concentración de gran cantidad de

---

<sup>13</sup> Aquí nos referimos a tiendas que venden alcohol, pero en las que no se puede consumir alcohol. En la literatura inglesa se conoce a este tipo de tiendas como *off-premises alcohol outlets*. Esta descripción coincide con nuestra descripción de las tiendas de conveniencia presentes en los tres barrios estudiados en las cuales se vende alcohol, pero no se consume.

puntos de venta de alcohol parece resultar en una mayor competencia entre los negocios, lo que eventualmente va asociado a una disminución de los precios y a un mayor acceso de la población a las bebidas alcohólicas (Ayuka, Barnett & Pearce, 2014; Blecher, Liber, Van Walbeek & Rossouw, 2018). En cuanto a la creencia en el supuesto efecto positivo para la salud del consumo “moderado” de alcohol, nuestros resultados sugieren que los/as participantes utilizan dicha creencia para justificar o enmascarar un consumo de alcohol que en ocasiones puede llegar a ser “excesivo”. El NSE parece tener además cierta influencia en este tipo de creencia ya que en el barrio de NSE alto sólo se consideraba el vino tinto de gran calidad como algo bueno para la salud. Esta creencia podría explicarse por la relación existente entre la clase social y el gusto descrita por Bourdieu (1984). En cuanto a los/as participantes de los barrios de NSE bajo y medio, consideramos que esta creencia puede ser algo preocupante ya que las personas pertenecientes a grupos socioeconómicos menos privilegiados suelen consumir una mayor cantidad de alcohol por ocasión que las personas con un NSE alto (Bloomfield, Agustin & Kraus, 2000). Además, con respecto al efecto cardioprotector del consumo “moderado” existe un gran debate científico que está lejos de alcanzar un consenso (Roerecke & Rehm, 2012; Sherk et al., 2019).

Con respecto del consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre como las plazas y los parques, nuestros resultados sugieren que el consumo de alcohol parece no estar realizándose únicamente en los locales de hostelería y en las casas como se venía realizando de forma tradicional en nuestro país. El consumo de alcohol en los espacios urbanos al aire libre puede considerarse como un problema importante de salud pública debido a las consecuencias negativas relacionadas con este: lesiones, violencia, consumo excesivo de alcohol (Lasebikan et al., 2018); y el deterioro del entorno urbano relacionado con el ruido y la suciedad (Wechler, Lee, Hall, Wagenaar & Lee, 2002). El

uso de los espacios públicos urbanos al aire libre para beber alcohol en los barrios de NSE bajo y medio se ha relacionado con la precariedad, el desempleo y el estrés. Con respecto a esto, nuestros resultados coinciden con estudios anteriores como los de Bryden, Roberts, Petticrew & McKee, (2013) y van Praag, Brackea, Christiaens, Levecque & Pattyna, (2009). En línea con lo mostrado por nuestros resultados, el estudio de Fone, Farewell, White, Lyons & Dunstan, (2013) ha demostrado que el consumo de alcohol en espacios públicos al aire libre del entorno urbano es más común en barrios socioeconómicamente desfavorecidos. Además, el consumo de alcohol en estos espacios parece ser más frecuente entre los grupos de población desfavorecidos (Dwyer, Horyniak, Aitken, Higgs & Dietze, 2007), lo que coincide con los resultados de nuestro análisis.

Uno de los resultados más destacables de nuestro trabajo es el que apunta a la diferencia de consumo de alcohol entre los/as residentes de origen español y los/as residentes de origen latinoamericano en los barrios de NSE bajo y medio. En el estudio de Zapolski, Richelle & Clifton, (2019), se muestra cómo la población extranjera que bebe en espacios públicos al aire libre lo hace con fines sociales y lúdicos, para hacer frente al estrés y las situaciones adversas que producen vivir en una ciudad extraña, algo que se alinea con las percepciones mostradas en el presente trabajo. Por otro lado, un estudio previo realizado con inmigrantes de origen latinoamericano que viven en España ha demostrado que este grupo poblacional consume alcohol con frecuencia, que el consumo está masculinizado y que, en general, en España el acceso al alcohol es mayor que en sus países de origen (Tortajada et al., 2010), lo que confirma, en parte, los resultados del presente trabajo. Con respecto al consumo de alcohol de los grupos socioeconómicamente desfavorecidos, estudios anteriores mostraron que estos grupos poblacionales corren un mayor riesgo de sufrir problemas de salud y sociales

relacionados con el consumo excesivo de alcohol (Glass et al., 2017; Shortt, Rind, Pearce, Mitchell & Curtis, 2018). Nuestros resultados han mostrado que los/as residentes de origen español perciben de forma negativa el consumo excesivo de alcohol en espacios urbanos al aire libre por parte de residentes latinoamericanos, así como también determinadas normas sociales y culturales en torno al consumo de dicha sustancia. Este resultado podría explicarse por los cambios en las actitudes hacia la población extranjera concentrada en áreas urbanas específicas (Van Heerden & Ruedin, 2019). Además, un estudio previo con datos relativos a las actitudes hacia las personas extranjeras en España ha demostrado que la tolerancia hacia la población extranjera en nuestro país (tradicionalmente tolerante) ha disminuido desde la recesión económica del año 2008 (Cea D'Ancona, 2016).

En los últimos años, el consumo compulsivo de alcohol o *binge drinking* ha sido practicado por un número creciente de jóvenes en España (Galán, González y Valencia-Martín, 2014). El consumo compulsivo de alcohol durante los fines de semana ha sido el patrón dominante de consumo de alcohol en países europeos como el Reino Unido y Suecia (Gordon, Heim & MacAskill, 2012), pertenecientes a otra clasificación cultural de consumo de alcohol distinta a la de España. Sin embargo, teniendo en cuenta que nuestros resultados sobre el consumo excesivo de alcohol entre los/as jóvenes se basan en las percepciones de participantes mayores de 40 años, su interpretación debe realizarse con cautela. Así, el consumo compulsivo de alcohol (conocido popularmente en España como botellón) en espacios públicos al aire libre entre los/as jóvenes españoles ha provocado un intenso debate por las consecuencias de este tipo de consumo en términos de salud y en términos de consecuencias sociales (Gual, 2006; Pedrero-García, 2018; Soler-Vila et al., 2014).

Nuestros resultados sugieren que el consumo compulsivo de alcohol percibido entre los/as jóvenes podría contribuir a crear un ambiente de normalización de este tipo de consumo de alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre, lo que coincide con los resultados de la investigación de Demant & Landolt, (2014). De hecho, en España, según los últimos datos disponibles, el 50,9% de los/as jóvenes españoles de entre 14 y 18 años había consumido alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre como parques y plazas en los 30 días previos a la encuesta (Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), 2020). Aunque el consumo de alcohol se ha realizado de forma tradicional en bares (Hughes & Bellis, 2012), nuestros resultados sugieren que el consumo de alcohol en los espacios urbanos al aire libre está muy relacionado con el NSE al ser practicado en mayor medida en los barrios de NSE medio y bajo. No obstante, respecto al consumo de alcohol de los/as jóvenes, los últimos resultados disponibles muestran que en España se está produciendo una disminución en el consumo de alcohol entre este grupo poblacional (PNSD, 2020). Algo que también se ha observado en muchos países occidentales (Looze et al., 2015; Pennay, Livingston & Maclean, 2015).

### ***LÍMITES Y FORTALEZAS***

La principal limitación que puede encontrarse en este análisis del consumo de alcohol en tres barrios con distinto NSE de la ciudad de Madrid es que el abordaje cualitativo no nos permite saber de forma exacta el consumo de alcohol de los participantes ni la frecuencia de su consumo. Otra limitación importante puede ser no haber incluido jóvenes en la muestra. Sin embargo, esto puede justificarse ya que se trata de un trabajo de investigación incluido en un proyecto cuya población de estudio eran los mayores de 40 años debido al riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

Una de las fortalezas de este análisis es, precisamente, el abordaje cualitativo. Dicho abordaje nos ha permitido reunir un amplio conocimiento acerca de las percepciones del consumo de alcohol en los tres barrios estudiados. De hecho, si se hubiera empleado un abordaje cuantitativo, dicho nivel de conocimiento hubiera sido muy difícil de alcanzar. Finalmente, creemos que el abordaje cualitativo, empleado en este análisis, puede ser útil a la hora de desarrollar intervenciones para reducir el consumo de alcohol en grupos poblacionales concretos con patrones de consumo de alcohol particulares, como los jóvenes y las personas de origen inmigrante. También creemos que los resultados ponen de manifiesto la importancia de los factores sociales, culturales y económicos en el consumo de alcohol, lo que puede ser útil para desarrollar políticas encaminadas a reducir el consumo de alcohol.

## **REFERENCIAS**

- Agnoli, L., Boeri, M., Scarpa, R., Capitello, R., & Begalli, D. (2018). Behavioural patterns in Mediterranean-style drinking: Generation Y preferences in alcoholic beverage consumption. *Journal of Behavioral and Experimental Economics*, 75, 117–125. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2018.06.001>
- Arana-Chicas, E., Ihde, E., Cartujano-Barrera, F., Suarez, N., Tiznado, D., Hurtado-de-Mendoza, A., ... Cupertino, A. P. (2019). Exploring Latinidad, Migration Processes, and Immigrant Experiences: Experiences Influencing Latino Health. *Kansas Journal of Medicine*, 12(4), 125–131. <https://doi.org/10.17161/kjm.v12i4.13259>

- Ayuka, F., Barnett, R., & Pearce, J. (2014). Neighbourhood availability of alcohol outlets and hazardous alcohol consumption in New Zealand. *Health and Place*, 29, 186–199. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.07.002>
- Blecher, E., Liber, A., Van Walbeek, C., & Rossouw, L. (2018). An international analysis of the price and affordability of beer. *PLOS ONE*, 13(12), e0208831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208831>
- Bloomfield, K., Augustin, R., & Kraus, L. (2000). Social inequalities in alcohol use and misuse in the German general population. *Zeitschrift Fur Gesundheitswissenschaften*, 8(3), 230–242. <https://doi.org/10.1007/BF02962613>
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. London: Routledge.
- Bryden, A., Roberts, B., Petticrew, M., & McKee, M. (2013). A systematic review of the influence of community level social factors on alcohol use. *Health and Place*, 21, 70–85. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.01.012>
- Cea D’Ancona, M. Á. (2015). Immigration as a threat: Explaining the changing pattern of xenophobia in Spain. *Journal of International Migration and Integration*, 17(2), 569–591. <https://doi.org/10.1007/s12134-015-0415-3>
- Cockerham, W. C., Hinote, B. P., & Abbott, P. (2006). Psychological distress, gender, and health lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia, and Ukraine. *Social Science and Medicine*, 63(9), 2381–2394. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.001>
- Demant, J., & Landolt, S. (2014). Youth Drinking in Public Places: The Production of Drinking Spaces in and Outside Nightlife Areas. *Urban Studies*, 51(1), 170–184. <https://doi.org/10.1177/0042098013484532>

- Dumbili, E. W. (2015). What a man can do, a woman can do better: Gendered alcohol consumption and (de)construction of social identity among young Nigerians. *BMC Public Health*, *15*(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1499-6>
- Dwyer, R., Horyniak, D., Aitken, C., Higgs, P., & Dietze, P. (2007). People who drink in public space in the Footscray CBD. Centre for Epidemiology and Population Health Research. Melbourne: Burnet Institute. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.528.8097&rep=rep1&type=pdf> Accessed 02/07/2020
- Galán, I., Gonzalez, M. J., & Valencia-Martín, J. L. (2014). Patrones de consumo de alcohol en España: Un país en transición. *Revista Española de Salud Pública*, *88*(4), 529–540. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000400007>
- Glass, J. E., Rathouz, P. J., Gattis, M., Joo, Y. S., Nelson, J. C., & Williams, E. C. (2017). Intersections of poverty, race/ethnicity, and sex: alcohol consumption and adverse outcomes in the United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(5), 515–524. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1362-4>
- Gordon, R., Heim, D., & MacAskill, S. (2012). Rethinking drinking cultures: A review of drinking cultures and a reconstructed dimensional approach. *Public Health*, *126*(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2011.09.014>
- Gual, A. (2006). Alcohol in Spain: is it different? *Addiction*, *101*(8), 1073–1077. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01518.x>
- Hughes, K., & Bellis, M.A. (2012). Drinking environments. In P. Anderson, L. Møller, & G. Galea, (Eds). *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, Denmark: Regional Office for Europe. Retrieved from <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches> Accessed 07/07/2020

- Kawakami, N., Winkleby, M., Skog, L., Szulkin, R., & Sundquist, K. (2011). Differences in neighborhood accessibility to health-related resources: A nationwide comparison between deprived and affluent neighborhoods in Sweden. *Health and Place*, 17(1), 132–139. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.09.005>
- Lasebikan, V. O., Ayinde, O., Odunleye, M., Adeyefa, B., Adepoju, S., & Fakunle, S. (2018). Prevalence of alcohol consumption and alcohol use disorders among outdoor drinkers in public open places in Nigeria. *BMC Public Health*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5344-6>
- Looze, M., Raaijmakers, Q., Bogt, T., Bendtsen, P., Farhat, T., Ferreira, M., Godeau, E., ... Pickett, W. (2015). Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl 2), 69–72. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv031>
- Macarthur, G. J., Hickman, M., & Campbell, R. (2020). Qualitative exploration of the intersection between social influences and cultural norms in relation to the development of alcohol use behaviour during adolescence. *BMJ Open*, 10(3), e030556. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030556>
- Meier, P. S., Warde, A., & Holmes, J. (2018). All drinking is not equal: how a social practice theory lens could enhance public health research on alcohol and other health behaviours. *Addiction*, 113(2), 206–213. <https://doi.org/10.1111/add.13895>
- Nicholls, E. (2020). ‘I feel like I have to become part of that identity’: Negotiating femininities and friendships through alcohol consumption in Newcastle, UK. *International Journal of Drug Policy*, 81, 102524. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.019>

- Organización Mundial de la Salud. (2019). Global Status report on alcohol and health 2018. In World Health Organization (Ed.), World Health Organization. Geneva. Retrieved from [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/gsr\\_2018/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/) Accessed 11/07/2020
- Pearce, J., Day, P., & Witten, K. (2008). Neighbourhood provision of food and alcohol retailing and social deprivation in urban New Zealand. *Urban Policy and Research*, 26(2), 213–227. <https://doi.org/10.1080/08111140701697610>
- Pedrero-García, E. (2018). Nightlife and Alcohol Consumption Among Youths: The Botellón Phenomenon in Spain. *SAGE Open*, 8(3), 215824401880090. <https://doi.org/10.1177/2158244018800903>
- Pennay, A., Livingston, M., & MacLean, S. (2015). Young people are drinking less: It is time to find out why. *Drug and Alcohol Review*, 34(2), 115–118. <https://doi.org/10.1111/dar.12255>
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2019). Informe 2019: encuesta sobre alcohol y drogas en España EDADES 1995-2017. Retrieved from [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas\\_EDADES.htm](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm) Accessed 10/07/2020
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2020). Informe 2020: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Retrieved from <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf> Accessed 10/07/2020
- Roerecke, M., & Rehm, J. (2012). The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 107(7), 1246–1260. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03780.x>

- Sherk, A., Gilmore, W., Churchill, S., Lensvelt, E., Stockwell, T., & Chikritzhs, T. (2019). Implications of cardioprotective assumptions for national drinking guidelines and alcohol harm monitoring systems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(24), 4956. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244956>
- Shortt, N. K., Rind, E., Pearce, J., Mitchell, R., & Curtis, S. (2018). Alcohol Risk Environments, Vulnerability, and Social Inequalities in Alcohol Consumption. *Annals of the American Association of Geographers*, *108*(5), 1210–1227. <https://doi.org/10.1080/24694452.2018.1431105>
- Soler-Vila, H., Galán, I., Valencia-Martín, J. L., León-Muñoz, L. M., Guallar-Castillón, P., & Rodríguez-Artalejo, F. (2014). Binge Drinking in Spain, 2008-2010. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *38*(3), 810–819. <https://doi.org/10.1111/acer.12275>
- Szmigin, I., Griffin, C., Mistral, W., Bengry-Howell, A., Weale, L., & Hackley, C. (2008). Re-framing “binge drinking” as calculated hedonism: Empirical evidence from the UK. *International Journal of Drug Policy*, *19*(5), 359–366. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.08.009>
- Tortajada, S., Llorens, N., Castellano, M., Lvarez, F. J., Aleixandre-Benavent, R., & Valderrama-Zurián, J. C. (2010). Perception and consumption of alcohol among the immigrant population from latin America in Valencia region (Spain). *Substance Use and Misuse*, *45*(14), 2567–2578. <https://doi.org/10.3109/10826080903550554>
- van Heerden, S., & Ruedin, D. (2019). How attitudes towards immigrants are shaped by residential context: The role of ethnic diversity dynamics and immigrant visibility. *Urban Studies*, *56*(2), 317–334. <https://doi.org/10.1177/0042098017732692>

- van Praag, L., Bracke, P., Christiaens, W., Levecque, K., & Pattyn, E. (2009). Mental health in a gendered context: Gendered community effect on depression and problem drinking. *Health and Place*, 15(4), 990–998.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.04.003>
- Wechsler, H., Lee, J. E., Hall, J., Wagenaar, A. C., & Lee, H. (2002). Secondhand effects of student alcohol use reported by neighbors of colleges: The role of alcohol outlets. *Social Science and Medicine*, 55(3), 425–435.  
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00259-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00259-3)
- Zapolski, T. C. B., & Clifton, R. L. (2019). Cultural socialization and alcohol use: The mediating role of alcohol expectancies among racial/ethnic minority youth. *Addictive Behaviors Reports*, 9, 100145.  
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2018.100145>

### **CAPÍTULO 3**

#### **EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ENTORNO URBANO COMO FUENTE DE PROBLEMAS SOCIALES RELACIONADOS CON LA SALUD**

En este último capítulo del presente trabajo, se va a desarrollar la segunda parte de los resultados correspondientes a la dimensión del consumo de alcohol. Este análisis surge de la importancia que tiene el consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre. El objetivo de este análisis es explorar los problemas derivados del consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre a través de las percepciones de los/as participantes de los tres barrios estudiados.

#### ***ANÁLISIS DE LOS DATOS***

Al igual que en el capítulo anterior, para este análisis se optó por las técnicas de codificación de la TF de Strauss y Corbin (Corbin & Strauss, 2015). Codificar en búsqueda de procesos justifica la selección de esta técnica de análisis, ya que es muy útil para comprender cómo se comportan los/as participantes en distintos contextos. Así, el análisis se centró en la búsqueda de los procesos (Corbin & Strauss, 2008), subyacentes a las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol en el entorno urbano.

El proceso de análisis se realizó de la misma forma que en el capítulo anterior, utilizando diversas técnicas de la TF de Strauss y Corbin. El análisis comenzó con la codificación abierta (línea a línea) que se utiliza cuando se dispone de gran cantidad de datos (en este caso 37 ES y 29 GD), ya que permite hacer los datos más accesibles a través de los códigos preliminares que van surgiendo en este primer paso. La comparación constante (Glaser, 2003) es un aspecto clave del proceso de codificación,

ya que nos permite clasificar los códigos que van surgiendo según sus similitudes y diferencias. Así, los códigos similares se clasifican en categorías emergentes preliminares, cuya densidad teórica va aumentando conforme va avanzando la clasificación de los códigos. Una vez clasificados todos los códigos, surgidos en el primer paso de la codificación en las categorías preliminares, se utilizó la codificación axial (Strauss & Corbin, 1990) para establecer relaciones entre las distintas categorías. En este paso del proceso de codificación, tanto las categorías preliminares, como los códigos clasificados en ellas fueron comparados de forma constante para establecer las relaciones existentes entre ellos. Este proceso permitió aumentar aún más la densidad teórica de las categorías preliminares. Conforme se avanzaba en esta etapa de la codificación, algunas de estas categorías preliminares fueron ganando mayor densidad teórica y poder explicativo mediante la clasificación de códigos preliminares. Finalmente, mediante la codificación selectiva se identificaron aquellas categorías preliminares que podrían convertirse en categorías definitivas. Dentro de las categorías seleccionadas, destacamos una categoría con gran densidad teórica y poder explicativo, que nos permitía articular los resultados en torno a ella. Esta categoría fue seleccionada como la categoría principal en los resultados de este análisis. Al igual que en el capítulo anterior, se trabajó en conjunto con el resto de los/as investigadores/as del proyecto cualitativo durante el proceso de análisis de los datos. Los resultados finales se refinaron a través de las reuniones y las discusiones que fueron surgiendo en las distintas fases del proceso de análisis.

Una vez finalizado el proceso de codificación se identificó una categoría principal: el alcohol como fuente de problemas en el entorno urbano. Dentro de esta categoría principal se clasificaron dos subcategorías: a) la venta de alcohol en tiendas de

conveniencia facilita su consumo en el entorno urbano, y b) desorden, violencia y deterioro percibido en los espacios públicos urbanos al aire libre.

Tanto la categoría principal como las subcategorías mencionadas anteriormente van a ser desarrolladas en los siguientes epígrafes de este trabajo. Para contextualizar las descripciones, abstracciones e interpretaciones de las categorías y subcategorías se han seleccionado fragmentos de los discursos provenientes de los GD y de las ES realizadas en los tres barrios. Además, al igual que en el capítulo anterior, se ha acompañado a cada fragmento de discurso con una pequeña descripción de las características sociodemográficas del GD, o del perfil de la ES entre paréntesis. De forma similar a lo ya realizado en el resto de capítulos, los GD y las ES aparecen numerados, y pueden consultarse en las tablas 3 y 4 del apartado metodológico del presente trabajo. En los fragmentos de discursos pertenecientes a los GD se ha establecido un sistema para garantizar el anonimato de los/as participantes basado en si el/la participante es hombre (H) o mujer (M), y en un número (generalmente del 1 al 8, dependiendo del número de participantes del GD, y del orden en el que intervino por primera vez el participante). Así, en el caso de que un fragmento muestre una conversación entre varios/as participantes, antes de cada intervención aparecerá una H o una M acompañado de un número.

### ***EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FUENTE DE PROBLEMAS EN EL ENTORNO URBANO***

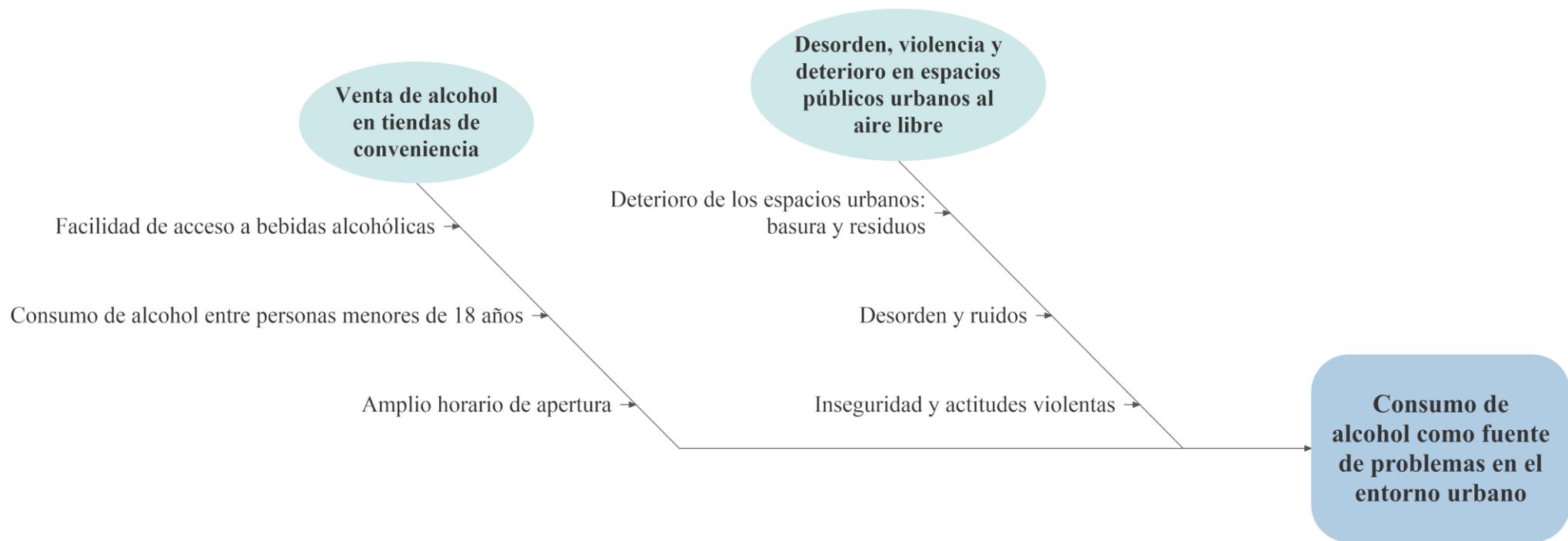
Como ya se ha mencionado en la introducción a este capítulo, la categoría principal de este análisis se construyó en torno a dos subcategorías: a) la venta de alcohol en tiendas

de conveniencia facilita su consumo en el entorno urbano, y b) desorden, violencia y deterioro percibido en los espacios públicos urbanos al aire libre.

Aunque en el capítulo anterior ya se hizo una pequeña descripción del consumo de alcohol en los espacios públicos, esta categoría principal nació de la importancia que tienen los problemas derivados del consumo de alcohol en el entorno urbano. Especialmente, estos problemas surgieron en los espacios urbanos al aire libre en los que se consume alcohol. Sin embargo, como veremos más adelante, estos problemas no afectaron a todos los barrios por igual y tampoco afectaron a todos los grupos poblacionales de la misma manera. Además, la venta de alcohol en las tiendas de conveniencia ha facilitado el acceso al alcohol y por consiguiente su consumo en el entorno urbano.

En la Ilustración 6 puede verse un diagrama que representa el proceso subyacente a los problemas derivados del consumo de alcohol en el entorno urbano. En dicha Ilustración se ha representado de forma gráfica la relación existente entre las dos subcategorías y la categoría principal en forma de proceso.

Ilustración 6. Proceso de problematizar el consumo de alcohol en los espacios urbanos al aire libre.



## ***LA VENTA DE ALCOHOL EN TIENDAS DE CONVENIENCIA FACILITA SU CONSUMO EN EL ENTORNO URBANO***

Esta primera subcategoría surgió de la importancia que los/as participantes de los tres barrios otorgaron al papel que tuvieron las tiendas de conveniencia en el consumo de alcohol en el entorno urbano. Estas tiendas, aparte de facilitar el acceso a las bebidas alcohólicas para la mayoría de grupos poblacionales, se relacionaron con el aumento del consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre como plazas y parques. Además, dichos establecimientos, según los/as participantes, solían estar situados de forma estratégica cerca de plazas y parques en los que se terminaría consumiendo alcohol (este tipo de consumo no está permitido por la legislación vigente en la comunidad de Madrid desde el año 2002). Así, los/as participantes de los tres barrios estudiados han percibido como en los últimos 20 años ha aumentado el número de tiendas de conveniencia en las que puede comprarse alcohol. El aumento de este tipo de tiendas en los que se vende alcohol ha tenido dos efectos fundamentales que fueron percibidos por los/as participantes de los tres barrios estudiados: 1) los menores de 18 años compran alcohol y lo beben en espacios públicos urbanos al aire libre, y 2) la disponibilidad de bebidas alcohólicas y el acceso al alcohol aumentan debido al amplio horario de apertura. Con respecto al primer efecto de las tiendas de conveniencia que venden alcohol, es necesario recordar que, en la Comunidad de Madrid, al igual que en el resto de España, está prohibida la venta y consumo de alcohol a menores de 18 años (Resolución 1/2000 de la Comunidad de Madrid). Una percepción general de los/as participantes de los tres barrios estudiados es que las tiendas de conveniencia donde se podía comprar alcohol eran regentadas en su mayoría por población de origen extranjero. Los/as participantes pertenecientes al barrio de NSE bajo percibieron que el

precio de las bebidas alcohólicas en las tiendas de conveniencia era bajo, lo que permitía su acceso a gran parte de los/as residentes del barrio que, en muchas ocasiones, terminaron consumiéndolo en espacios públicos urbanos al aire libre. Este fenómeno podría relacionarse con el aumento del número de tiendas que venden bebidas alcohólicas y la competencia de precios entre los negocios. Finalmente, el consumo de alcohol en parques y plazas provocó las percepciones de deterioro de dichos espacios. Los/as participantes de los barrios de NSE medio y bajo percibieron que el fácil acceso a bebidas alcohólicas baratas que terminaban siendo consumidas en los espacios públicos urbanos al aire libre afectaba fundamentalmente a grupos poblacionales vulnerables. Entre estos grupos, los/as participantes de ambos barrios destacaron a las personas jóvenes y a los/as residentes de origen latinoamericano.

*H1: Una lata de cerveza te cuesta 20 céntimos. Digo, no sé. Como mucho. Entonces, igual no consumes Mahou<sup>14</sup>, en el caso de cerveza, pero te vas a una marca blanca y por un euro tienes cinco latas. [Barrio de NSE bajo, GD12: grupo mixto, residentes de origen español y latinoamericano, trabajadores/as precarios/as, ≥40 años]*

*–H3: En este barrio concretamente hay más gente bebiendo en la calle que en los bares.*

*–H4: Sí.*

*–H2: Muchísima.*

*–H3: Porque hay mucha juventud, y al haber mucha juventud, hay mucha litrona, muchas latas por ahí, que eso parece un estercolero y, bueno, hay latas*

---

<sup>14</sup> Mahou es una de las marcas de cerveza más populares en España y su producción se sitúa en la ciudad de Madrid.

*por todos los sitios. Limpieza no hay nada. Higiene nada. Nada, todo hecho una guarrería. Pero que toda la juventud litronas, litronas, litronas.*

*–H4: Eso el problema es las tiendas de los chinos, que lo venden.*

*–H3: Los chinos te venden la botella y...*

*–H2: Ahí están... están todo el día vendiendo, hasta las 12 o la 1. [Barrio de NSE bajo, GD8: hombres, personas mayores, ≥60 años]*

*M2: Los chinos les venden alcohol a los menores.*

*M1: Sí, sí.*

*M4: Entonces, claro, le venden alcohol a todo el que le de la gana.*

*M5: Están abiertos a todas horas y ellos le venden...*

*M1: Ponen lo del letrero del carné, pero eso no es verdad. Y ponen el letrero de que no se vende alcohol a menores, pero lo hacen.*

*M2: Y lo ha denunciado la televisión. Lo ha denunciado la televisión. [Barrio de NSE medio, GD8: mujeres, distintos grados de responsabilidades familiares, 40-59 años]*

Por otro lado, los/as participantes del barrio de NSE alto no percibieron como algo negativo los horarios amplios de las tiendas de conveniencia en las que podía comprarse alcohol, algo que sí ocurrió en los otros dos barrios estudiados. De hecho, algunos/as participantes del barrio de NSE alto percibieron la liberalización de los horarios como algo positivo ya que aumentaba la disponibilidad y el acceso a las bebidas alcohólicas. En este punto se hace necesario aclarar que, en Madrid, desde el año 2002, está prohibida la venta de alcohol en tiendas más allá de las 22 de la noche (Ley 5/2002).

*M1: O las tiendas de los chinos, que hay muchas, también.*

*M2: Y que venden alcohol a deshoras, no cumplen la ley, porque creo que la ley es hasta las diez de la noche.*

*H3: Hasta las diez. Pues eso se agradece. Yo alguna vez he agradecido que un chino me vendiera una cerveza después de las diez, ¿qué quieres que te diga? (risas).*

*M1: Sí, pero de cara a los menores. Yo lo he dicho sobre todo por los menores.*

*H3: No, hombre, eso... Ahí es otro... otro tema, ¿no? Pero sí. [Barrio de NSE alto, GD2: grupo mixto, empleos de alta exigencia laboral, distintos grados de responsabilidades familiares, 40-59 años]*

### ***DESORDEN, VIOLENCIA Y DETERIORO PERCIBIDO EN LOS ESPACIOS PÚBLICOS URBANOS AL AIRE LIBRE***

La Ley 5/2002 que hemos introducido en la parte final del epígrafe anterior no prohibía solamente la venta de alcohol a partir de las 22 de la noche en la comunidad de Madrid, sino que también prohibía el consumo de alcohol en la vía pública y en espacios públicos urbanos al aire libre como parques y plazas. Sin embargo, los/as participantes de los tres barrios estudiados reportaron que dicha prohibición no se estaba cumpliendo del todo. Según las percepciones de los/as participantes, el consumo de alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre presentó tres consecuencias: 1) deterioro de dichos espacios relacionado con la basura y los residuos generados por el consumo de alcohol; 2) ruidos molestos a altas horas de la noche que se relacionan con el desorden en estos espacios; y 3) inseguridad relacionada con actitudes violentas.

Nuestros resultados muestran que las consecuencias del consumo de alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre anteriormente listadas afectaron de forma desigual a los

tres barrios estudiados. Esto significa que en los barrios de NSE medio y bajo estas consecuencias se percibieron de forma más frecuente que en el barrio de NSE alto.

En primer lugar, con respecto al deterioro de los espacios públicos urbanos al aire libre, nos encontramos con que ha sido algo percibido en los tres barrios. Como vimos en el capítulo anterior, en el barrio de NSE alto existían percepciones contradictorias con respecto al consumo de alcohol en estos espacios dentro del barrio. Sin embargo, cuando este tipo de consumo se percibía siempre iba asociado a la percepción de los restos del consumo de alcohol en forma de basura y residuos que podían verse en los parques y plazas. Los residuos resultantes del consumo de alcohol en las plazas y parques solían ser botellas de cristal, latas y vasos. Estos residuos, aparte de contribuir a la percepción del deterioro de los espacios públicos urbanos al aire libre, también fueron considerados como potencialmente peligrosos para la salud. Esto se debe, fundamentalmente, a que podían provocar lesiones si se sufría un accidente o caída donde se habían acumulado dichos residuos. Por otro lado, algo que únicamente se percibió en el barrio de NSE bajo fue que las personas que consumían alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre realizaban sus necesidades fisiológicas en dichos espacios. Los/as participantes de este barrio consideraron este fenómeno como una parte importante relacionada con el deterioro de los parques y plazas del barrio.

*H2: Yo he vivido en otros barrios cerca del centro y en esos barrios yo salía el sábado por la mañana a trabajar, y estaba todo lleno de botellas, de vasos, o sea... Hombre, no digo de esto, pero estaban arrimados, pero había muchísima. Y yo en este barrio sigo saliendo el sábado por la mañana a trabajar y no veo tantas. Estaban muchísimo peor los otros barrios. Pero es que estaban muchísimo más sucios. O sea, de botellas, de vasos, de no sé qué, mucho más*

*que en este barrio. [Barrio NSE alto, GD3: grupo mixto, personas mayores, ≥60 años]*

*Mira, el otro día bajaba yo de mis clases y el parque que te digo que hay un seto había botellas ahí, las tuve que coger, porque las veía un día, otro, otro, digo: “esto un día se va a cortar algún niño o algo”, pero porque ya llevaba días viendo las botellas ahí tiradas y las tuve que sacar. [Barrio de NSE medio, ES3: mujer, jubilada, 60-79 años]*

*S: Lo que se ve aquí en el bulevar, en Amós Acero<sup>15</sup>, de gente bebiendo, de litronas, eh... orinando a las 11 de la mañana entre unos arbustos, yo eso no lo he visto en todos sitios. Yo eso no lo he visto en Argüelles, ni en... en Chamberí.*

*V: Yo tampoco.*

*J: Hay colectivos sociales, y volvemos a lo de siempre.*

*V: Pero vete a Amós Acero, ya verás. ¿Sabes?*

*C: Claro, por Amós Acero es que he pasado poco. Pero sí se ve la degradación de ese parque.*

*S: Hay mucha gente bebiendo. [Barrio de NSE bajo, GD2: grupo mixto, trabajadores/as estables, 40-59 años]*

---

<sup>15</sup> El parque de Amós Acero es un parque con gran importancia dentro del barrio de San Diego. Aunque no es un parque con una gran extensión tiene diversos espacios para practicar deporte, un auditorio con gradas al aire libre y zonas de juego infantiles. Su nombre se debe a un político socialista (Amós Acero Pérez), que fue alcalde de Vallecas en 1931, cuando esta localidad no se había integrado en el municipio de Madrid. Al terminar la Guerra Civil fue condenado a muerte y ejecutado por las autoridades franquistas debido a sus actividades políticas.

El desorden ocasionado por los ruidos derivados del consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre ha sido considerado como un problema de gran importancia para los/as participantes pertenecientes a los barrios de NSE medio y bajo. El ruido derivado del consumo de alcohol que se producía en estos espacios a altas horas de la madrugada se relacionó con la falta de sueño de los/as residentes que viven cerca de las plazas y parques. Esta consecuencia del consumo de alcohol es reportada por los participantes durante todo el año, aunque es especialmente recurrente en verano y en primavera, cuando las buenas temperaturas permitirían pasar más tiempo en la calle, incluso en horario nocturno y de madrugada.

*M5: Y a toda la gente que está en la calle en el verano, yo les cogía, ya que no tienen otra cosa que hacer, que no... No deben de trabajar, que están hasta las 3 y las 4 de la mañana dando voces y con borrachera. Los cogía a todos y los llevaba a un centro de cultura a estudiar, y a aprender a hablar bajo y a no molestar. Eso es lo que le hacía yo a la gente esa que está hasta las 4 de la mañana, que no nos deja dormir. O sea, están atentando contra la salud de ellos, están atentando contra la salud de toda la vecindad, porque no nos dejan dormir. [Barrio de NSE medio, GD6: mujeres, personas mayores, 60-79 años]*

*–H2: Todos los días a las seis de la mañana pasan los dominicanos cantando pedo... Y eso no me lo estoy inventando. O sea, eso es... No es un día, es todos los días del año.*

*–H1: Pero ¿son jóvenes, o gente de 30 para arriba?*

*–M1: Les da igual la edad, pero sobre todo...*

*–M2: No, él está hablando de los jóvenes.*

–H2: *Tienen entre 15 y 25 años, ¿eh? Pero... pero quiero decir, tú vienes a las... a Martínez de la Riva<sup>16</sup> mañana a las seis de la mañana.*

–H2: *Un montón de gente que van chillando ahí, y que les da lo mismo. Es decir, que estés durmiendo...*

–H3: *Yo, de verdad, decía “Madre mía, qué ambientazo”.*

–M2: *Que estamos hablando del alcohol.*

–M1: *Del alcohol, del alcohol. De por la noche. [Barrio de NSE bajo, GD2: grupo mixto, trabajadores/as estables, 40-59 años]*

Finalmente, los/as participantes de los barrios de NSE medio y bajo reportaron una mayor percepción de actitudes violentas derivadas del consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre que, en determinadas ocasiones, provocaban una sensación de inseguridad en dichos espacios. Las percepciones de los/as participantes de estos dos barrios nos sugirieron que existía una relación entre el consumo de alcohol en parques y plazas, y la sensación de inseguridad percibida debido a las actitudes violentas. En el caso de los/as participantes del barrio de NSE medio, se hablaba de jóvenes (tanto de origen español como latinoamericano) consumiendo alcohol en plazas y parques, lo que influía en la percepción de inseguridad por parte de los/as residentes que utilizaban estos espacios o que vivían cerca de ellos. Además, los/as participantes dieron a entender que la configuración y la estructura de los espacios públicos al aire libre del barrio favorecieron el consumo de alcohol en este tipo de espacios.

---

<sup>16</sup> Martínez de la Riva es una calle que atraviesa el barrio de San Diego y que tiene gran importancia ya que en ella se encuentran numerosas tiendas, bares y establecimientos. Esta calle se encuentra cerca del parque de Amós Acero y de la Asamblea de Madrid.

–M1: *En las plazas que hay entre bloques, porque estamos llenos de bloques en el barrio del Pilar y somos muchísimos vecinos, pues ahí hay plazas que colindan cuatro bloques, son colindantes, y entonces ahí hay bancos, hay algún arbolito. Y ahora lo convirtieron en asfalto. Entonces, eh... están ahí hasta las tres de la mañana en verano, tienes que levantarte para trabajar, y no puedes. No puedes. Pues está, pues la gente. Los de España y los de fuera de España. Y borracheras, y... y tomando otras cosas que no deben, y...*

–M5: *No, la verdad es que eso está poco controlado. La verdad es que ahí...*

–M1: *...y de tener que llamar a la policía Ahí sí que hay una inseguridad total, ¿eh?*

–M5: *Exacto. Hay una zona específica, lo que es en frente a la Vaguada y más hacia abajo...Y más abajo de La Vaguada, también. En las plazas. Que está muy mal, muy mal la seguridad. Hay grupos de gente joven que no...*

–M1: *Muy mal. Sí. Unas voces, unas borracheras, unas peleas...*

–M2: *Yo opino que lo que es el cogollo del barrio del Pilar, lo que dices tú, las plazas, la infraestructura, por las zonas verdes, es nefasta. [Barrio de NSE medio, GD6: mujeres, personas mayores, 60-79 años]*

Por otro lado, en el caso de los/as participantes del barrio de NSE bajo, el consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre no solo afectó a la percepción de inseguridad, sino que también afectó a la práctica de actividades deportivas en dichos espacios. Los/as participantes de este barrio reportaron que existen pistas polideportivas y zonas verdes de plazas y parques en las que no se podía practicar deporte libremente debido a la presencia de bandas formadas por personas de origen latinoamericano que consumían alcohol en dichos espacios debido a que no podían hacerlo en los bares. El

clima de inseguridad en estos espacios está propiciado por el consumo excesivo de alcohol que se percibe entre las personas pertenecientes a dicho colectivo poblacional. En ocasiones, los/as participantes reportaron actitudes violentas entre estas bandas que, de forma indirecta, afectaban a los transeúntes y les ponía en peligro. Esto provocaba que algunos/as participantes no pasaran tiempo en los parques y plazas de su barrio.

–M3: *Sí, es que antes eran bandas de rockeros y bandas de heavy metal, ahora hay pues bandas de latinos que se matan entre ellos.*

–M1: *Claro. A cuchillo.*

–M6: *Además que sí.*

–M4: *Es incomprendible. Pero es por eso, pero porque salen, no les dejan beber en las discotecas, se van a los parques, hacen botellón, se cogen un pedo y luego se tiran las cervezas a la cabeza. Y al final el resto de gente sufrimos los daños colaterales. Tú a lo mejor pasas ahí, sin querer, pues te toca.*

–M6: *De todas maneras, sí que es verdad que en el barrio sabemos que es el límite entre los Latin Kings y los Ñetas, y están cada dos por tres peleando por su territorio. Entonces estás dando un paseo a las 11 de la noche con el perro y se pueden liar a tiros, con lo cual... Claro, es lo que digo yo, tú estás pasando por ahí, que no es tu guerra, y te llevas tú el tiro. Que es lo que ha pasado en el parque que digo yo. Tú a lo mejor hay dos bandas, dos bandas de gente joven, y a lo mejor un grupo de gente normal está ahí, y al final sin comerlo se lleva el tiro, el navajazo o lo que sea.*

–M4: *resumen, parques no (risas).*

–M1: *No, los parques no están para visitarlos. [Barrio de NSE bajo, GD6: mujeres, residentes de origen latinoamericano y español, distintos grados de responsabilidades familiares, 40-59 años]*

## ***DISCUSIÓN***

Los resultados del presente análisis sugieren que la mayor disponibilidad de alcohol debido al aumento de tiendas de conveniencia con amplios horarios de venta al público contribuye al aumento de la percepción del consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre como parques y plazas. Además, las tiendas de conveniencia se perciben como un agente facilitador del consumo de alcohol entre personas pertenecientes a colectivos vulnerables, entre los que destacan las personas menores de 18 años y las personas de origen latinoamericano. Por otro lado, el consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre como parques y plazas tiene los siguientes efectos negativos que son percibidos por los/as participantes: deterioro de dichos espacios debido a la basura y los residuos derivados del consumo de alcohol, ruido provocado por las personas que consumen alcohol e inseguridad derivada de las actitudes violentas de algunas personas que consumen alcohol en dichos espacios. Nuestros resultados con respecto a los efectos negativos mencionados anteriormente sugieren que el consumo de alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre afecta de forma diferente a los barrios según su NSE.

Otro estudio desarrollado en la ciudad de Madrid (Pastor et al., 2020a) confirma nuestros resultados con respecto al papel que juegan las tiendas de conveniencia en el consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre. Estudios previos realizados en otros países como Nueva Zelanda (Ayuka, Barnett & Pearce, 2014) y Estados Unidos (Toomey et al., 2012) llegaron a la misma conclusión con respecto a las tiendas en las que se venda alcohol. Sin embargo, la comparación con los estudios en estos dos países debe matizarse debido a las diferencias entre los tres países en cuanto a la tipología de tiendas existentes, a las regulaciones para la venta de alcohol y a los rasgos culturales y sociales que influyen en el consumo de alcohol.

Con respecto a los establecimientos que venden alcohol, un estudio previo (Pastor et al., 2020b) ha constatado que la densidad de puntos de venta de alcohol es mayor en la ciudad de Madrid que en las ciudades de otros países europeos como Estonia (Orro, Martens, Lepane, Josing & Reinman, 2017) y Escocia (Shortt et al., 2015). Un estudio previo ha relacionado los precios competitivos de las bebidas alcohólicas y la liberalización de los horarios de apertura con el aumento del consumo de alcohol (Popova, Giesbrecht, Bekmuradov & Patra, 2009). Además, la investigación realizada por Kaewpramkusol, Senior, Chenhall, Nanthamongkolchai & Chaiyasong, (2018) demuestra que la falta de leyes que regulen los factores anteriormente mencionados también se puede relacionar con el aumento del consumo de alcohol.

El hecho de que la mayor disponibilidad de alcohol afecte a los segmentos poblacionales más desprotegidos, como las personas jóvenes y las personas de origen inmigrante, concide con los resultados de investigaciones previas (Ayuka et al., 2014; Huckle, Huakau, Sweetsur, Huisman & Casswell, 2008). Sin embargo, con respecto a las restricciones en la disponibilidad de alcohol, un estudio llevado a cabo en Australia ha demostrado que esta medida no parece reducir el consumo de alcohol entre los segmentos poblacionales más vulnerables (Robertson, Fitts & Clough, 2017).

La relación entre la cantidad de puntos de venta de alcohol y el consumo de alcohol de las personas menores de edad ha sido puesta de manifiesto por estudios previos (Erickson, Smolenski, Toomey, Carlin & Wagenaar, 2013; Puangsuwan, Phakdeesattakun, Thamaragansia & Chaiyason, 2012). Además, En España, según los últimos datos disponibles, el 33.6% de jóvenes con una edad comprendida entre los 14 y los 18 años ha consumido alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre (PNSD, 2019). Nuestros resultados muestran que existe una relación entre el consumo de alcohol en espacios públicos urbanos y la percepción de basura, residuos, y

comportamientos violentos que contribuyen a aumentar la sensación de inseguridad en dichos espacios, algo que coincide con los resultados de investigaciones previas en diversas partes del mundo (Forsyth & Davidson, 2010b; Grubestic, Pridemore, Williams & Tabb, 2013; Toomey et al., 2012). Todo parece indicar que la mayor disponibilidad de alcohol influye en el consumo en espacios públicos urbanos al aire libre, lo que finalmente puede resultar en un deterioro del entorno urbano. Una investigación previa realizada en Estados Unidos (Wechsler, Lee, Hall, Wagenaar & Lee, 2002) ha demostrado que el consumo de alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre está relacionado con ruidos molestos e inseguridad, dos factores que se identifican con el deterioro del entorno urbano en los barrios de menor NSE. La presencia de basura y residuos derivados del consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre también se ha relacionado con percepciones de deterioro de dichos espacios según los resultados de un estudio previo realizado en Madrid (Pastor et al., 2020a) y en Nueva York (Quinn et al., 2014). De hecho, Forsyth & Davidson, (2010b) han demostrado que el NSE del barrio puede ser utilizado como un predictor del nivel de residuos relacionados con el consumo de alcohol en el entorno urbano. Nuestros resultados con respecto a la peligrosidad de determinados residuos derivados del consumo de alcohol (botellas de cristal, latas, etc.) en los espacios públicos urbanos al aire libre coincide con los resultados de Forsyth & Davidson (2010a).

Con respecto a la percepción de inseguridad relacionada con el consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre no existe tanta literatura científica como para los residuos y los ruidos. Uno de los argumentos para explicar dicha relación es el de la complejidad de las relaciones que se producen entre los/as distintos actores que conviven dentro de entornos urbanos cada vez más multiculturales (Parker, 2004) donde, de forma frecuente, se pueden concentran bandas con distintas idiosincrasias

(Martínez, 2016; Spergel, 1995). Un estudio previo centrado en el consumo de alcohol por parte del colectivo de población latinoamericana que reside en España llegó a la conclusión de que en nuestro país el alcohol es más accesible que en sus países de origen (Tortajada et al., 2010). Estudios previos como los de Horyniak, Higgs, Cogger, Dietze & Bofu, (2016) y Zapolski & Clifton, (2019), han concluido que la población de origen inmigrante suele consumir alcohol en los espacios urbanos al aire libre para sobrellevar el estrés y las situaciones adversas. Dicho resultado podría explicar, en parte, las percepciones del consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre de las personas de origen latinoamericano.

El consumo de alcohol en espacios públicos urbanos al aire libre ha sido estudiado como una práctica recurrente en España y en otros países como Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido (Pennay & Room, 2012). Sin embargo, estos autores consideran que las regulaciones llevadas a cabo en los países anteriormente mencionados se han centrado en proteger el consumo de alcohol en los negocios de hostelería, y no tanto en poner soluciones efectivas a un problema de salud pública como es el consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre. Además, estos autores también ponen de manifiesto que no hay una evidencia científica suficiente que asegure que la prohibición de consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos tiene efectos beneficiosos. De hecho, autoras como Lancaster, Seear & Ritter, (2018) han puesto de manifiesto que las personas pertenecientes a grupos socioeconómicamente vulnerables, que en ocasiones viven al margen de la sociedad, quedan excluidos de poder consumir alcohol en los lugares en los que sí está permitido (generalmente bares y restaurantes). Con lo cual, con las prohibiciones de consumo de alcohol en los espacios urbanos al aire libre como la establecida en Madrid desde el año 2002, se estaría contribuyendo a aumentar la discriminación sufrida por las personas pertenecientes a dichos segmentos

poblacionales que unicamente pueden consumir alcohol en los espacios urbanos en los que actualmente está prohibido hacerlo.

### ***LÍMITES Y FORTALEZAS***

Entre los límites de nuestro análisis cualitativo del consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre destaca la ausencia de medidas objetivas con respecto a la densidad de los puntos de venta de alcohol, las personas consumiendo alcohol en el entorno urbano, la basura y la medición de ruidos. Además, el hecho de no haber incluido jóvenes en la muestra también puede considerarse como una limitación, ya que dicho colectivo es percibido comunmente consumiendo alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre. Por otro lado, incluir un mayor número de personas de origen latinoamericano en nuestra muestra también podría habernos arrojado mayor información acerca de sus hábitos de consumo de alcohol.

Una de las fortalezas de este análisis es, precisamente, la utilización de la metodología cualitativa como técnica de análisis de los datos disponibles. Dicho abordaje nos ha permitido reunir un amplio conocimiento acerca de las percepciones del consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre de los tres barrios estudiados. De hecho, si se hubiera empleado un abordaje cuantitativo, dicho nivel de conocimiento hubiera sido muy difícil alcanzar. Finalmente, creemos que el abordaje cualitativo empleado en este análisis podría ser útil a la hora de mejorar o modificar la actual legislación reguladora del consumo de alcohol en espacios públicos debido al grado de incumplimiento encontrado, y a los aspectos negativos asociados a la prohibición del consumo de alcohol con respecto a segmentos poblacionales vulnerables.

## **REFERENCIAS**

- Ayuka, F., Barnett, R., & Pearce, J. (2014). Neighbourhood availability of alcohol outlets and hazardous alcohol consumption in New Zealand. *Health and Place*, 29, 186–199. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.07.002>
- Erickson, D. J., Smolenski, D. J., Toomey, T. L., Carlin, B. P., & Wagenaar, A. C. (2013). Do alcohol compliance checks decrease underage sales at neighboring establishments? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(6), 852–858. <https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.852>
- Forsyth, A. J. M., & Davidson, N. (2010a). The nature and extent of illegal drug and alcohol-related litter in Scottish social housing community: A photographic investigation. *Addiction Research and Theory*, 18(1), 71–83. <https://doi.org/10.3109/16066350802559464>
- Forsyth, A. J. M., & Davidson, N. (2010b). Community off-sales provision and the presence of alcohol-related detritus in residential neighbourhoods. *Health and Place*, 16(2), 349–358. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.11.003>
- Grubestic, T. H., Pridemore, W. A., Williams, D. A., & Philip-Tabb, L. (2013). Alcohol Outlet Density and Violence: The Role of Risky Retailers and Alcohol-Related Expenditures. *Alcohol and Alcoholism*, 48(5), 613–619. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt055>
- Horyniak, D., Higgs, P., Cogger, S., Dietze, P., & Bofu, T. (2016). Heavy alcohol consumption among marginalised African refugee young people in Melbourne, Australia: Motivations for drinking, experiences of alcohol-related problems and strategies for managing drinking. In *Ethnicity and Health* (Vol. 21, Issue 3, pp. 284–299). Routledge. <https://doi.org/10.1080/13557858.2015.1061105>
- Huckle, T., Huakau, J., Sweetsur, P., Huisman, O., & Casswell, S. (2008). Density of

- alcohol outlets and teenage drinking: Living in an alcogenic environment is associated with higher consumption in a metropolitan setting. *Addiction*, 103(10), 1614–1621. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02318.x>
- Kaewpramkusol, R., Senior, K., Chenhall, R., Nanthamongkolchai, S., & Chaiyasong, S. (2018). A qualitative exploration of Thai alcohol policy in regulating availability and access. *International Journal of Drug Policy*, 58, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.012>
- Lancaster, K., Seear, K. & Ritter, A. (2018) Monograph No. 26: *Reducing stigma and discrimination for people experiencing problematic alcohol and other drug use. DPMP Monograph Series*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre. <http://doi.org/10.26190/5b8746fe72507>
- Martinez, C. (2016). *The Neighborhood Has Its Own Rules: Latinos and African Americans in South Los Angeles on JSTOR*. New York University Press. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1804066>
- Orro, E., Martens, K., Lepane, L., Josing, M. & Reinman, M. (2017). *Alcohol market, consumption and harms in Estonia*. Tallin: Estonia. Retrieved from <https://dea.digar.ee/cgi-bin/dea?a=d&d=JValkoturg201811.2.9>. Accessed 03/01/2021
- Parker, R. N. (2004). Alcohol and violence: Connections, evidence and possibilities for prevention. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 157–163. <https://doi.org/10.1080/02791072.2004.10400051>
- Pastor, A., de la Fuente, I. M., Sandín Vázquez, M., Conde, P., Bosque-Prous, M., Franco, M., Shortt, N., & Sureda, X. (2020). Availability, Promotion, and Signs of Alcohol Consumption: A Mixed Methods Study of Perceived Exposure and Objective Measures. *International Journal of Environmental Research and Public*

*Health*, 17(21), 8153. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218153>

Pastor, A., Espelt, A., Villalbí, J., Moure, L., Fuentes, S., Shortt, N., Valiente, R., Borrell, L., Franco, M., & Sureda, X. (2020b). Availability and promotion of alcohol across different outlets typologies and under different area-level socio-economic status [Disponibilidad y promoción de alcohol según la tipología de los locales y las condiciones socioeconómicas del área]. *Adicciones*, 0(0), 1367.

<https://doi.org/10.20882/adicciones.1367>

Pennay, A., & Room, R. (2012). Prohibiting public drinking in urban public spaces: A review of the evidence. In *Drugs: Education, Prevention and Policy* (Vol. 19, Issue 2, pp. 91–101). Taylor & Francis.

<https://doi.org/10.3109/09687637.2011.640719>

Plan Nacional Sobre Drogas. (2019). Informe 2019: encuesta sobre alcohol y drogas en España EDADES 1995-2017]. Retrieved from

[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas\\_EDADES.htm](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm) Accessed 02/01/2021

Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D., & Patra, J. (2009). Hours and Days of Sale and Density of Alcohol Outlets: Impacts on Alcohol Consumption and Damage: A Systematic Review. *Alcohol and Alcoholism*, 44(5), 500–516.

<https://doi.org/10.1093/alcalc/agg054>

Puangsuwan, A., Phakdeesettakun, K., Thamarangsi, T., & Chaiyasong, S. (2012). Compliance of off-premise alcohol retailers with the minimum purchase age law.

*WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 1(4), 412.

<https://doi.org/10.4103/2224-3151.207043>

Quinn, J. W., Mooney, S. J., Sheehan, D. M., Teitler, J. O., Neckerman, K. M., Kaufman, T. K., Lovasi, G. S., Bader, M. D. M., & Rundle, A. G. (2016).

- Neighborhood physical disorder in New York City. *Journal of Maps*, 12(1), 53–60.  
<https://doi.org/10.1080/17445647.2014.978910>
- Robertson, J. A., Fitts, M. S., & Clough, A. R. (2017). Unintended impacts of alcohol restrictions on alcohol and other drug use in Indigenous communities in Queensland (Australia). *International Journal of Drug Policy*, 41, 34–40.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.11.014>
- Shortt, N. K., Tisch, C., Pearce, J., Mitchell, R., Richardson, E. A., Hill, S., & Collin, J. (2015). A cross-sectional analysis of the relationship between tobacco and alcohol outlet density and neighbourhood deprivation. *BMC Public Health*, 15(1), 1014.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-2321-1>
- Spergel, I. (1996). *The Youth Gang Problem*. Oxford University Press.
- Toomey, T. L., Erickson, D. J., Carlin, B. P., Quick, H. S., Harwood, E. M., Lenk, K. M., & Ecklund, A. M. (2012). Is the density of alcohol establishments related to nonviolent crime? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(1), 21–25.  
<https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.21>
- Tortajada, S., Llorens, N., Castellano, M., Lvarez, F. J., Aleixandre-Benavent, R., & Valderrama-Zurián, J. C. (2010). Perception and consumption of alcohol among the immigrant population from latin America in valencia region (Spain). *Substance Use and Misuse*, 45(14), 2567–2578. <https://doi.org/10.3109/10826080903550554>
- Wechsler, H., Lee, J. E., Hall, J., Wagenaar, A. C., & Lee, H. (2002). Secondhand effects of student alcohol use reported by neighbors of colleges: The role of alcohol outlets. *Social Science and Medicine*, 55(3), 425–435.  
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00259-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00259-3)
- Zapolski, T. C. B., & Clifton, R. L. (2019). Cultural socialization and alcohol use: The mediating role of alcohol expectancies among racial/ethnic minority youth.

*Addictive Behaviors Reports*, 9, 100145.

<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2018.100145>

## **CONCLUSIONES**

En el presente trabajo de investigación se ha analizado de forma cualitativa el consumo de alcohol y tabaco en tres barrios con distinto NSE de la ciudad de Madrid. Para la elaboración de las conclusiones se ha optado por una presentación separada en las dos dimensiones de salud analizadas. En primer lugar, se ha desarrollado las conclusiones correspondientes al análisis del consumo de tabaco, y, en segundo lugar, las conclusiones correspondientes al análisis del consumo de alcohol.

### ***CONSUMO DE TABACO EN EL ENTORNO URBANO BAJO LA INFLUENCIA DE LA LEY 42/2010***

Consideramos que nuestro análisis cualitativo sobre el consumo de tabaco en el entorno urbano basado en la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo es significativo y original debido a la tradición eminentemente cuantitativa del resto de investigaciones en España acerca del mismo fenómeno. La ventaja de utilizar un abordaje cualitativo para estudiar el consumo de tabaco frente al uso de un abordaje cuantitativo radica en la profundidad de los datos obtenidos con respecto a las percepciones subjetivas de los efectos de la Ley 42/2010. Teniendo en cuenta nuestros resultados, podemos decir que desde que entró en vigor la Ley 42/2010 se ha producido un cambio de actitud hacia el consumo de tabaco en los tres barrios estudiados reduciéndose las percepciones de exposición al humo ambiental del tabaco. Por un lado, hemos encontrado que, pese a ser un comportamiento muy enraizado en los espacios interiores de la hostelería, el consumo de tabaco en espacios interiores está prácticamente desnormalizado gracias a la prohibición. Por otro lado, aunque la ley 42/2010 prohíbe el consumo de tabaco en determinados espacios al aire libre, existen

otros espacios que todavía no han sido regulados. Tanto el cambio de actitudes hacia el consumo de tabaco como el cambio de los hábitos de consumo que hemos documentado sugieren que, en el caso de que se modificase la actual legislación, podrían incluirse las paradas de autobuses entre los espacios regulados libres de humo. Según las percepciones recogidas en los tres barrios estudiados con respecto a la desnormalización del consumo de tabaco en dichos espacios, y a las actitudes de las personas fumadoras y no fumadoras, las paradas de autobús podrían ser reguladas como espacios libres de humo. La regulación de las paradas de autobús como espacios libres de humo ayudaría a desnormalizar el consumo de tabaco en otros espacios al aire libre y también podría resultar en una menor exposición al humo ambiental del tabaco en dichos espacios. Teniendo en cuenta las diferencias en la exposición al HAT cerca de las zonas al aire libre adyacentes a centros educativos, creemos que sería oportuno regular el consumo de tabaco en estos lugares para proteger a los/as menores de edad de los efectos perjudiciales del humo del tabaco. Por otro lado, los resultados correspondientes a las terrazas de la hostelería nos indican la importancia del NSE a la hora de analizar el consumo de tabaco en el entorno urbano. Nuestros resultados con respecto a estos espacios sugieren que entre las personas residentes en el barrio de mayor NSE se ha desnormalizado en mayor medida el consumo de tabaco que entre los residentes en los barrios de menor NSE. Nuestros resultados con respecto a los sentimientos de aislamiento y estigmatización de las personas fumadoras que residen en el barrio de NSE alto subrayan la importancia de incluir el NSE cuando se analiza el consumo de tabaco en el entorno urbano. Es por ello por lo que, aunque abogemos por la inclusión de un nuevo espacio entre las zonas legisladas como espacios libres de humo, consideramos que esto debería hacerse de forma gradual y siempre utilizando una perspectiva que incluya las diferencias socioeconómicas en el consumo de tabaco

(aunque las actitudes hacia el consumo de tabaco y los comportamientos en torno a fumar también deberían incluirse). Se debería vigilar que las nuevas restricciones, en el caso de que se implementasen, no aumentasen la marginalización de determinados colectivos.

### ***CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ENTORNO URBANO: FACTORES QUE LO CONDICIONAN Y PROBLEMAS DERIVADOS DE SU CONSUMO***

Aunque la tradición de estudio del consumo de alcohol no es tan eminentemente cuantitativa como ocurre con el consumo de tabaco, gran parte de las investigaciones cualitativas existentes se centran en analizar el consumo de un solo colectivo poblacional (como las personas jóvenes). Creemos que realizar un apartado de conclusiones conjuntas de los dos capítulos dedicados a analizar el consumo de alcohol en el entorno urbano aportan un matiz de integración a los resultados obtenidos. Consideramos que nuestros análisis son originales ya que no se centran en analizar el consumo de alcohol de un solo colectivo, sino que analiza las percepciones del consumo en el entorno urbano de una gran ciudad donde conviven, coexisten y se relacionan distintos grupos poblacionales. Nuestros resultados sugieren que el consumo de alcohol en el entorno urbano está determinado por factores sociales, culturales y económicos. El lugar donde se consume alcohol también tiene gran importancia a la hora de considerar el consumo. El consumo de alcohol en bares está normalizado y aceptado ya que se realiza con fines sociales y tiene ciertos valores integrados tanto en la cultura española como en la cultura latinoamericana. Esta cuestión es de gran importancia ya que esconde una disminución en la percepción del consumo de alcohol como un comportamiento de riesgo para la salud. Además, el consumo frecuente de alcohol podría estar teniendo efectos perjudiciales para la salud. Nuestros resultados sugieren que, para disminuir el consumo de alcohol se podrían implementar intervenciones

encaminadas a eliminar la percepción del alcohol como un elemento conductor de las relaciones sociales. Con respecto a los factores culturales, encontramos que existen patrones de consumo de alcohol en el entorno urbano que se dan en colectivos vulnerables como las personas jóvenes y las personas de origen latinoamericano. Dichos factores culturales están muy ligados al lugar donde se consume alcohol, en este caso, en los espacios públicos urbanos al aire libre. De hecho, con respecto al consumo en estos espacios, existe cierta desigualdad marcada por el NSE del barrio. En los espacios urbanos al aire libre se produce un consumo intensivo de alcohol (*binge drinking*) que podría tener efectos perjudiciales para la salud y para el bienestar social de las personas que lo practican, sobre todo teniendo en cuenta que pertenecen a colectivos socialmente vulnerables. Consideramos el precio como un factor económico de gran importancia que condiciona el consumo de alcohol en el entorno urbano. Además, la percepción de un supuesto efecto protector de un consumo de alcohol moderado también está influenciado por el NSE. Esto se debe a que solamente el alcohol bueno y caro es considerado como algo que podría tener efectos beneficiosos. Esta creencia también puede relacionarse con una disminución de la percepción del consumo de alcohol como un comportamiento con efectos perjudiciales para la salud. Consideramos que deberían potenciarse las campañas informativas encaminadas a borrar del imaginario colectivo la asociación del consumo de alcohol moderado y los efectos beneficiosos para la salud. Nuestros resultados indican que este tipo de percepciones podría estar enmascarando un consumo que podría corresponder a un consumo excesivo.

Con respecto al consumo de alcohol en los espacios públicos urbanos al aire libre, encontramos que el fácil acceso al alcohol en las tiendas de conveniencia tiene un gran impacto en este tipo de consumo. La existencia de un gran número de tiendas que venden alcohol hace que, debido a la gran competencia existente, el precio de las

bebidas alcohólicas no sea elevado. El número de tiendas junto con los horarios amplios de venta (incluso fuera de la ley), hacen que aumente el acceso a alcohol a la población en general pero también a colectivos vulnerables como las personas jóvenes y de origen inmigrante. Nuestros resultados indican que las restricciones existentes con respecto al horario de venta de alcohol y la prohibición de venta a menores parecen no ser suficientes. Además, el hecho de que las tiendas de conveniencia no necesiten licencia para vender alcohol en España puede suponer una dificultad a la hora de limitar la venta. Consideramos que sería necesario controlar la venta de alcohol mediante la creación de licencias a este tipo de tiendas. Por otro lado, aunque podrían cambiarse las restricciones horarias existentes para la venta de alcohol en tiendas de conveniencia siguiendo el modelo de otros países europeos, esto chocaría con los factores culturales y sociales que motivan el consumo de dicha sustancia. Creemos que sería de vital importancia fortalecer los controles existentes a los establecimientos (no solo a las tiendas de conveniencia) para limitar la venta de alcohol a personas menores de edad. Finalmente, nuestros resultados parecen indicar que el consumo de alcohol en espacios urbanos al aire libre es una fuente de problemas en el entorno urbano. El desorden del entorno físico y social provocado por el consumo de alcohol en los espacios urbanos al aire libre afecta de forma diferencial a los barrios según su NSE. Además, la actual prohibición de consumo en espacios urbanos al aire libre no parece estar teniendo el efecto deseado. Por otro lado, consideramos que el aumento de las restricciones y del control policial podría tener efectos negativos para las personas que solamente pueden consumir alcohol en dichos espacios. Estas medidas podrían significar un aumento de la estigmatización, al igual que comentábamos con respecto al consumo de tabaco y las prohibiciones. Incluso podrían derivar en nuevas formas de consumo de alcohol. Creemos que para tratar de disminuir el consumo de alcohol deberían idearse

intervenciones que tengan como objetivo disminuir el consumo de alcohol entre colectivos socialmente vulnerables. Para ello, creemos que es fundamental que estas intervenciones tengan en cuenta los factores sociales, culturales y económicos que influyen en el consumo de alcohol de los grupos poblacionales que pertenecen a colectivos socialmente vulnerables.

## **LIMITES Y FORTALEZAS**

En los tres capítulos que componen los resultados del presente trabajo de investigación se han tratado los límites y fortalezas de cada análisis de forma separada. Sin embargo, creemos que también es necesario desarrollar los límites y fortalezas del trabajo al completo. Aunque pueda sonar repetitivo, uno de los límites del presente trabajo de investigación, que ya ha sido mencionado en los tres capítulos de resultados, es la ausencia de medidas objetivas del consumo de alcohol y tabaco. En la actualidad, existen trabajos de investigación que, mediante un abordaje cuantitativo, miden la exposición al humo ambiental del tabaco (p. ej. exposición al nivel de partículas finas respirables). De hecho, esa ha sido la tradición de las investigaciones encargadas de evaluar la efectividad de las sucesivas Leyes de medidas sanitarias frente al tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010). Realizar mediciones antes y después de la aplicación de las leyes ha contribuido a evaluar el efecto objetivo de dichas medidas en años recientes. En cuanto al consumo de alcohol, disponer de una cuantificación de la cantidad de alcohol consumido (en unidades de medida estándar o en volumen) y de los lugares en los que se consume alcohol (mediante observación directa) podrían haber resultado útiles a la investigación. Las posibilidades de realizar investigaciones utilizando métodos mixtos (abordaje cuantitativo complementado con metodología

cualitativa) serán comentadas más adelante. El no haber reclutado durante el trabajo de campo a participantes menores de 40 años puede ser considerado como una debilidad ya que este grupo poblacional aparecía con asiduidad en los discursos de los/as participantes. Sin embargo, el objetivo del gran proyecto cuantitativo en el que se integra el proyecto cualitativo que ampara este trabajo de investigación tenía como población de estudio a personas con un rango de edad comprendido entre los 40-85 años debido al riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular.

Entre las fortalezas de nuestro estudio destaca la utilización de una gran muestra en comparación con otros estudios cualitativos. Además, creemos que la utilización de técnicas de recogida de datos complementarias como son la entrevista semiestructurada y el grupo de discusión nos ayudó a conseguir, junto con la amplia muestra, la saturación teórica del discurso. Creemos que otro de los puntos fuertes de nuestro trabajo ha sido analizar tres barrios con distinto NSE (bajo, medio y alto), así como reclutar participantes con, entre otras características, distinto grado de consumo de tabaco (fumador, exfumador y no fumador) y alcohol (bebedor social y abstemio). Creemos que gran parte de la profundidad de los análisis contenidos en este trabajo se deben a la heterogeneidad de la muestra. Otra fortaleza de la investigación reside en la co-construcción de los resultados y su validación mediante las sesiones de *member checking*. Dicha técnica de validación de resultados nos ha servido para completar los resultados acerca de la presencia de colillas de cigarro en los barrios estudiados. Por otro lado, creemos que la descripción detallada que se ha dado de los barrios estudiados puede ayudar al lector a decidir sobre la transferibilidad de nuestros resultados cualitativos a otros contextos urbanos similares.

## **FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

La necesidad de estudiar la salud de la población con una perspectiva social ha sido puesta de manifiesto mediante los resultados del presente trabajo de investigación. Es necesario apostar por la investigación cualitativa debido a la profundidad de los resultados que pueden obtenerse y al grado de conocimiento que puede alcanzarse del objeto de estudio. Sin embargo, también creemos que sería importante plantear futuras investigaciones de la salud en el entorno urbano mediante un abordaje que utilice métodos mixtos. Con la complementación adecuada de los abordajes cuantitativos y cualitativos se podrían obtener resultados innovadores. Por ejemplo, el estudio de los factores que determinan el consumo de alcohol podría complementarse con encuestas que nos permitan saber la cantidad de alcohol consumido. Por otro lado, también podrían cuantificarse mediante observación directa los puntos en los que se consume alcohol y la cantidad de personas que lo consumen en dichos lugares y cuantificar el ruido provocado por el consumo de alcohol en los espacios urbanos al aire libre mediante un sistema adecuado para la medición de ruidos. Mediante este sistema de medición de ruidos podrían cuantificarse también los decibelios derivados de la socialización de las personas fumadoras en las terrazas y entradas de los bares con horario nocturno. Otro enfoque que podría ser interesante a la hora de abordar el estudio de la salud en los enclaves urbanos reside en el estudio de los grupos socialmente vulnerables como las personas jóvenes y las personas inmigrantes. Según los resultados de nuestros análisis del consumo de alcohol, las personas pertenecientes a estos dos colectivos podrían sufrir de forma más severa los efectos perjudiciales del consumo de alcohol. Además, sería interesante profundizar en el significado que tiene el lugar donde se consume alcohol y como puede ser determinante para el tipo de consumo de alcohol

que se haga. Por otro lado, respecto al consumo de tabaco, nuestros resultados plantean nuevas investigaciones que se centren en la desnormalización del consumo de tabaco en España y la importancia que tiene el espacio físico donde se fuma. Finalmente, en el caso de producirse nuevas restricciones al consumo de tabaco, también deberían investigarse de forma longitudinal las percepciones de la población y su efecto en el consumo de tabaco (actitudes hacia el consumo y comportamientos).

## **CONCLUSIONS**

In this research we have analysed using a qualitative approach the alcohol and tobacco consumption in three neighbourhoods with different socioeconomic status (SES) in the city of Madrid. A separate presentation of the conclusions from the two health-related behaviours analysed is presented below. First, the conclusions from the analysis of tobacco consumption will be presented, and then, the conclusions from the two analysis of alcohol consumption will be presented in one section.

### ***SMOKING IN THE URBAN ENVIRONMENT UNDER THE EFFECTS OF THE SMOKE-FREE LAW 42/2010***

We consider that our qualitative analysis on smoking in the urban environment based on the effects of the comprehensive smoke-free Law 42/2010 is both significant and original due to the eminently quantitative tradition of the smoking research in Spain. The advantage of using a qualitative approach to study tobacco use compared to the use of a quantitative approach lies in the depth of the data obtained regarding subjective perceptions of the effects of the Law 42/2010. Considering our results, we can say that since the enactment of the Law 42/2010 there has been a shift in attitude towards

smoking in the three neighbourhoods studied, which was related to perceptions of less exposure to second-hand smoke. Despite being very rooted in the indoor spaces of hospitality venues, smoking in indoor places is highly denormalized due to the current smoke-free law. Although the Law 42/2010 banned smoking in certain outdoor spaces, there are many other outdoor places that have not yet been regulated. Both the change in attitudes towards smoking and the change in consumption that we have documented suggest that the current legislation should be amended and new outdoor places such as bus stops might be regulated as smoke-free places. According to the perceptions gathered in the three neighbourhoods studied regarding the denormalization of smoking in these places and the attitudes of smokers and non-smokers, bus stops would be regulated as smoke-free areas. Regulating bus stops as smoke-free spaces would help denormalizing smoking in other outdoor spaces and might result in fewer exposure to second-hand smoke in these places. Considering the differences between neighbourhoods in perceived SHS exposure in areas near schools, it seemed warranted to regulate smoking in these places to protect minors from harmful effects of SHS. Our results regarding terraces of the hospitality venues suggested the importance of considering SES when analysing smoking in the urban environment. Our results regarding these spaces also suggested that smoking was more denormalized among participants from the high SES status neighbourhood than among participants from the low SES neighbourhood. Our results regarding smokers living in the high SES neighbourhood feeling stigmatization and loneliness highlighted how important is including SES when analysing smoking in the urban environment. Although we suggest that bus stops should be regulated as smoke-free areas, we believe that this should be done gradually and always considering differences in SES. If implemented, new

smoking restrictions must not increase marginalization and stigmatization of certain population groups.

***ALCOHOL CONSUMPTION IN THE URBAN ENVIRONMENT: FACTORS BEHIND ITS CONSUMPTION AND ALCOHOL-RELATED PROBLEMS.***

Although the tradition of studying alcohol consumption is not as eminently quantitative as when studying tobacco use, much of the existing qualitative work focuses only on analysing the alcohol consumption among a single population group such as young people. We believe that writing the conclusions of the two chapters analysing alcohol consumption in the urban environment provides an integrated perspective to the obtained results. We consider that our analyses on alcohol consumption is both significant and original as they do not focus only on analysing the alcohol consumption in a single population group. We have analysed perceptions of alcohol consumption in the urban environment in a large city where different population groups coexist, live together, and interact. Our results suggest that alcohol consumption in the urban environment is determined by social, cultural, and economic factors. Furthermore, the place where alcohol is consumed is also of great importance when considering consumption. Alcohol consumption in bars is highly accepted and normalized as it has social purposes and has certain values associated to both Spanish and Latin American culture. This issue is of great importance as it might be hiding a decrease in the perception of alcohol consumption as a health risk behaviour. In addition, frequent alcohol consumption may be having detrimental health effects. Our results also suggest that interventions aimed at eliminating the perception of alcohol as a key element in social relations could be implemented to reducing alcohol consumption. Regarding cultural factors, we find that there are patterns of alcohol consumption in the urban

environment that are more perceived among vulnerable groups such as young people and Latin American population. These cultural factors are closely linked to the place where alcohol is consumed, as in unlicensed public spaces in this research (mainly parks and squares). In fact, there are inequalities regarding perceived alcohol consumption and neighbourhood SES. Alcohol consumption in unlicensed public spaces is usually perceived as binge drinking among young people, which could have detrimental effects on the health and social well-being of the people who practice it, especially considering that they usually belong to socially vulnerable groups. We consider price as a major economic factor that conditioned alcohol consumption in the urban environment. In addition, the perception of a protective effect of moderate alcohol consumption is also influenced by SES. This is because only good and expensive alcohol is considered as having such effects on health. Furthermore, this belief may also be related to the decrease in perception of alcohol consumption as a health risk behaviour. We believe that interventions should be aimed at erasing the association of moderate alcohol consumption with beneficial health effects. Our results also indicate that such perceptions may be masking consumption that could really correspond to an excessive alcohol consumption.

Regarding alcohol consumption in unlicensed public spaces, we find that accessibility to and availability of alcohol in convenience stores has a great impact on this type of consumption. The existence of many convenience stores that sell alcohol and market competition resulted in cheap price of alcohol. Furthermore, the number of stores and long opening hours (the current law in Madrid prohibits selling alcohol in convenience stores after 10 pm) make alcohol accessible to the general population but also to vulnerable groups such as young people and immigrants. Our results indicate that current restrictions regarding the hours of sale of alcohol and the prohibition of selling

alcohol to people under 18 years old are insufficient. In addition, convenience stores in Spain do not need a license to selling alcohol, which can difficult enacting new laws limiting alcohol selling. We do believe that it would be necessary controlling alcohol sales by means of mandatory licenses to such stores. Although time restrictions for selling alcohol in convenience stores could be changed following the model of other European countries, this would clash with the cultural and social factors that motivate the consumption of this substance. We believe that underage alcohol consumption should be limited by strengthening existing controls on alcohol outlets (not only convenience stores). Finally, our results suggest that alcohol consumption in unlicensed public spaces in the urban environment is a source of problems at different levels. First, the disorder of the physical and social environment caused by alcohol consumption in unlicensed public spaces unequally affects the neighborhoods regarding their SES. Moreover, the current ban on alcohol consumption in unlicensed public spaces is not having the desired effect. Otherwise, we believe that increasing restrictions and police control aimed at diminishing alcohol consumption could have negative effects on people who can only drink alcohol in unlicensed public spaces. As we discussed regarding smoking restrictions, new measures aimed at diminishing alcohol consumption must not increase stigmatization. We believe that interventions aimed at reducing alcohol consumption should be enacted to reduce alcohol consumption among socially vulnerable groups. Interventions that consider the social, cultural, and economic factors that influence alcohol consumption are warranted to reduce alcohol-related consequences in the urban environment.

## **LIMITATIONS AND STRENGTHS**

In the three chapters containing the results of the present dissertation we have addressed the limits and strengths of each analysis separately. However, we believe that it is also necessary to develop the limits and strengths of the entire work. Although it may sound repetitive, one of the limits of this research work, which has already been mentioned in the three chapters of results, is the absence of objective measures of alcohol and tobacco use. In quantitative research studying exposure to second-hand smoke, measuring the concentration of breathable fine particles is often used. In fact, this has been the tradition of the existent scientific literature assessing the effectiveness of the smoke-free laws in Spain (Laws 28/2005 and 42/2010). Making measurements before and after the laws were enacted has helped assessing the effect of both measures in recent years. Regarding alcohol consumption, there are objective measures to study of alcohol such as standard units or volume. Furthermore, to study the places where alcohol is consumed direct observation is useful. The issue of conducting research using a mixed methods approach (quantitative approach and qualitative methodology) will be discussed in the section below. Not recruiting participants under the age of 40 during fieldwork can also be considered a weakness as they usually appeared in the discourses of the participants. However, the latter limitation can be explained due to the objective of the main quantitative research project where our qualitative research is integrated, which only studied population between 40-85 years due to the risk of suffering from cardiovascular diseases.

One of the strengths of our study is the use of a large sample compared to other qualitative studies. In addition, we believe that the use of complementary data collection techniques such as the semi-structured interview and the discussion group helped us to

achieve, together with the wide sample, the theoretical saturation of the discourse. We believe that another of the strengths of our work was analysing three neighbourhoods with different SES (low, medium, and high), as well as recruiting participants with different sociodemographic characteristics such as distinctive tobacco consumption (smoker, former smoker, and non-smoker) and alcohol consumption (social drinker and teetotaler). We believe that most of the depth of the analyses contained in this work can be explained due to the heterogeneity of the sample. Another strength of this research is in the co-construction of results and their validation through member checking sessions. Using this technique to validating study findings allowed us to complete results regarding the presence of cigarette butts in all three neighbourhoods studied. On the other hand, we believe that the detailed description of the neighbourhoods studied can help the reader decide on the transferability of our qualitative results to other similar urban contexts.

## **FUTURES LINES OF RESEARCH**

We believe that studying population health using a social perspective has been highlighted through the results of this research work. We also believe that it is necessary to encourage more qualitative research because of the richness of the data which can be obtained and the degree of knowledge about the object of study when the research is finished. However, it would be also important to considering future health research in the urban environment using mixed methods approaches. With the proper complementation of quantitative and qualitative approaches, innovative and original results could be achieved. For instance, studying factors that determine alcohol consumption could be complemented by quantitative surveys which might allow us to

know exactly the amount of alcohol consumed by study participants. Furthermore, places where alcohol is consumed and people drinking in such places could also be quantified by direct observation and the noise caused by alcohol consumption in unlicensed public spaces could also be quantified using an adequate device. Otherwise, the latter device could be also used to measure noise from smokers socializing in terraces and entrances of hospitality venues during at nights. Another approach that might be interesting when it comes to studying health in the urban environment can be focused on socially vulnerable groups such as young people and immigrants. Based on the results of our analyses regarding alcohol consumption, people in these two population groups may suffer more severely from the harmful effects of alcohol consumption. In addition, it would be interesting to delve into the meaning of the places where alcohol is consumed and how it can influence how alcohol is consumed. Regarding tobacco use, our results might trigger new research focusing on the perceived denormalization of smoking in Spain and the importance of the physical space when smoking. Finally, if new smoke-free places are enacted also new longitudinal research would be needed to assess changes in the perception of smoking and in tobacco consumption (behaviours and attitudes towards smoking).

## **ANEXO**

### ***GUIÓN PARA LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ENTORNO URBANO Y SALUD: ABORDAJE CUALITATIVO EN EL ESTUDIO HEART HEALTHY HOODS.***

#### **Temas centrales para todas las entrevistas**

En todas las entrevistas, cuando el/a entrevistado/a sea inmigrante, preguntar de una manera introductoria, trayectoria migratoria, tipo de trabajo que desarrolla y ha desarrollado y país de origen.

#### **Descripción del barrio**

- ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en el barrio? ¿Cómo describiría su barrio? ¿y la gente de su barrio?
- ¿Dónde delimita usted su barrio? ¿Cuándo considera que está “fuera” del barrio?

En los años que lleva viviendo en el barrio ¿cuáles han sido los cambios más importantes que se han dado? A nivel de infraestructuras (servicios, mercados, tiendas, parques, etc.), de población (tipo de gente), de tipo de gente, de formas de vida...

#### **Usos del barrio**

- ¿Usted pasa mucho tiempo en su barrio? ¿qué tipo de actividades hace en su barrio? (¿compra? ¿sale a tomar cañas? ¿juega con sus hijos?, etc.) ¿Utiliza los servicios públicos de su barrio (¿escuelas, centros de salud, sociales...?) ¿Sus amistades/familia vive en el barrio?

- ¿Usted cree que la gente de su barrio realiza muchas actividades cotidianas en el mismo? (¿comprar? ¿salir a tomar cañas? ¿jugar con sus hijos/nietos?, etc.) (indagar en los elementos que pueden condicionar el uso que la gente hace de su barrio) (indagar en posibles cambios en el barrio)
- ¿Cómo es el funcionamiento de los servicios de salud? ¿los educativos? ¿y los asistenciales/ servicios sociales? ¿y los de la limpieza y mantenimiento de calles y plazas?

### **Salud relacionada con el barrio**

- ¿Cómo piensa que es la salud de sus vecinos? ¿Es fácil llevar una vida saludable en el barrio? ¿Cree que su barrio tiene la estructura, es decir, la infraestructura, recursos, parques, zonas verdes, locales municipales, etc., adecuada para que se puedan seguir hábitos saludables? ¿Qué mejoraría para hacer de su barrio un barrio saludable?
  - Para los que cuidan nietos, ¿cómo ha determinado el cuidado de sus nietos/as la visión de su barrio?
  - Para los que tienen hijos, ¿el hecho de tener hijos influye en la visión de su barrio?

### **Temas para alcohol y tabaco en las entrevistas**

#### **Consumo de tabaco en el barrio**

- ¿En su entorno la gente fuma? (por colectivos y grupos de edad; preguntarle por los mayores, los jóvenes) ¿la gente fuma más o menos que antes? ¿Cómo es el acceso al tabaco, a nivel de comercios, en su barrio?

- Para los que cuidan nietos, ¿ha determinado el cuidado de sus nietos/as, de alguna forma, su visión del consumo de tabaco?
- Para los que tienen hijos, ¿el hecho de tener hijos ha influido, de alguna forma, en su visión del consumo de tabaco?

### **Efectos de la ley 42/2010 y campañas de Salud Pública**

- ¿Cómo creen que ha influido la ley del 2011 respecto a no poder fumar en espacios cerrados y las campañas de salud pública?

### **Consumo individual y programas de deshabituación**

- Usted, fuma en la actualidad, ¿fumó en el pasado? (y ahí preguntar si lo dejó, lo intentó... no lo quiere dejar...) En el caso de que fume ver si es un hábito adquirido y preguntar el proceso (indagar en la forma de fumar: si fuma en el trabajo, en su casa, delante de sus hijos en el caso de que los tenga, si es un acto solo social...). Para el nivel socioeconómico bajo, indagar sobre la influencia del coste y otros trastornos económicos que pudiera generar la economía doméstica.
  - Para los que han participado en programas para dejar de fumar, preguntar, ¿en qué consistía el contenido de dicho programa y en qué medida ha contribuido a abandonar el tabaco (si lo ha hecho)? (indagar cuáles sería la estrategia idónea para dejar el tabaco).

### **Consumo de alcohol en el barrio**

- ¿Cómo es el comportamiento de las personas respecto a los bares? ¿La gente va mucho a los bares? ¿hay zonas importantes para tomar el vermú, para pasar el

domingo al mediodía en el barrio o el sábado por la noche? ¿Cómo describiría en general el comportamiento de la gente de su barrio respecto al alcohol? (por colectivos y grupos de edad) ¿Cree que la gente bebe más o menos que antes?

- Para los que cuidan nietos, ¿ha determinado el cuidado de sus nietos/as, de alguna forma, su visión del consumo de alcohol?
- Para los que tienen hijos, ¿el hecho de tener hijos ha influido, de alguna forma, en su visión del consumo de alcohol?

### **Efectos de la Ley anti botellón y campañas de salud pública**

- ¿En su barrio se ve a gente joven bebiendo en la calle?, ¿En qué zonas? Describanlo, den su opinión ¿Cree que la administración se preocupa para que la gente beba menos? (y a continuación, y según lo que contesten) ¿conoce alguna campaña para prevenir o reducir el consumo de alcohol? ¿qué opinión tiene al respecto?

### **Consumo individual y programas de deshabituación**

- ¿Cómo es su relación con el alcohol? Indagar si consume habitualmente en el hogar, sobre todo ver si su consumo es social o individual. Indagar si se han planteado reducir el consumo, indagar cómo ha sido la interiorización del hábito. Para el nivel socioeconómico bajo, indagar sobre la influencia del coste y otros trastornos económicos que pudiera generar la economía doméstica.

### **Temas para la alimentación y la actividad física**

#### **Hábitos de alimentación**

- ¿Qué tipo de alimentación suele tener usted normalmente?
- ¿Cómo creen que ha evolucionado la forma de comer en el barrio? (se sugiere que se anime al análisis por colectivos). Preguntas concretas por colectivos. Si la entrevistada es ama de casa, ¿qué suele cocinar? Si el entrevistado es un inmigrante, preguntar por la influencia de la comida de su país.
- ¿Sale usted solo/a, con su familia o amigos a comer, cenar o tapear...en su barrio o fuera de él?
  - Para los que cuidan nietos, ¿cómo ha determinado el cuidado de sus nietos/a s los hábitos alimenticios? ¿y los hábitos de compra de alimentos?
  - Para los que tienen hijos, ¿el hecho de tener hijos influye en los hábitos alimenticios? ¿y en los hábitos de compra de alimentos

### **Hábitos de compras individuales y sociales**

- ¿Dónde suele comprar usted la comida, productos de alimentación? ¿Qué tipo de razones o motivos le llevan a comprar en un sitio u otro? ¿Por qué decide comprar en un sitio u en otro? (ver en qué se basan sus prioridades, ¿en la economía, la confianza, la cercanía, la variedad)
- ¿Cómo es la vida en el barrio respecto a la compra de la alimentación? ¿Dónde suele comprar la gente del barrio, según usted?

### **Tipo de tiendas**

- ¿Qué tipo de establecimientos existen en el barrio y qué uso hace la gente de ellos? Indagar si la gente hace la compra fuera del barrio y por qué.

### **Actividad física social**

- ¿Cuáles son las actividades físicas que se realizan habitualmente en el barrio?  
(se sugiere que se anime al análisis por colectivos), ¿La gente hace deporte?

### **Actividad física individual**

- ¿Qué tipo de actividad física suele realizar usted en su día a día? ¿cuándo y dónde realiza esta actividad física? (preguntar si tienen en casa alguna máquina de gimnasio y con qué frecuencia la utilizan, si no lo sacara en la conversación) (preguntar en el caso de que no lo diga) ¿Y en los fines de semana?
- ¿Cómo considera usted el tamaño de las calles, la limpieza, el pavimento, la existencia de bancos? ¿Considera su barrio agradable para pasear? ¿pasea usted por su barrio?
  - Para los que participan o han participado en programas de promoción de la actividad física. ¿En qué medida el programa ha estimulado el ejercicio físico cotidiano? ¿Estrategia idónea para realizar actividad física de manera regular? Indagar sobre los contenidos del programa.
  - Para los que cuidan nietos, ¿cómo ha determinado el cuidado de sus nietos/as la actividad física?
  - Para los que tienen hijos, ¿el hecho de tener hijos influye en la actividad física?

### **Recursos del barrio para la actividad física**

- ¿Con qué tipo de infraestructuras cuenta el barrio para actividades deportivas?
- ¿Han aumentado o disminuido en los últimos tiempos? ¿están en buen estado?  
Indagar si la gente hace actividades físicas fuera del barrio y por qué.

**MODELO DE ENTREVISTA PARA PROFESIONAL DE SALUD DE CENTROS  
DE SALUD PÚBLICA (INFORMANTE CLAVE)**

**Descripción del barrio**

- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el barrio? ¿Cómo describiría el barrio? ¿y la gente del barrio?
- En los años que lleva trabajando en el barrio ¿cuáles han sido los cambios más importantes que se han dado? A nivel de estructura, de población, de servicios...

**Usos del barrio**

- ¿Qué visión tiene de la vida que hace la gente en el barrio? ¿usted cree que la gente hace muchas actividades en el barrio? ¿comprar, tomar cañas, socializar? (indagar en los elementos que pueden condicionar el uso que la gente hace de su barrio) (indagar en posibles cambios en el barrio)
- ¿Cómo es el funcionamiento de los servicios de salud en el barrio?

**Salud relacionada con el barrio**

- ¿Cómo piensa que es la salud de las personas que viven en el barrio a través de su experiencia como médico de atención primaria? ¿Qué tipo de enfermedades son las más frecuentes?
- ¿Cree usted que es fácil llevar una vida saludable en el barrio? ¿Cree usted que este barrio tiene la estructura, es decir, la infraestructura, recursos, parques, zonas verdes, locales municipales, etc., adecuada para que se puedan seguir hábitos saludables?

## **Temas para alcohol y tabaco**

### **Consumo de tabaco en el barrio**

- ¿Cómo describiría en general el comportamiento de la gente del barrio, según su perspectiva de médico de familia, respecto al tabaco? (por colectivos y grupos de edad)

### **Consumo de tabaco individual (de los pacientes)**

- ¿Cómo ha sido la evolución del consumo de tabaco en los años que lleva usted trabajando en el barrio, a nivel de sus pacientes?

### **Efectos de la ley y campañas de Salud Pública**

- ¿Cómo creen que ha influido la ley del 2011 respecto al consumo de tabaco? ¿y las campañas de salud pública?

### **Consumo de alcohol**

- ¿Cómo describiría en general el comportamiento de la gente del barrio respecto al alcohol, por su experiencia en su consulta? (por colectivos y grupos de edad)  
¿Cree que la gente bebe más o menos que antes?

### **Efectos de la Ley anti botellón y campañas de salud pública**

- ¿Cree que las campañas para prevenir o reducir el consumo de alcohol han tenido efectos positivos en la población? ¿Cree que el alcohol es un problema en la gente joven en el barrio por su experiencia en su profesión?

## **Temas para la alimentación y la actividad física**

### **Hábitos de alimentación y de compras**

- Según su experiencia como médico de atención primaria en el centro de salud ¿Cómo creen que ha evolucionado la forma de comer en el barrio? (se sugiere que se anime al análisis por colectivos).
- ¿Podría decirme en qué medida la forma de alimentarse tiene que ver con los lugares dónde se compran los alimentos?, en ese sentido, ¿dónde cree que compra la comida la gente del barrio? (se sugiere hacer un análisis por colectivos).

### **Actividad física**

- Según su experiencia como médico de atención primaria en el centro de salud ¿Cuáles cree que son las actividades físicas que realizan la gente del barrio (o sus pacientes) (se sugiere que se anime al análisis por colectivos), ¿Cree que la gente del barrio hace deporte? ¿qué tipo de deporte?

### **Recursos del barrio para la actividad física**

- ¿Cree que el tipo de infraestructuras (tamaño de las calles, la limpieza, el pavimento, la existencia de bancos) con las que cuenta el barrio influyen en la realización de deporte o actividades físicas, como pasear? Indagar si la gente hace actividades físicas fuera del barrio y por qué.

### **Programas de salud pública y estrategias para la actividad física**

- ¿Conoce programas de promoción de la actividad física dónde vaya gente del barrio o que usted atienda? ¿En qué medida dicho programa ha estimulado el

ejercicio físico cotidiano? ¿Cuál cree que es la estrategia idónea para realizar actividad física de manera regular? Indagar sobre los contenidos del programa.

***MODELO DE ENTREVISTA PARA DIRECTOR/A DE CENTRO EDUCATIVO  
(INFORMANTE CLAVE)***

Tener en cuenta en las dos entrevistas recursos con los que cuentan, problemática de la zona. Incorporar cambios en las prácticas de la vida del barrio. Afinar que es lo que puede conocer de la vida del barrio desde el trabajo

**Cuestiones concretas relacionadas con el centro educativo**

- ¿Cuál es el tipo de problemas cotidianos que suele haber con los/as alumnos/as de este centro educativo?
- ¿Cuál es el tipo de relación que tienen con los padres de los/as alumnos/as? ¿hay conflictos? ¿qué tipo de conflictos?

**Descripción del barrio**

- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el barrio? ¿Cómo describiría el barrio? ¿y la gente del barrio?
- En los años que lleva trabajando en el barrio ¿cuáles han sido los cambios más importantes que se han dado? A nivel de estructura, de población, de servicios...
- ¿Qué tipo de problemas importantes cree que hay en el barrio?

### **Usos del barrio**

- ¿Qué visión tiene de la vida que hace la gente en el barrio? ¿usted cree que la gente hace muchas actividades en el barrio? ¿comprar, tomar cañas, socializar? (indagar en los elementos que pueden condicionar el uso que la gente hace de su barrio) (indagar en posibles cambios en el barrio)
- ¿Cómo es el funcionamiento de los servicios educativos en el barrio?

### **Salud relacionada con el barrio**

- Por el trabajo que usted desarrolla, ¿Cuál es su visión de la salud de las personas que viven en el barrio?
- ¿Cree usted que este barrio tiene la estructura, es decir, la infraestructura, recursos, parques, zonas verdes, locales municipales, etc., adecuada para que se puedan seguir hábitos saludables?

### **Temas para alcohol y tabaco**

#### **Consumo de tabaco en el barrio**

- ¿Cómo describiría en general el comportamiento de la gente del barrio, según su visión como director de un centro educativo, respecto al tabaco? (por colectivos y grupos de edad)
- ¿Hay problemas de consumo de tabaco en los/as alumnos/as su centro educativo? (indagar a partir de aquí)

### **Consumo de alcohol**

- ¿Cómo describiría en general el comportamiento de la gente del barrio respecto al alcohol, por su experiencia en su centro educativo? (por colectivos y grupos de edad)
- ¿Hay problemas de consumo de alcohol en los/as alumnos/as de su centro educativo?

### **Efectos de la Ley anti botellón y campañas de salud pública**

- ¿Cree que las campañas para prevenir o reducir el consumo de alcohol han tenido efectos positivos en la población con la que usted trabaja? ¿Cree que el alcohol es un problema en la gente joven en el barrio por su experiencia como educadora?

### **Temas para la alimentación y la actividad física**

#### **Hábitos de alimentación y de compras**

- Según su experiencia como director/a de centro educativo ¿Cómo cree que ha evolucionado la forma de comer en la población con la que usted trabaja? ¿cree que la forma de comer de los/as alumnos/as es un reflejo de lo que se come en las familias del barrio (indagar, profundizar en la forma de alimentarse).
- ¿Podría decirme en qué medida cree usted que la forma de alimentarse tiene que ver con los lugares dónde se compran los alimentos?, en ese sentido, ¿dónde cree, si me lo puede decir, que compra la comida la gente del barrio? (se sugiere hacer un análisis por colectivos).

### **Actividad física**

- Según su experiencia como director/a de un centro educativo ¿Cuáles cree que son las actividades físicas que realizan los/as alumnos/as y sus padres, es decir la gente del barrio, ¿Cree que en el barrio donde usted trabaja se hace deporte? ¿qué tipo de deporte?

### **Recursos del barrio para la actividad física**

- ¿Cree que el tipo de infraestructuras (tamaño de las calles, la limpieza, el pavimento, la existencia de bancos) con las que cuenta el barrio influyen en la realización de deporte o actividades físicas, como pasear? Indagar si la gente hace actividades físicas fuera del barrio y por qué.

Realizar en cada barrio, unas semanas antes de empezar el trabajo de campo un trabajo de observación:

- Pasear por el barrio
- Recogida de material (notas, apuntes) sobre la observación concreta de:
  - Prácticas saludables. Indagar sobre programas municipales para hacer deporte, etc., hablar, conversar con grupos que se organizan, que hacen actividades saludables dentro del barrio.
  - Otro tipo de prácticas, observación de grupos que por ejemplo realizan botellones
  - Observación en supermercados para la compra/en bares/por la calle/en plazas y jardines...describir el uso del barrio por la gente, en función de la edad, el tipo de actividades que hacen, etc.
  - Observación en centros de salud y centros educativos: tipo de gente, movimientos en dichos centros. Recomendable la realización dos

entrevistas en cada barrio a un médico de atención primaria y a un director de un centro educativo. Solo recomendable. Utilización de estos sujetos como informantes clave. Si realizamos una entrevista a estos dos informantes clave (yo creo que sería muy recomendable) las preguntas tendrían que cambiar, ser más impersonales y abarcar un poco todo y, por lo tanto, ser un poco más larga que el resto. Este es el modelo propuesto.

***GUIÓN PARA LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN REALIZADOS EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ENTORNO URBANO Y SALUD: ABORDAJE CUALITATIVO EN EL ESTUDIO HEART HEALTHY HOODS.***

**Temas centrales para todos los grupos de discusión**

Presentar primero el proyecto, comentar en dónde está enmarcado, en el HHH y de qué va a tratar el estudio. Tema de arranque, con la descripción del barrio

**Descripción del barrio**

- ¿Cuáles son las principales cualidades de su barrio? ¿y los principales defectos? Con relación a la infraestructura (servicios, mercados, tiendas, parques, etc.), los servicios y su acceso, las relaciones humanas, el acceso, ¿cuáles serían los principales problemas que se encontrarían en el barrio?
- En los años que llevan viviendo en el barrio ¿cuáles han sido los cambios más importantes que se han dado? A nivel de infraestructuras (servicios, mercados, tiendas, parques, etc.), de población (tipo de gente), de formas de vida...

- ¿Consideran que, en este barrio, los servicios e infraestructuras son mejores o peores comparado con otros barrios? ¿Qué consideran mejor? ¿Qué consideran peor que en otros barrios?

### **Usos del barrio**

- ¿Qué tipo de actividades hacen ustedes en el barrio? ¿suelen comprar en el barrio? ¿Pasan mucho tiempo en el barrio? ¿Tienen la percepción de que la gente del barrio pasa mucho tiempo en su barrio? ¿Hay limitaciones para que la gente haga las actividades que acabamos de comentar en el barrio? (por ejemplo, existencia de parques, bares, cines, discotecas, supermercados, etc.).
- ¿Creen que los probables cambios que se han dado en el barrio pueden haber influido en el disfrute de las actividades antes mencionadas? (¿Cómo? ¿Por qué?)
- A nivel de barrio ¿cuáles son sus preocupaciones y de la gente que vive en el barrio?
- ¿Utiliza los servicios públicos del barrio? (servicios de salud, asistenciales/servicios sociales, educativos, limpieza) ¿Cómo funcionan en el barrio dichos servicios?

### **Temas para alcohol y tabaco**

- ¿Cuál es la imagen que creen que se tiene de los fumadores actualmente? ¿cómo ha sido la evolución del consumo de tabaco en los años que llevan ustedes en el barrio? ¿cómo creen que ha influido la ley del 2011 respecto a no poder fumar

- en espacios cerrados? ¿Creen que las campañas de prevención de consumo de tabaco y los programas para dejar de fumar son importantes para dejar de fumar? ¿Qué creen que es más importante para dejar de fumar?: ¿la salud, el precio del tabaco, la imagen? ¿cómo creen que es el acceso al tabaco, a nivel de comercios, en su barrio?
- ¿Ustedes están preocupados o creen que es importante el consumo de tabaco? (indagar sobre si para ellos es importante el consumo de tabaco o es algo que se lleva bien en la sociedad española en general, en el barrio en particular)? ¿Cómo describirían en general el comportamiento de la gente de su barrio respecto al tabaco? Para el nivel socioeconómico bajo y medio, indagar sobre la influencia del coste y otros trastornos económicos que pudiera generar la economía doméstica (incluyo el medio porque en el barrio del Pilar hay dos zonas bien diferenciadas, una de ellas muy humilde).
  - ¿Consideran que, en este barrio, se fuma más o menos tabaco comparado con otros barrios? ¿por qué lo creen? ¿hay alguna característica del barrio (social o de infraestructura) que influya en eso?
  - ¿Ustedes van mucho a los bares? ¿Cómo utilizan los bares del barrio? ¿Van a tomar el vermú el domingo? ¿pasan el tiempo y el ocio en el barrio? (fijarse en las dinámicas, en las rutinas respecto al uso de los bares, al consumo) ¿La gente va mucho a los bares?, ¿es una forma de pasar el tiempo y el ocio en el barrio? ¿hay zonas importantes para tomar el vermú, para pasar el domingo al mediodía en el barrio o el sábado por la noche? ¿Creen que el consumo de alcohol es un tema importante o no? (indagar sobre si para ellos es importante el consumo de alcohol o es algo que se lleva bien en la sociedad española en general, en el barrio en particular) ¿Cómo creen que es el comportamiento de las personas de

su barrio respecto a los bares? ¿Cómo describirían en general el comportamiento de la gente de su barrio respecto al alcohol? ¿y el de los jóvenes en particular? (indagar sobre el fenómeno de beber en la calle, por si existiera “el fenómeno de beber en la calle” en el barrio que estemos estudiando), ¿cómo ha sido la evolución del consumo de alcohol en los años que llevan ustedes en el barrio? ¿Creen que la administración se preocupa para que la gente beba menos? (conocimiento de campañas de prevención). Para el nivel socioeconómico bajo y medio, indagar sobre la influencia del coste y otros trastornos económicos que pudiera generar la economía doméstica (incluyo el medio porque en el barrio del Pilar hay dos zonas bien diferenciadas, una de ellas muy humilde).

- ¿Consideran que, en este barrio, se bebe más o menos alcohol comparado con otros barrios? ¿por qué lo cree? ¿hay alguna característica del barrio (social o de infraestructura) que influya en eso?

### **Temas para la alimentación y la actividad física**

- ¿Dónde suelen comprar ustedes? ¿Qué tipo de establecimientos existen en el barrio y qué uso hacen ustedes de ellos? (indagar por qué se compra en unos sitios y en otros no).
- ¿Cómo creen que ha evolucionado la forma de comer en el barrio? (¿cómo se comía antes y cómo se come ahora) (tener en cuenta cuando haya inmigrantes en el grupo de discusión para entender su forma de alimentarse), ¿Qué consideran por buena o mala alimentación? En los grupos dónde haya personas con hijos/as a cargo, indagar sobre la alimentación de los hijos (queremos profundizar en la posibilidad de que los hijos puedan determinar la alimentación de la familia, y si existiera esa determinación en cómo se determinan). En el grupo de jubilados,

indagar sobre los que cuidan nietos y preguntar qué les dan de comer a los nietos y si compran en lugares concretos para ellos (queremos profundizar en la posibilidad de que los nietos puedan determinar la alimentación de las personas mayores y cómo se determina)

- ¿Consideran que, en este barrio, la alimentación es mejor o peor comparado con otros barrios? ¿por qué lo creen? ¿hay alguna característica del barrio (social o de infraestructura) que influya en eso?
- ¿Cómo consideran ustedes el tamaño de las calles, la limpieza, el pavimento, la existencia de bancos idóneos para llevar prácticas saludables –correr, ejercicio en la calle, pasear-? ¿Consideran su barrio agradable para pasear? ¿La gente hace deporte en su barrio? ¿con qué tipo de infraestructuras cuenta el barrio para actividades deportivas? (parques, pabellones, canchas, piscinas, gimnasios...), ¿existen asociaciones deportivas en el barrio? ¿saben si existen programas municipales que promuevan el deporte en el barrio? ¿Cuáles son las actividades físicas que ustedes realizan habitualmente en el barrio? (en el caso de que no se diga, incidir en el fin de semana) Indagar si hacen actividades físicas fuera del barrio y por qué. En los grupos que haya inmigrantes, tener cuidado a la hora de plantear el tema, habría que indagar sobre su percepción sobre la actividad física y si ha habido cambio de hábitos deportivos o de actividad física después del proceso migratorio (hacerlo muy sutilmente porque están mezclados en los grupos unos y otros).
- ¿Han visto algún tipo de cambio/ evolución en la predisposición para hacer ejercicio o actividad física (prácticas o valores asociados a la salud) o todo lo contrario malos hábitos?

- ¿Consideran que, en este barrio, la actividad física que se hace es mayor o menor comparado con otros barrios? ¿por qué lo creen? ¿hay alguna característica del barrio (social o de infraestructura) que influya en eso?