

# Medidas de prevención del consumo de drogas y daños asociados en contextos de ocio

Revisión de  
evidencia,  
eficacia y  
aplicabilidad

**AUTORES:**

**Daniel Lloret Irlés**

**Víctor Cabrera Perona**

**Departamento de Psicología de la Salud  
Universidad Miguel Hernández**



# Medidas de prevención del consumo de drogas y daños asociados en contextos de ocio

**Revisión de evidencia, eficacia y aplicabilidad**

**AUTORES:**

**Daniel Lloret Irlés**

**Víctor Cabrera Perona**



El contenido de esta publicación se ha desarrollado gracias a la colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) y la Federación Española de Municipios y Provincias.

#### **AUTORES**

Daniel Lloret Irlles y Víctor Cabrera Perona. Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández.

#### **CUBIERTA**

Imagen de cubierta de pexels.com: <https://www.pexels.com/es-es/foto/hombre-luces-barra-fiesta-15648325/>, editada por Ricardo Sánchez.

#### **EDITA Y DISTRIBUYE**

© MINISTERIO DE SANIDAD

Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

**NIPO** 133-23-100-7

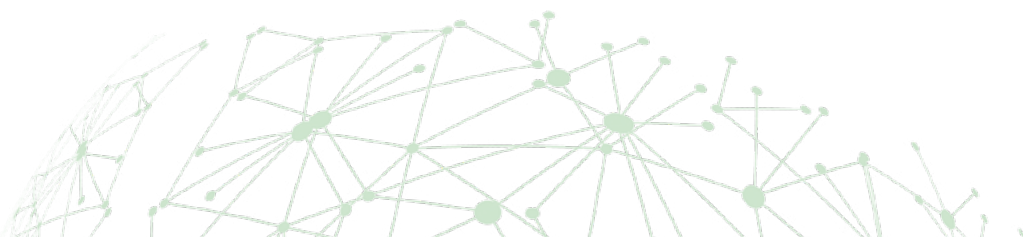
#### **CITA RECOMENDADA:**

Lloret Irlles, D. y Cabrera-Perona, V. Medidas de prevención del consumo de drogas y daños asociados en contextos de ocio. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023.

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Los contextos de ocio.....</b>	<b>6</b>
El tiempo de ocio como espacio de desarrollo.....	6
<b>2. La prevención en el contexto de ocio .....</b>	<b>7</b>
Prevención ambiental.....	8
Prevención comunitaria.....	9
Reducción del riesgo y Reducción del daño.....	11
Programas de ocio alternativo .....	12
<b>3. De la necesidad de una prevención basada en la evidencia .....</b>	<b>13</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>17</b>
<b>FICHAS DE EVIDENCIA .....</b>	<b>21</b>
Dispositivos de bloqueo de arranque por detección de alcohol (dispositivos Alcohol Interlock).....	22
Distribución de información presencial a través de folletos, flyers o tarjetas .....	26
Controles de alcoholemia no sancionadores.....	29
Ocio alternativo de aventura.....	34
Deporte en tiempo de ocio .....	39
Juegos con contenidos de prevención. Ludificación o gamificación de estrategias de prevención .....	44
Programas de ocio nocturno alternativo .....	50
Provisión de agua gratuita.....	54
Regulación de la “hora feliz” y ofertas de 2x1.....	58
Análisis de sustancias o drug checking.....	63
Presencia policial en contextos de ocio.....	68



Capacitación de personal de ocio nocturno y hostelería.....	71
Intervenciones microambientales basadas en la arquitectura de la elección.....	76
Intervenciones a través de mensajes cortos de texto para la reducción del consumo de alcohol.....	80
Intervenciones a través de mensajes cortos de texto para la reducción del consumo de tabaco.....	83
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>88</b>





## INTRODUCCIÓN

### 1

## Los contextos de ocio

El ocio es un fenómeno complejo que incluye una gran variedad de prácticas cuyo significado y valor es subjetivo. Se define como cesación del trabajo, la disponibilidad de tiempo libre y la diversión y ocupación reposada (RAE, 2014), por lo que cabe entenderlo como una experiencia en la que la persona busca un espacio de disfrute y de vivencias gratificantes. Aunque no requiere que sea una actividad social, por lo general, el ocio suele identificarse como un espacio de interacción social en el que se comparten experiencias. Algunos autores incluso consideran que el carácter social es condición necesaria para entender el ocio (Berthet et al., 2016). Admitiendo que el ocio también incluye actividades individuales, que en el momento de su realización no tienen una intención social, en el contexto del presente trabajo nos referiremos al ocio social y recreativo.

Para muchas personas, el ocio es un espacio en el que reivindicar los intereses propios, en contraste con el tiempo de no-ocio dedicado a las responsabilidades familiares, laborales o académicas. Por lo general, aunque no exclusivamente, el ocio está concentrado en los fines de semana, mientras que los días laborales están dedicados a los roles estructurales que asumimos en la sociedad. De esta forma, se acentúa la diferencia ocio-trabajo, y se le concede al ocio el estatus de derecho humano básico (Asociación Mundial de Ocio, WLO). Como señala Lázaro (2006), al hablar de derechos humanos, nos estamos refiriendo al “conjunto de derechos que el ser humano posee por el mero hecho de haber nacido”, entre los cuales está integrado el derecho al ocio.

No es necesario justificar o fundamentar la existencia del ocio para constatar que su presencia en la agenda de los ciudadanos ha ido ampliándose a la par que el deseo de su disfrute. Son muchas las oportunidades de ocio que se han erigido en torno al tiempo dedicado al ocio, a los recursos que invertimos en él, y sobre todo a los deseos e ilusiones que las personas reservamos para nuestro tiempo de ocio. En consecuencia, las industrias dedicadas a crear contenidos para el tiempo de ocio han ido creciendo y adaptándose rápidamente a las necesidades del cliente, generando, a su vez, con su crecimiento, nuevas demandas y una mayor necesidad de disfrute de ocio. Así, en los países occidentales los contextos de ocio y ocio nocturno se ha convertido en uno de los motores económicos en donde la industria del entretenimiento, el turismo, la producción cultural, la actividad y el espectáculo deportivo, la restauración, la gastronomía y la hostelería ocupan los primeros puestos del sector terciario. En este sentido, este

modelo hegemónico de ocio se ha consolidado durante las últimas décadas, dificultando la existencia de otros modelos de ocio alternativo (Calafat y Juan, 2017).

## El tiempo de ocio como espacio de desarrollo

El ocio, como cualquier conducta que conlleva la expectativa de un resultado gratificante, está guiado por la búsqueda del deleite, por el deseo de disfrutar del tiempo libre. Las expectativas asociadas al tiempo de ocio, en contraste con el tiempo dedicado a las obligaciones, representan la relajación y la liberación de las rutinas de trabajo y estudio. Cuando las actividades de ocio persiguen valores positivos, constituyen una experiencia que favorece el desarrollo personal y social. El tiempo de ocio ofrece una oportunidad de crecimiento personal, en tanto que los y las jóvenes y adolescentes en su día a día disponen de pocas oportunidades para desarrollar su capacidad de decidir de forma espontánea y motivada. Las obligaciones académicas y laborales, las actividades extraescolares y las tareas familiares les dejan poco espacio para desarrollar sus intereses de forma autónoma, siendo el tiempo libre el contexto idóneo para la realización de actividades voluntarias y de relaciones sociales (Larson, 2000; Kleiber, Lázcano, Madariaga y Muriel, 2017). De todos los contextos de la vida de un adolescente, el ocio tiene un gran potencial para realizar actividades con un fuerte sentido subjetivo, para entrenar la autonomía y la autodeterminación, para reforzar la conexión con la comunidad y establecer relaciones, para mejorar las competencias, tener un sentido de pertenencia y vinculación, y tener control sobre las propias acciones (Hansen, Larson, & Dworkin, 2003; Kleiber, 1999; Witt & Caldwell, 2005).

Desde la perspectiva social, en los contextos de ocio se promueve el encuentro y la experimentación social válida por sí misma, sin necesidad de estar justificada por una productividad asociada. En este sentido, el ocio se debe entender con una actividad intrínsecamente reforzante, es decir, cuya simple realización es motivadora per se y no requiere de un beneficio asociado. Lo que en palabras de Berthet et al. (2016) sería el ocio autotélico: verdadero ocio, aquel que se realiza de un modo satisfactorio, libre y por sí mismo, sin una finalidad utilitaria.

## INTRODUCCIÓN

El ocio nocturno está asociado a importantes áreas de desarrollo y de satisfacción de necesidades individuales y colectivas. En ocasiones el ocio nocturno se erige en un espacio de expresión artística y cultural, en el que se promueve tanto la producción como de consumo de conciertos, exposiciones, representaciones y eventos artísticos de cualquier orden. Desde la perspectiva de las relaciones sociales, el ocio nocturno facilita un espacio libre de compromisos y exento de límites que lo hace idóneo para conversar, para entablar lazos afectivos y facilitar también encuentros sexuales. Es por todo ello que el ocio, también el nocturno, constituye una fuente de bienestar socio-emocional, de desarrollo personal y de construcción de comunidad.

Sin embargo, a estas oportunidades de crecimiento personal y aumento del capital social se unen situaciones de riesgo y promotoras de conductas potencialmente problemáticas. En especial, cuando el contexto de ocio está asociado a conductas de riesgo, como el consumo de drogas. De esta forma, el ocio es indistintamente un espacio de riesgo y de protección.

### La prevención en contextos de ocio

Teniendo en cuenta que es en el contexto de ocio nocturno donde se producen los mayores consumos, resulta sugerente la idea de concentrar los esfuerzos preventivos en los escenarios de tiempo libre nocturno. En buena lógica, se espera que implementar acciones dirigidas a desalentar el consumo en los momentos y lugares donde es más probable que se este se produzca, sea una estrategia más eficaz que realizar intervenciones distanciadas en el tiempo y en el lugar. Esta hipótesis, por razonable que parezca, no está libre de ser sometida al banco de pruebas, y el objetivo de la presente guía es revisar la evidencia sobre la eficacia de las medidas preventivas implementadas en contextos de ocio.

La prevención en contextos de ocio incluye una gran variedad de medidas dirigidas a evitar o retrasar el inicio, a reducir el consumo recreativo y ocasional, o incluso a prevenir los riesgos y los daños derivados del consumo, cuando no se ha conseguido evitarlo o moderarlo. Todas estas medidas se realizan en tres momentos con respecto al consumo. Algunas de las estrategias e intervenciones

preventivas se desarrollan con anterioridad, otras son concomitantes y un tercer grupo de acciones están dirigidas a reducir los daños cuando el consumo ya se ha producido (Brunn, Brunner y Mütsch, 2021).

**ANTES.** Las medidas que se implementan con anterioridad a los momentos de mayor probabilidad de consumo tienen como objetivo crear condiciones de prevención que tendrán su efecto en el contexto de ocio. Los programas de formación de profesionales del ocio nocturno y hostelería persiguen que tales profesionales adopten pautas responsables hacia el consumo de alcohol y otras drogas, y sean capaces de gestionar los eventuales daños y conflictos derivados del mismo. De esta forma, la medida (la formación) se realiza con anterioridad al contexto de ocio. Otras estrategias que van dirigidas a los y las jóvenes son programas que promueven actividades saludables como el deporte o la aventura en la naturaleza. Los Programas de Ocio de Deporte y Aventura se realizan en horario de mañana o diurno y, por lo tanto, es posible que los jóvenes compatibilicen su disfrute con el consumo de alcohol y otras drogas llegada la noche. Sin embargo, se espera que los programas de deporte y la aventura desarrollen valores asociados al cuidado personal y hábitos saludables y que estos compitan con conductas de riesgo como el abuso de alcohol, el consumo de tabaco u otras drogas.

**DURANTE.** La prevalencia de consumo es mayor durante las noches de los fines de semana y también en festivales y fiestas locales. El modelo lógico que subyace a las medidas de prevención del consumo durante los contextos de ocio es que su efecto reside en su capacidad de competir con la cultura de consumo. Ya sea a través de estrategias distractoras, es decir ocupando el tiempo de ocio en actividades libres de consumo o bien con estrategias disuasorias que apelan por lo general a la percepción del riesgo y, en consecuencia, reducen la intención de consumo. Un ejemplo de las primeras son los Programas de Ocio Alternativo (POA) que se desarrollan en los momentos de ocio nocturno, ofreciendo atractivas actividades que pretenden competir con la cultura de consumo y desplazarla. La otra estrategia consiste en mensajes disuasorios basados en apelar al riesgo asociado al consumo, evitando la confrontación y respetando la decisión responsable del consumo de drogas. Algunas de estas medidas adoptan el formato de distribución de información presencial a través de folletos, *flyers* o tarjetas. Otras utilizan canales digitales para difundir mensajes a través de redes sociales o sistemas de mensajería instantánea sobre la reducción de daños. También los dispositivos de análisis de sustancias (drug checking) en el propio contexto de ocio o con antelación ponen a disposición información con el objetivo de sensibilizar a los consumidores de los posibles riesgos.

## INTRODUCCIÓN

Otras estrategias, enmarcadas en la reducción del daño, pretenden modificar la forma en que se consume mediante la planificación del consumo, y evitar el policonsumo, incluido el alcohol. En otro orden de intervención, desde un planteamiento más confrontante, se han implementado medidas disuasorias como la presencia policial en las calles donde hay mayor densidad de locales nocturnos o la implantación de controles de alcoholemia, incluso si estos no tienen una intención sancionadora.

DESPUÉS. En tercer lugar, algunas medidas tienen lugar después de haber transcurrido el momento de consumo y, por lo tanto, están dirigidas a reducir el daño asociado al mismo. Los contextos de ocio nocturno son lugares propicios a desarrollar estrategias de prevención y reducción del daño. Entre los muchos ambientes del ocio nocturno, los clubs, festivales y ambientes de música electrónica han sido los que mayor atención han recibido. Otras, en cambio, están dirigidas a la seguridad vial: dispositivos de bloqueo de arranque por detección de alcohol, el conductor designado o la disponibilidad de transporte público nocturno.

## Prevención ambiental

La prevención ambiental es el conjunto de las políticas e intervenciones que tratan de limitar las oportunidades de desarrollar conductas poco saludables o de riesgo o de promover la disponibilidad de opciones más sanas para prevenir los problemas asociados al consumo de sustancias (Oncioiu, Burkhart, Calafat, Duch, Perman-Howe, Foxcroft, 2018). Las estrategias de prevención ambiental se centran en cambiar los aspectos del entorno que contribuyen al mantenimiento de la conducta problema, incluyendo, entre otros, las políticas y normas que toleran el uso y el abuso, la falta de aplicación de las leyes diseñadas para prevenir el uso y el abuso, y las sanciones ante el uso y el abuso. Las estrategias de prevención ambiental pueden cambiar las leyes públicas, iniciar políticas e influir en las prácticas para crear entornos que disminuyan la probabilidad de consumo de sustancias en la población general (Wisconsin Clearinghouse for Prevention Resources, 2012).

Burkhart, Tomczyk, Koning y Brotherhood (2021) resumen las características de la prevención ambiental:

- Se dirige a cambiar el contexto en el que se realiza la conducta a prevenir.
- Hace que las conductas saludables sean más accesibles o atractivas que las conductas de riesgo.
- Induce cambios de normas, valores y actitudes sociales como impacto secundario.
- Puede ser utilizada en diferentes niveles de intervención (micro, meso y macro), o en su combinación.
- Es particularmente aplicable en contextos que contengan potenciales desencadenantes de la conducta a prevenir.
- Puede tener efectos en diferentes conductas de riesgo para la salud.

La prevención ambiental puede desarrollarse desde un enfoque normativo que afecta a contextos amplios, o desde una perspectiva más localizada en escenarios concretos. Haciendo un paralelismo con la clasificación de Bronfenbrenner (1979):

- Las estrategias desarrolladas a nivel *micro* se dirigen a los objetos o individuos con los que la persona interactúa cara a cara. Se consideran igualmente importantes las conexiones entre otras personas presentes en el entorno, la naturaleza de estos vínculos y su influencia indirecta sobre la persona, en un complejo de interrelaciones dentro del entorno inmediato denominado microsistema.
- Por otra parte, las estrategias medioambientales *macro* implican cambios normativos y legislativos de aplicación a nivel regional o nacional. Algunos ejemplos de medidas *macro*, que afectan también a los contextos de ocio, son el incremento de los impuestos, la prohibición o limitación general de la publicidad, la sanción de la conducción bajo los efectos del alcohol y otras drogas, etc.
- El nivel *meso* se refiere a un escenario más próximo al individuo o grupo destinatario de la prevención; en él se incluyen estrategias implementadas en los contextos en los que se realiza la conducta, en nuestro caso en los contextos de ocio. Entre las estrategias *meso* se incluyen la restricción de la oferta, reduciendo el número de locales o los horarios, la vigilancia policial, la presencia de mensajes disuasorios, el diseño de los locales, o la vigilancia en espacios públicos y



## INTRODUCCIÓN

locales, entre otras medidas. Como explica Burkhart (2011) “más allá de sus características de coerción y restricción a nivel *macro*, la prevención ambiental también puede contener elementos de promoción en el sentido de proporcionar oportunidades estímulo y fomento de cambios en entornos más pequeños”. Estas medidas de incidencia *meso* son objeto de revisión del presente informe.

Las medidas de modificación del entorno como estrategia de control de la conducta han sido desarrolladas por Sustain y Thaler (2008), y su teoría del “empujoncito o *nudge*”. Un *nudge* es una intervención fácil y a menudo de bajo coste que modifica la arquitectura de la elección alterando el comportamiento de las personas de forma predecible. Las intervenciones basadas en el comportamiento pueden implicar la alteración de la forma en que se presentan las opciones o se enmarca un mensaje, para “empujar” a las personas a tomar mejores decisiones sin limitar las opciones ni utilizar incentivos económicos.

Algunos autores sostienen que la prevención ambiental es por lo general más eficaz que la prevención basada en el entrenamiento de habilidades, que a su vez es más eficaz que la prevención basada en la provisión de información (Foxcroft, 2014).

### La prevención comunitaria

El ámbito o *setting* es el espacio físico o contexto social en el que se realizan las intervenciones preventivas. Tradicionalmente se identifica la escuela, la familia, el ámbito laboral y los *mass-media* como los grandes escenarios en los que se desarrollan programas, campañas y otras acciones con intención preventiva. Las medidas desarrolladas en los ámbitos escolar y laboral se dirigen a una población definida, en ocasiones cautiva, y en un contexto físico delimitado, el centro educativo o lugar de trabajo. Otros ámbitos en cambio, como la familia, tienen una población diana bien definida; sin embargo, el espacio físico es difuso. En el caso de la prevención comunitaria el grado de definición del colectivo y de los escenarios físicos es difuso. Las estrategias de prevención comunitaria pueden ir dirigidas a cualquier colectivo, aunque estén diseñadas en función del perfil de la po-

blación diana, y se desarrollan en un espacio comunitario que por definición es versátil.

La prevención comunitaria puede ser definida como un conjunto de acciones destinadas a promover la participación activa de una comunidad, con vistas a la resolución de un problema común y a su propia transformación. Se debe distinguir entre:

- La prevención realizada en la comunidad. Las intervenciones en la comunidad se desarrollan sin la necesaria participación de sus miembros, o público destinatario de las acciones preventivas. Desde esta perspectiva, la prevención ambiental la forman medidas cuyo diseño e implementación no cuenta necesariamente con la participación de la comunidad y tienen su efecto en contextos comunitarios, en los que se incluyen los contextos de ocio. De esta forma, los cambios regulatorios (normativas, leyes) o las modificaciones del entorno se proponen desde instancias de gobierno o de gestión que, aunque pueden contar con procesos de consulta en la fase de diseño, no dependen de ellos.
- La prevención realizada con la comunidad. Involucra a los miembros de la comunidad en la identificación de necesidades, determinación de los objetivos, planificación de actividades y evaluación de la intervención, lo que conlleva unos determinados niveles de implicación y de corresponsabilidad de los técnicos y de los representantes comunitarios (IOM, 2012). Desde esta perspectiva, la prevención comunitaria asume que la reducción del consumo de drogas no es una tarea que pueda ser delegada a especialistas y profesionales, sino que implica a todos los recursos de la comunidad, que se constituyen en agentes de prevención. Parte del supuesto de que los miembros de una comunidad son quienes mejor la conocen y por lo tanto son más capaces de producir cambios en ella. Desde este enfoque, el objetivo de la prevención comunitaria es la capacitación y el fortalecimiento de la comunidad para promover un entorno saludable e implementar medidas de prevención.

Un ejemplo es el programa FERYA (Juan, Calafat, Duch y Guerrero, 2018), que tiene como objetivo crear una red de madres y padres capaces de liderar cambios en sus comunidades dirigidos a promover entornos saludables y estilos de vida protectores para los adolescentes. Para ello se va-

## INTRODUCCIÓN

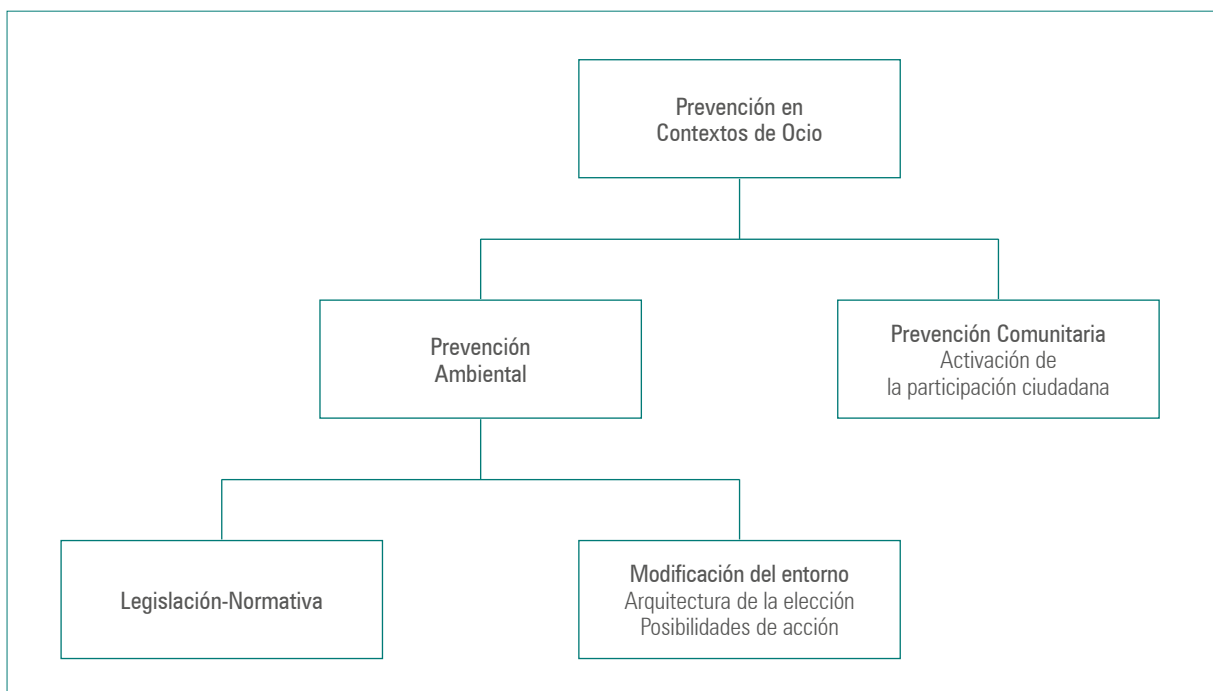
len de la fuerza e influencia de los colectivos de madres y padres en organismos públicos y entidades privadas con impacto en la comunidad.

Otro conocido programa de prevención comunitaria es *Communities that Care CTC* (Hawkins y Catalano, 2002) que centra su estrategia en planificar y reunir los recursos de la comunidad para dar solución a comportamientos problemáticos en los y las adolescentes, como la violencia o el consumo de drogas. Para ello crea una "junta de prevención comunitaria" formada por funcionarios públicos y líderes de la comunidad para identificar y reducir los factores de riesgo, al tiempo que se promueven los factores de protección mediante la selección y aplicación de intervenciones probadas en toda la comunidad.

También el conocido modelo islandés de prevención (IPM, por sus siglas en inglés) tiene un enfoque comunitario mediante la creación de equipos locales en los que se incluyen legisladores, sanitarios, investigadores y familias. Las medidas preventivas se reparten en diferentes escenarios, desde la crianza de los hijos, la supervisión de los padres y las actividades de ocio organizadas, el aumento de la presión normativa, o el fomento de las cenas familiares conjuntas, entre otras medidas. La coordinación de todas estas medidas desempeña un papel fundamental en la reducción del consumo de alco-

hol y drogas entre los jóvenes (Kristjansson, et al, 2020). Como ocurre con los anteriores programas, se parte de un análisis de los factores de riesgo y protección en cada comunidad y la creación de una coalición de partes interesadas. De acuerdo con este análisis, el IPM pone en práctica principios medioambientales basados en la evidencia con esas coaliciones. Esto, con el apoyo de una política de limitación del consumo de alcohol particularmente fuerte, podría haber contribuido a la reducción del consumo de sustancias en Islandia.

Estos y otros programas de enfoque comunitario muestran como la prevención comunitaria tiene un amplio espectro en cuanto a los colectivos implicados y no se definen por un espacio exclusivo, lo que la convierte en un contenedor en el que cabe casi cualquier estrategia que ocurra fuera de un espacio delimitado como puede ser la escuela, el hogar o el lugar de trabajo. La característica esencial que define la prevención comunitaria frente a la prevención ambiental es su enfoque dinamizador de la participación de grupos o colectivos de personas que toman parte activa del cambio o de las estrategias preventivas. Entre estos dos enfoques, prevención ambiental y comunitaria, el contexto de ocio emerge como un ámbito propio que incluye una gran cantidad de estrategias preventivas diseñadas para que tengan su efecto en los espacios de tiempo libre.



Elaboración propia

## INTRODUCCIÓN

### Reducción del riesgo y Reducción del daño

La escena nocturna ha generado gran cantidad de intervenciones pensadas para reducir la probabilidad de daños asociados al consumo de drogas. Son programas o intervenciones de prevención selectiva dirigidas a un público que usa las drogas con intenciones recreativas sobre todo los fines de semana. Los programas de reducción del riesgo y del daño tienen como objetivo evitar o reducir las consecuencias negativas del consumo de drogas, tanto sobre el individuo como sobre la comunidad en general, sin requerir necesariamente la abstinencia. La idea central es que los riesgos y daños asociados al consumo pueden ser tanto o más importantes que el propio consumo que, en ocasiones, no implica necesariamente la aparición de problemas (Marlatt, 1998).

La publicación del informe del Comité de Expertos en Adicciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1974) supuso un primer paso hacia las políticas de reducción de daños como una alternativa viable para el control del consumo de drogas y de sus consecuencias. El consumo de drogas en la década de los ochenta alcanzó cotas que pusieron en evidencia la validez de las políticas de reducción de la demanda. En especial, el aumento del consumo de heroína y los problemas socio-sanitarios asociados al mismo. En España, la prevalencia de consumo de opiáceos por vía inyectada alcanzó su máximo en 1992, con 3,26 usuarios por 1000 habitantes (Barrio, Bravo, Brugal, 2012). Desde entonces la incidencia anual de admisiones a tratamiento por opiáceos ha caído de 46 mil casos en 1996, a 9 mil en 2019 (OEDA, 2021). El consumo conllevó graves problemas sanitarios, especialmente la epidemia del SIDA entre los usuarios de drogas inyectadas (UDIs) en los países occidentales. La adopción de medidas de reducción del riesgo-daño marcó una clara diferencia en la incidencia y prevalencia de la infección por VIH entre aquellos países y/o regiones que las habían adoptado y aquéllos cuyos objetivos estaban orientados a la abstinencia.

Reducción del Riesgo y Reducción del Daño son dos conceptos próximos, pero no idénticos. El concepto de riesgo debe entenderse como una cuestión de probabilidad, el riesgo puede definirse como la posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra un daño. La RAE lo define como contingencia o proximidad de un daño. Ahora bien, si ese posible daño es también contingente a la posibilidad de conseguir un beneficio, entonces el riesgo se convierte en el resultado de una decisión, en un cálculo de coste-beneficio.

En este sentido, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) en su

definición de reducción del riesgo engloba ambos términos, riesgo y daño, como objetivo de una “serie de políticas o programas que se centran en promover la disminución del riesgo de daño por consumo de alcohol o de otras drogas” (UNODC, 2000). Así mismo, diversos autores entienden que ambos términos se pueden utilizar indistintamente cuando nos referimos a las intervenciones dirigidas a reducir el riesgo o daño (Insua y Grijalbo, 2000).

Así entendido, las políticas de reducción del riesgo y las de reducción del daño serían las mismas, ya que el riesgo hace referencia a la probabilidad de que se produzca el daño y, por consiguiente, las medidas capaces de reducir el riesgo, también reducen el daño. Cabe matizar que las estrategias de reducción de riesgos tienen algunas ventajas sobre la reducción del daño, en el sentido de que las conductas de riesgo son normalmente más inmediatas y más fáciles de medir objetivamente que los daños, particularmente cuando éstos presentan baja prevalencia. Por ejemplo, podría ser más práctico medir la reducción de la conducta de compartir material para la inyección (reducción del riesgo) que la medida de un índice de daño, como es la incidencia del VIH (UNDCP, 2000). O resulta más sencillo conocer el número de vehículos que han instalado un dispositivo alcohol-lock (reducción del riesgo) que conocer el número de accidentes de tráfico bajo los efectos del alcohol en relación al dispositivo alcohol-lock (reducción del daño). Las intervenciones de reducción del riesgo van dirigidas a reducir aquellas conductas relacionadas con el consumo que están asociadas a una mayor probabilidad de daño, con la intención última de reducir la tasa de daño asociado.

Otro ejemplo aplicado a la prevención en contextos de ocio lo encontramos en el análisis de sustancias, que consiste en un servicio que permite que las personas que usan drogas analicen químicamente las sustancias adquiridas en la calle y reciban un asesoramiento individualizado. Esta técnica pretende promover la competencia y responsabilidad de los consumidores de drogas y, en consecuencia, favorecer un consumo más seguro. La eficacia de la técnica no se limita a cuantificar el número de personas que han analizado la droga, esto sería una medida de proceso (reducción del riesgo). Aunque para determinar la eficacia de la técnica es necesaria una evaluación de proceso, no es suficiente y se debe establecer una relación con el daño que pretende reducir, es decir una evaluación de resultado. En el caso de análisis de sustancias, la eficacia está soportada por una reducción en el número de intoxicaciones, de accidentes o de otro tipo de urgencias sanitarias, o incluso de sobredosis, entre las personas que habitualmente frecuentan el contexto de ocio donde se implementa la técnica. Por consiguiente, podemos asumir que las

## INTRODUCCIÓN

técnicas de reducción del riesgo son las mismas que las de reducción del daño, siendo la reducción del riesgo una intervención en los factores predictores el daño.

Las acciones de reducción del riesgo-daño (RRD) se han desarrollado principalmente en relación al consumo de drogas por vía parenteral, por ser éste el que mayor morbilidad y mortalidad presenta. En consecuencia, algunos autores se refieren exclusivamente a la administración por vía parenteral cuando hablan de medidas de reducción del daño (Bosque-Prous y Brugal, 2016).

Sin embargo, su aplicación no se limita a un tipo de droga, administración o contexto. El concepto de reducción del daño puede definirse como el conjunto de políticas, programas e intervenciones destinados a minimizar las consecuencias adversas del consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales (Rhodes y Hedrich, 2010). La RRD surge después de décadas en las que los esfuerzos y políticas tenían como único fin la prevención y a la abstinencia y, a pesar de ello, las personas continuaron consumiendo drogas. Su filosofía se sustenta en el respeto de los derechos humanos, incluyendo el derecho a consumir y en el compromiso con la salud. Se centra en el cambio positivo y en trabajar con las personas sin juzgarlas, coaccionarlas, discriminarlas o exigirles que dejen de consumir drogas como condición previa al apoyo (*Harm Reduction International*, 2022). La reducción del daño sostiene la idea de que algunas políticas o medidas dirigidas a la abstinencia, como por ejemplo la ilegalización del consumo, pueden producir un perjuicio en las personas consumidoras, aún mayor que el daño que provoca el propio consumo. Este cambio de paradigma, de la ilegalización a la seguridad y la salud, ha sido la prioridad de organizaciones internacionales como la *Global Commission on Drugs* o el Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC, por sus siglas en inglés) (*Global Commission on Drugs*, 2021; IDPC, 2023). En España, la reducción del riesgo y del daño forman parte de la política integral en adicciones. Ambas estrategias están incorporadas en la Meta 1 “Hacia una sociedad más saludable e informada” de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2017-2024. En consecuencia, los programas e intervenciones dirigidos a reducir riesgo y/o daño han experimentado, desde hace años, un elevado nivel de desarrollo.

Por tanto, los objetivos que persigue las estrategias de RRD en entornos de ocio son:

- Promover la competencia y responsabilidad de los propios consumidores de drogas, incrementando la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo.

- Reducir la morbilidad y la mortalidad asociada al consumo.
- Minimizar comportamientos de riesgo asociados al consumo de alcohol y drogas
- Disminuir los conflictos, agresiones, acoso sexual y/o actos vandálicos relacionados con el consumo
- Prevenir las relaciones sexuales no protegidas y, en consecuencia, la incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y embarazos.

A los efectos de la presente guía, las medidas de reducción del riesgo-daño son aquellas acciones realizadas en contextos de ocio cuyo fin no es reducir el consumo de drogas, sino minimizar las consecuencias no deseables del mismo. Estos efectos negativos pueden darse en la persona que consume, tanto a nivel fisiológico, como psicológico o social, en otras personas próximas (familia, amigos, vecinos) o en la sociedad.

Atendiendo a esta definición, las medidas clasificadas como reducción del riesgo-daño conforman una serie de servicios y prácticas sanitarias bio-psico-sociales en relación al consumo de drogas legales e ilegales en contextos de ocio. Al margen de las ya referidas medidas dirigidas a consumidores por vía parenteral, en la presente guía se revisan medidas relacionadas con el consumo de una droga específica o con el policonsumo.

### Programas de Ocio Alternativo

Dentro de la oferta preventiva en contextos de ocio destacan los Programas de Ocio Alternativo (POA), que son un tipo de programas de base comunitaria que centran su objetivo en el desarrollo de actividades de carácter lúdico como alternativa al uso de drogas, ofreciendo actividades atractivas y saludables que logren un empleo satisfactorio del ocio en detrimento del consumo de alcohol y otras sustancias (Alonso, Salvador y Suelves, 2004; Martín y Moncada, 2003). Bajo el nombre de POA se reúnen diversos tipos de programas de prevención universal, dirigidos a un público de 15 a 25 años, si bien algunos programas pueden incluir edades más tempranas, que varían, entre otras cosas, en sus componentes, su ubicación espacio-temporal, sus objetivos y la población destinataria. Los POA desarrollan una innumerable cantidad de actividades, en tanto que se generan en función de los intereses y



## INTRODUCCIÓN

las tendencias cambiantes en el mundo juvenil. Entre ellas, se encuentran actividades lúdicas, culturales (conciertos, exposiciones, juegos, bailes, cursos), deportivas (campeonatos, deportes de riesgo, viajes deportivos), en la naturaleza (montañismo, excursionismo, observación de animales) e iniciativas solidarias (ayuda a la comunidad, recuperación de parajes naturales, etc.). Estas actividades son alternativas de ocio, lo que significa que su ámbito de desarrollo es el espacio comunitario donde los adolescentes y jóvenes pasan su tiempo libre. El objetivo primario de los POA es ofrecer un espacio lúdico, voluntario, atractivo y educativo, libre de drogas, que compita en horario e interés con los escenarios asociados al consumo de drogas, especialmente la noche en bares y discotecas.

En España los Programas de Ocio Alternativo experimentaron un fuerte crecimiento durante la primera década de siglo XXI, marcado por el programa "Abierto hasta el amanecer" en 1997. Desde entonces los grandes y medianos municipios ofertan un menú de actividades de ocio saludable y buscan usos alternativos de las instalaciones municipales a través de programas más o menos coordinados como opción al ocio basado en los bares y discotecas.

Los Programas de Ocio Alternativo han sido enmarcados en *Prevención Comunitaria*, ya que parten del compromiso de diversos agentes de la comunidad en la búsqueda de soluciones al consumo de drogas de los jóvenes. Desde la perspectiva de la prevención comunitaria las actuaciones buscan disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección, de la persona en relación a su entorno. En esta línea, los POA movilizan recursos desde distintos sectores de la comunidad: cultura, deporte, medio ambiente, urbanismo, sanidad, etc., aunando esfuerzos al servicio de un objetivo común. Los POA en el paradigma de la prevención comunitaria se consideran una intervención holística, lejos de las intervenciones aisladas en ámbitos como el escolar y el familiar.

Por otra parte, los POA también han sido considerados programas de Promoción de la Salud, ya que el contexto del ocio es un espacio propicio para el desarrollo de habilidades y capacidades personales, procesos de socialización positivos con impacto general en conductas saludables, más allá de los consumos de sustancias psicoactivas.

La Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos con el fin de que incrementen el control sobre su salud para mejorarla, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud establece cinco

áreas de acción prioritarias: (I) Establecer una política saludable, (II) Crear entornos que apoyen la salud, (III) Fortalecer la acción comunitaria para la salud, (IV) Desarrollar las habilidades personales y (V) Reorientar los servicios sanitarios. Como en la prevención comunitaria, en este proceso, la participación desempeña un papel fundamental (OMS, 1999).

Desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, el alcance de los POA no se limitaría a sustituir un lugar de ocio por otro exento de consumo de alcohol y otras drogas, sino que va más allá, ofreciendo la posibilidad de actuar a favor de factores de protección psicosociales, entre los que se encuentran la promoción de estilos de vida saludables, la construcción de redes y entornos sociales protectores que, además de ser incompatibles con el uso de drogas, desarrollan competencias sociales como son la autoestima, la asertividad y las habilidades de comunicación (Arza y Comas, 2002).

A pesar de la amplia implantación de los programas de ocio alternativo, la investigación sobre su eficacia sigue siendo escasa y carente del necesario rigor para concluir que son instrumentos útiles para la prevención del consumo de alcohol y drogas. No obstante, los técnicos municipales y de organizaciones privadas siguen diseñándolos e implementándolos con el objetivo de reducir el consumo, confiando en las "buenas ideas" y sin apenas garantías basadas en la evidencia científica. Los estudios rigurosos sobre la eficacia de estos programas en la reducción del abuso de drogas son muy limitados y, en la mayoría de los casos, la evaluación se concreta en el proceso, con indicadores como la tasa de participación, el índice de retención, la tasa de repetición o la satisfacción de los usuarios (Catalano, Berglund, Ryan, Jeanne, Lonczak, Hawkins, 2002; Comas, 2001; De La Villa Moral Jiménez, 2004;). A la luz de los escasos estudios que evalúan la eficacia de los POA, no se puede concluir que sean una estrategia útil para la prevención del consumo de drogas. La evidencia hallada en España indica que este tipo de programas no funcionan (Fernández y Secades, 2003).

### 3

## La necesidad de una prevención basada en la evidencia.

La prevención del consumo de drogas requiere una metodología rigurosa y basada en la evidencia. Bajo este argumento, durante los últimos veinte años, se ha desarrollado un cuerpo científico sólido y prometedor que reúne a in-

## INTRODUCCIÓN

investigadores, desarrolladores de programas y gestores. La fundación, en 1991, de la Sociedad para la Investigación en Prevención (*Society for Prevention Research - SPR*) supuso un hito en la prevención. Aunque el interés de la SPR abarca el estudio de la etiología y prevención de problemas de salud física, mental y social en su más amplia acepción, el consumo de drogas ha ocupado un lugar relevante. No en vano, la SPR fue fundada bajo el auspicio del *National Institute for Drug Abuse (NIDA)*. Dos décadas después, en Europa, se crea la Sociedad Europea para la Investigación en Prevención (EUSPR). Al igual que su antecesora, sus objetivos y temas de estudio trascienden el ámbito de las drogodependencias y se dirigen a la mejora de la salud y bienestar humano desde una perspectiva ambiental, universal, selectiva e indicada. Sin embargo, el estudio de la etiología y la prevención del consumo de drogas cobra especial relevancia, y la EUSPR cuenta con el impulso inicial del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (EMCDDA en sus siglas en inglés).

En paralelo al trabajo de las sociedades científicas, la prevención basada en la evidencia ha avanzado desde distintos frentes, entre los que destacan:

- Formación. Inclusión de contenidos o asignaturas de conductas adictivas y metodología de evaluación en los planes formativos de los programas de grado, master y doctorado, además de una amplia oferta formativa dirigida a profesionales, entre la que cabe citar el Currículum Europeo de Prevención.
  - Acreditación. Desarrollo de herramientas y protocolos que aseguren que los programas de prevención cumplen los criterios de buenas prácticas. Desde que en 1996 surgiera el portal Blueprints, la aparición de nuevos portales dedicados a las buenas prácticas ha ido en aumento. Los programas de prevención españoles se acreditan a nivel europeo en el registro de intervenciones preventivas evaluadas, XChange, del Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías [https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange_en) y, a nivel nacional, en el Portal de Buenas Prácticas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas <http://www.buenaspracticasadicciones.es/>. También algunas comunidades autónomas disponen de procesos de acreditación propios.
  - Marco regulatorio. El impulso institucional de la prevención basada en la evidencia en el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) queda patente a través de la incorporación de esta línea en los documentos estratégicos que guían las políticas públicas de las diferentes administraciones: Estrategia Nacional sobre Adicciones y los planes de acción que la desarrollan,
- y planes de acción sobre adicciones de las comunidades autónomas y de numerosas corporaciones locales que también disponen de ellos.
  - Estándares de calidad. Gracias al trabajo de grupos de experto/as en prevención y en metodología se dispone de una extensa librería de manuales, guías y estándares de calidad. Estas publicaciones establecen procedimientos y criterios dirigidos a asegurar la calidad de las intervenciones preventivas.
  - Desarrollo de instrumentos técnicos al servicio de la comunidad profesional, como por ejemplo los repositorios o bancos de instrumentos de evaluación, que permiten localizar escalas y cuestionarios fiables y válidos para determinar la eficacia de las intervenciones preventivas.

A pesar de los logros alcanzados, la prevención es un ámbito de estudio relativamente reciente, que requiere del impulso de instituciones. Han transcurrido más de dos décadas desde la publicación del manual *"Evaluation: a key tool for improving drug prevention"* (Solberg, Neaman y Nilson, 1999), y la evaluación en prevención sigue siendo una asignatura pendiente. A finales de la década de los noventa, en España "se dispone de una buena base de materiales preventivos, muchos de los cuales han sido positivamente experimentados" y se constata "una evolución hacia planteamientos más eficaces y funcionales" (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1997, pág. 49). A pesar de ello, durante las siguientes dos décadas, el consumo de drogas continuó creciendo en algunas sustancias, o estabilizándose en otras, por lo que resulta evidente que se requieren mejoras en los programas preventivos, y mayor rigor a la hora de aplicarlos y evaluar su eficacia.

Hoy en día, muchas de las intervenciones que entendemos como prevención, siguen siendo acciones puntuales cargadas de buenas intenciones, pero carentes de rigor metodológico y, en consecuencia, de desconocida eficacia. Es importante subrayar que la prevención es una intervención en salud, al igual que lo es la práctica clínica y, por lo tanto, sus efectos sobre la salud pueden ser positivos, ineficaces o incluso iatrogénicos. Solo en el primer caso podríamos hablar de prevención. Si bien, la generalizada actitud laxa y a menudo paternalista, amparada en la creencia de que lo que cuenta es la buena intención, hace que admitamos que "prevención es cualquier intervención con intención preventiva". Nada más lejos de la verdad. Los programas de prevención, al igual que los tratamientos psicológicos o bio-médicos, son intervenciones que pueden afectar positiva o negativamente a la salud de las personas y, por lo tanto, su aplicación debería exigir los mismos requisitos metodológicos. El foco debe ponerse en los resultados, no

## INTRODUCCIÓN

en la intención. Para ello se requiere una cultura de rigor científico que propicie una prevención basada en resultados contrastados. En definitiva, evaluación.

Existe una amplia evidencia sobre programas de prevención que no son efectivos o, lo que es peor, que han producido efectos contrarios a los esperados, incluso con programas que descansan en sólidas teorías. Por ejemplo, los programas estadounidenses *National Youth Anti-Drug Media Campaign* (1998-2004) y *Take Charge of Your Life* estaban basados en la teoría de la Influencia Social, que se había mostrado un componente fundamental en las intervenciones más efectivas (Tobler, Roona, Ochshorn, Marshall, Streke y Stackpole, 2000). Sin embargo, los resultados de las evaluaciones evidenciaron que el primero no resultó eficaz (Hornick, 2000, 2008) y que el segundo promovió un mayor consumo de tabaco, alcohol y bebida en forma de atracones (*binge drinking*) (Sloboda, 2009). Mayor repercusión tuvo el programa DARE (*Drug Abuse Resistance Education*) por ser uno de los programas de prevención escolar más difundidos en Estados Unidos en la segunda mitad de los 80. Los resultados del meta-análisis efectuado con ocho rigurosos estudios de evalua-

ción, mostraron que la capacidad preventiva de DARE era prácticamente nula (Ennett, Tobler, Ringwalt y Flewelling, 1994).

Ejemplos similares podemos encontrar en programas dirigidos a prevenir conductas violentas que provocan un aumento de las conductas ofensivas (Petrosino et al., 2003) o programas de prevención de la obesidad a través de la educación física que tras dos años de seguimiento no muestran diferencias significativas en el índice de masa corporal (Sallis et al. 1993). En el ámbito de la educación sexual, el programa escolar *Postponing Sexual Involvement* fue ampliamente implantado en EE.UU., pero la evaluación realizada con una muestra aleatoria tomada en California demostró que el número de encuentros sexuales, promiscuidad, embarazos y enfermedades de transmisión sexual aumentaron (Kirby, 1997; Kirby et al. 1997).

Con el fin de arrojar luz sobre la necesidad de conocimiento acerca de los resultados de las acciones intencionadamente preventivas y evitar así la reiterada implementación de intervenciones ineficaces o incluso perjudiciales, se precisa disponer de evaluaciones rigurosas.

## OBJETIVOS

El objetivo general del presente informe es actualizar el conocimiento sobre la oferta preventiva en contextos de ocio, revisando la eficacia de las diferentes medidas dirigidas a prevenir el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

Las medidas revisadas son acciones que se realizan directa y exclusivamente en contextos de ocio. Por ello quedan excluidas otras medidas que tienen un carácter más amplio, aunque su impacto alcance los contextos de ocio. En este sentido, no se han incluido medidas de limitación de

la publicidad directa o indirecta, medidas sobre el precio del alcohol o del tabaco, ni medidas de regulación de la venta de alcohol o tabaco. Todas ellas han sido objeto de una reciente revisión (Becoña, 2021).

[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021\\_PreventionAmbientalDrogas.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_PreventionAmbientalDrogas.pdf)

Para ello se proponen dos objetivos específicos:

- 1.- Identificar las medidas de prevención en contextos de ocio.
- 2.- Realizar una revisión actualizada sobre el nivel de evidencia y de eficacia de cada una de las medidas.



## MÉTODO

Para dar respuesta al primer objetivo, identificar las estrategias o medidas de prevención en contextos de ocio, se ha realizado una búsqueda en los principales repertorios bibliográficos con diferentes combinaciones de los

términos: *substance abuse; prevention; environmental prevention; harm reduction; risk reduction; night-life setting; leisure*. En la tabla 1 se identifican las principales fuentes consultadas.

**Tabla 1.**  
**Fuentes de evidencia**

PubMed <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/</a>
Web of Knowledge <a href="https://www.webofknowledge.com/WOS">https://www.webofknowledge.com/WOS</a>
Scopus <a href="https://www.scopus.com">https://www.scopus.com</a>
PsycINFO <a href="https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo">https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo</a>
Best practice portal (EMCDDA) <a href="http://www.emcdda.europa.eu/best-practice">http://www.emcdda.europa.eu/best-practice</a>
BMJ Best Practice <a href="https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-information/">https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-information/</a>
The Community Guide <a href="https://www.thecommunityguide.org/">https://www.thecommunityguide.org/</a>
Health Evidence <a href="https://www.healthevidence.org/">https://www.healthevidence.org/</a>
National Collaborating Centre for methods and tools <a href="https://www.nccmt.ca/">https://www.nccmt.ca/</a>
AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality <a href="https://www.ahrq.gov/">https://www.ahrq.gov/</a>
UNODC <a href="https://www.unodc.org/">https://www.unodc.org/</a>
New Zealand Guidelines Group (NZGG) <a href="https://www.health.govt.nz/publications?f%5B0%5D=im_field_publication_type%3A26&amp;f%5B1%5D=im_field_category%3A668#find-by-region">https://www.health.govt.nz/publications?f%5B0%5D=im_field_publication_type%3A26&amp;f%5B1%5D=im_field_category%3A668#find-by-region</a>
NREPP <a href="https://www.samhsa.gov/nrepp">https://www.samhsa.gov/nrepp</a>
Guidelines International Network <a href="https://www.g-i-n.net/">https://www.g-i-n.net/</a>
ClinicalTrials.gov <a href="http://www.clinicaltrials.gov">www.clinicaltrials.gov</a>
World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry <a href="https://www.who.int/clinical-trials-registry-platform">https://www.who.int/clinical-trials-registry-platform</a>
ERIC <a href="https://eric.ed.gov">https://eric.ed.gov</a>
Drug & Alcohol Findings ( <a href="https://findings.org.uk">https://findings.org.uk</a> )
Cochrane Library <a href="https://www.cochranelibrary.com/">https://www.cochranelibrary.com/</a>
Campbell Collaboration <a href="https://www.campbellcollaboration.org/">https://www.campbellcollaboration.org/</a>
NICE National Institute for health and Care Excellence <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/published">https://www.nice.org.uk/guidance/published</a>

*Elaboración propia*

## MÉTODO

La búsqueda se complementó con consultas a técnicos/as en prevención. Como resultado se identificaron 14 medidas susceptibles de ser eficaces en la prevención del consumo de alcohol y otras drogas y los daños asociados en contextos de ocio (Tabla 3).

En cumplimiento del segundo objetivo, se realizó una búsqueda exhaustiva de publicaciones de la evaluación de la eficacia de cada una de las anteriores medidas. Se priorizaron las revisiones sistemáticas y meta-análisis publicados en revistas de impacto o en informes avalados por entidades de reconocido prestigio.

Se elaboró un sistema de clasificación de la evidencia basado en registros internacionales de acreditación de buenas prácticas (, etc.). Las publicaciones resultantes de las búsquedas se sometieron a una evaluación cruzada, en la que dos evaluadores puntuaban la calidad de las evidencias y establecían el grado de eficacia en base a los resultados de los estudios identificados. Los resultados se informan en un formato estandarizado o ficha de evidencia que consta de seis secciones: I. Criterios clasificatorios, II. Descripción de la estrategia o técnica, III. Resumen de la evidencia, IV. Aplicabilidad y dificultades, V. Idea clave y VI. Referencias bibliográficas.

La primera sección incluye siete criterios que permiten describir y clasificar cada medida.

**Tipo de prevención:** las medidas pueden clasificarse en más de un tipo de prevención: universal, selectiva o indicada. Además de prevención ambiental como cuarta categoría.

**Evidencia:** calidad de los estudios que evalúan la eficacia de la medida. Se establecen cuatro niveles:

nula, baja, moderada y alta. Los criterios de clasificación se explican a continuación.

**Eficacia:** grado en el que la medida alcanza sus objetivos, es decir, consigue prevenir el consumo de drogas o reducir los daños asociados. Se establecen cuatro niveles: nula, baja, media y alta eficacia.

**Aplicabilidad:** hace referencia a la facilidad para implementar la medida. Se establecen cuatro niveles: nula, baja, media y alta.

**Campo de actuación:** a qué sustancia va dirigida la medida. Si la medida pretende reducir el consumo de drogas en general sin referirse a una sustancia en concreto. Por el contrario, si la medida va dirigida a una o varias sustancias, y no a todas, se indica a qué sustancia se trata.

**Destinatario:** niños/as, adolescentes, jóvenes, adultos, madres-padres, mujeres, mayores, inmigrantes o minorías étnicas y otros.

**Origen evidencia:** se refiere a la procedencia de los estudios que han evaluado la eficacia de la medida. Se establecen tres áreas: España, Europa y Mundial, que no son excluyentes. Así, si la evidencia proviene de países no europeos, pero también de europeos y de España, se marcan las tres casillas.

**La evidencia** analizada, es decir la calidad y cantidad de la investigación que evalúa la eficacia. Los criterios para clasificar la evidencia responden a la calidad metodológica de los estudios. Se han establecido cuatro categorías de menor a mayor evidencia: no evidencia, baja, moderada y alta evidencia. La descripción de cada uno de ellos se puede consultar en la tabla 2.

Tabla 2.  
Clasificación de la evidencia.

Nivel de Evidencia	Descripción	Criterios
<b>Alta</b>	Intervenciones con efectos convincentes y consistentes publicadas en revistas indexadas en el primer o segundo cuartil de los rankings JCR o SJR.	<p><i>La evidencia dispondrá de al menos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un meta-análisis de RCT y/o</li> <li>- Una revisión de calidad (Cochrane o Campbell) y/o</li> <li>- Dos o más estudios (RCT) con diseños aleatorizados, con grupo experimental y control y seguimiento de al menos un año</li> </ul> <p>Los estudios han sido desarrollados por grupos distintos y publicados en revistas indexadas en JCR o SJR</p>
<b>Media</b>	Intervenciones con efectos convincentes publicadas en revistas indexadas en el tercer o cuarto cuartil de los rankings JCR o SJR	<p><i>La evidencia dispondrá de al menos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una revisión sistemática (no necesariamente Cochrane o Campbell) y/o</li> <li>- Un estudio con diseño aleatorizado con grupo experimental y control y seguimiento de al menos un año y/o</li> <li>- Dos estudios con diseño cuasi-experimental, con grupo experimental y grupo de control, y adecuado seguimiento</li> <li>- Un informe de agencias nacionales o internacionales de reconocido prestigio y con competencia en investigación</li> </ul>
<b>Baja</b>	Intervenciones evaluadas con diseño cuasi-experimental, con grupo experimental y grupo de control, sin seguimiento.	<p><i>La evidencia dispondrá de al menos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un informe de agencias u organismos sin competencia en investigación y/o</li> <li>- Dos o más estudios cuasi-experimental, con grupo experimental y grupo de control</li> </ul>
<b>Nula</b>	No se han encontrado publicaciones que aporten evidencia sobre la medida.	

*RCT: Estudios con Control Aleatorizado (de sus siglas en inglés)*

*JCR: Journal Citation Report; SJR: Scimago Journal Rank*

*Elaboración propia*

## MÉTODO

Evidencia y eficacia se representan en un único icono compuesto por cuatro líneas, que corresponden a la evidencia, y cuatro colores que corresponden a la eficacia.

Evidencia

1 línea = Nula; 2 líneas = Baja; 3 líneas = Media; 4 líneas = Alta

Eficacia

 Rojo = Nula       Naranja = Baja       Azul = Media       Verde = Alta

Por ejemplo: Una técnica con eficacia baja (naranja)

y evidencia moderada (tres líneas) quedaría representada así:



Una técnica con eficacia media (azul)

y evidencia baja (dos líneas) quedaría representada así:





# Fichas de evidencias

Dispositivos de bloqueo de arranque por detección de alcohol (dispositivos Alcohol Interlock)



SECCIÓN 1.

Tipo	<input type="checkbox"/> Universal	<input checked="" type="checkbox"/> Selectiva	<input checked="" type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Legales <input type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodicepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

## SECCIÓN 2. Descripción de la estrategia o técnica

La conducción bajo los efectos del alcohol continúa siendo uno de los principales motivos de siniestralidad en las carreteras de nuestro país (Álvarez et al., 2016; DGT, 2019). En este sentido, la Unión Europea apoya la instalación de sistemas de bloqueo de arranque por alcoholemia en sus países miembros como medida de fomento de la seguridad vial. Por ello, creó una normativa común a fin de armonizar esta medida (European Commission, 2015). Así, se prevé que en 2022 estos sistemas comiencen a implantarse de forma obligatoria en vehículos de transporte de pasajeros y mercancías en nuestro país, como primer paso antes de su implantación en vehículos particulares.

Esta tecnología, denominada de inmovilización automática, imposibilita el arranque del vehículo si el conductor no proporciona una muestra de aliento. Además, bloquea el arranque si detecta una concentración de alcohol en el aire superior a la permitida. Adicionalmente, algunos dispositivos requieren otras muestras aleatorias durante la conducción que evitan que otra persona sea quien haya proporcionado esta muestra inicialmente. Además, con el paso de los años, los modelos han evolucionado. En la actualidad, algunos terminales incorporan el registro de datos en una memoria y la descarga o transmisión de datos a la autoridad competente para el seguimiento de los mismos.

La población diana de esta medida es la de conductores que acumulen sanciones por conducir bajo los efectos del alcohol. La hipótesis de partida es que la instalación de estos dispositivos podría reducir la conducción bajo los efectos del alcohol de personas reincidentes y la reducción de daños asociada. Así, en algunos países, las autoridades ofrecen a los infractores estos sistemas y someterse a medidas de seguimiento como alternativa a la retirada temporal del carnet de conducir y otras medidas penales. En nuestro país, se favorece esta medida, ya que las penas privativas de libertad reflejadas en el artículo 379.2 del Código Penal pueden suspenderse de acuerdo con el artículo 83.8 de dicho código, condicionadas al cumplimiento de la instalación de este sistema en el vehículo.

Como observación, conviene señalar que, en las revisiones señaladas en el resumen de la evidencia, sólo un pequeño porcentaje de personas elegían los dispositivos de bloqueo frente a la alternativa de la suspensión de carné de conducir. Asimismo, no existen trabajos o investigaciones en nuestro país, proviniendo en su mayoría de Estados Unidos, Canadá o países del entorno europeo (Blom y Blokdijk, 2021).

## FICHAS DE EVIDENCIA

### SECCIÓN 3. Resumen de la evidencia

Esta medida se ha evaluado mediante dos indicadores: a) el nivel de reincidencia de conductores con amenaza de retirada de carné y b) la tasa de accidentes de estos conductores.

Diversas revisiones sistemáticas y meta-análisis (Elder et al., 2011, Community Guide; Willis, Lybrand y Bellamy, 2004, Cochrane Library), que incluyen un total de 15 estudios comprendidos entre 2000-2007, muestran que la instalación de estos dispositivos se relacionó consistentemente con una amplia reducción de la reincidencia frente al grupo control (Media de los estudios = 67% de reducción). Sin embargo, cuando los dispositivos de bloqueo fueron retirados de los vehículos, estas tasas de reincidencia volvieron a niveles similares a los del grupo control. Este resultado se constata tanto en estudios aleatorios con grupo de control como de seguimiento longitudinal (Blom y Blokdijk, 2021).

En cuanto a la tasa de accidentes, la evidencia es limitada debido al pequeño porcentaje de infractores que participaban en los programas. En este sentido, otros trabajos (Kaufman y Wiebe, 2016; McGinty et al., 2013) aplicando modelos de intercepción aleatoria, que relacionaban la presencia de normativa de dispositivos de bloqueo y el número de accidentes fatales en distintos estados durante el periodo 1982-2103, concluyen que los dispositivos de bloqueo se asocian con una disminución del número de accidentes fatales en torno a porcentajes de un 8%-15%, en comparación con los estados donde la legislación sobre dispositivos de bloqueo de arranque era menos estricta.

Desde el año 2000, el foro mundial *Alcohol Interlock Symposium* (AIS) ha celebrado 10 conferencias mundiales para debatir sobre la investigación y el desarrollo actuales en materia de conducción bajo los efectos del alcohol y las drogas, programas de interbloqueo y seguridad vial. La última conferencia se celebró en septiembre de 2023 en Oslo. AIS recopila evidencias que demuestran la eficacia de estos dispositivos para prevenir la conducción bajo los efectos del alcohol y reducir las colisiones y las muertes.

### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

La implementación de dispositivos de bloqueo por consumo de alcohol requiere de una normativa regional o estatal. Además, su eficacia depende de estar integrados en un programa con medidas adicionales, como por ejemplo programas de rehabilitación para los infractores.

El Parlamento Europeo aprobó el Reglamento (UE) 2019/2144 que establece la facilitación de la instalación del Alcohol Interlock en los vehículos de motor de las categorías M y N a partir del 6 de julio de 2022 para los nuevos tipos de vehículos y a partir del 7 de julio de 2024 para todos los vehículos nuevos. En concreto, obliga a los fabricantes de vehículos a facilitar un documento técnico con los detalles necesarios para la instalación.

Actualmente, en España la instalación afecta al ejercicio de la actividad profesional para los puestos de conductor. En varios países europeos se contempla la posibilidad de que los conductores ebrios condenados opten por un bloqueo de alcohol en lugar de una prohibición de conducir. La UE impulsa su uso en todo tipo de vehículos, por lo que se espera que su instalación sea generalizada en el futuro.

## SECCIÓN 5. Idea clave

La evidencia disponible apoya la eficacia de los dispositivos de bloqueo de arranque para la reducción de la reincidencia de conducción bajo los efectos del alcohol, tanto de conductores reincidentes como de infractores noveles (Elder et al., 2011; Marques, 2010; Willis et al., 2004), si bien son necesarios estudios en nuestro país y en el entorno de la Unión Europea. Más limitada es la evidencia en cuanto a la tasa de accidentes, debido a la metodología empleada, que todavía no permite extrapolar los datos, si bien los resultados sugieren que los dispositivos de bloqueo se relacionan con menor número de accidentes. Además, en cuanto a su aplicabilidad, deben solventarse aspectos técnicos y económicos, así como la baja tasa de elección por parte de los infractores de esta alternativa frente a retirada del carné de conducir y la vuelta a niveles anteriores de reincidencia tras la desinstalación del dispositivo (Elder et al., 2011; Ma, Byrne, Bhatti y Elzohairy, 2016). Finalmente, los expertos recomiendan su implementación complementada con intervenciones médicas y/o psicológicas para aumentar su efecto en el tiempo (Blom y Blokdijk, 2021).

## SECCIÓN 6. Referencias

- Álvarez, F.J., Fierro, I., Gómez-Talegón, T., Ochoa, R., Pérez, E., Robledo, T., Lizarbe, V.M., Limarquez, M. (2016). Proyecto Europeo Alcolock: empleo del alcolock en transporte público: la experiencia en España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Blom, M. y Blokdijk, D. (2021). Long-term effectiveness of the alcohol ignition interlock programme: A retrospective cohort study in the Netherlands. *Accident analysis and Prevention*, 151. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2020.105888>
- Elder, R.W., Voas, R., Beirness, D., Shults, R.A., Sleet, D.A., Nichols, J.L., Compton, R., Task Force on Community Preventive Services. (2011). Effectiveness of ignition interlocks for preventing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes: A Community Guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(3), 362-376. DOI: 10.1016/j.amepre.2010.11.012
- European Commission (2015). Alcohol, Directorate General for Transport. Brussels
- European Parliament Regulation (EU) 2019/2144
- Kaufman, E. J., y Wiebe, D. J. (2016). Impact of State Ignition Interlock Laws on Alcohol-Involved Crash Deaths in the United States. *American journal of public health*, 106(5), 865–871. doi:10.2105/AJPH.2016.303058
- Ma, T., Byrne, P. A., Bhatti, J. A., y Elzohairy, Y. (2016). Program design for incentivizing ignition interlock installation for alcohol-impaired drivers: The Ontario approach. *Accident Analysis & Prevention*, 95, 27–32. doi:10.1016/j.aap.2016.06.011
- Marques, P.R (2010). Ignition interlocks: review of the evidence. *Blutalkohol*, 47(5), 318-327
- McGinty, E. E., Tung, G., Shulman-Laniel, J., Hardy, R., Rutkow, L., Frattaroli, S., y Vernick, J. S. (2017). Ignition Interlock Laws: Effects on Fatal Motor Vehicle Crashes, 1982–2013. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(4), 417–423. doi:10.1016/j.amepre.2016.10.043
- Willis, C., Lybrand, S., y Bellamy, N. (2004). Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004(3), Art. No.: CD004168.



## FICHAS DE EVIDENCIA

### Distribución de información presencial a través de folletos, flyers o tarjetas.



#### SECCIÓN 1.

Tipo	<input checked="" type="checkbox"/> Universal	<input checked="" type="checkbox"/> Selectiva	<input type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Legales <input checked="" type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input checked="" type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

#### SECCIÓN 2. Descripción de la estrategia o técnica

Durante años, una de las estrategias más utilizadas en prevención ha sido la distribución directa de información sobre las posibles consecuencias y riesgos del consumo de alcohol y otras sustancias a las personas usuarias. Un enfoque alternativo y complementario a esta diseminación de información es poner el foco en la minimización de daños en lugar de intentar evitar el consumo (Burkhart, 2003; Whittingham et al., 2009).

Así, las campañas de información en entornos de ocio nocturno, festivales, raves, clubs, etc. se dirigen a los/las clientes (sean o no consumidores/as) con la finalidad de informar sobre pautas y estrategias de reducción del riesgo y los daños relacionados con el consumo (ej. consejos sobre vestimenta, toma de agua o evitación del consumo rápido, pautas ante desmayos, coma etílico o sobredosis, por citar algunos ejemplos) y proveer de información sobre recursos sanitarios cercanos. Esta diseminación de información se realiza (o debe realizarse) con el consentimiento de la gerencia de los establecimientos o eventos. La distribución de esta información puede realizarse a través de personal especializado, voluntario o también a través de "iguales" (Akbar et al., 2010; Whittingham et al., 2009). Por lo general, esta medida se incluye dentro de actuaciones que además integran otros componentes o estrategias (Burkhart, 2003).

La evidencia disponible proviene de diversos países. Esta revisión no ha encontrado ningún estudio de calidad metodológica (ej. estudios controlados y aleatorizados) sobre la eficacia de este componente en nuestro país.

### SECCIÓN 3. Resumen de la evidencia

A pesar de su amplio uso, los estudios sobre la posible eficacia de la distribución de información presencial a través de folletos, flyers o tarjetas son escasos. Por tanto, la evidencia disponible en entorno de ocio es limitada y no permite apenas llegar a conclusiones sobre su posible eficacia (Akbar et al., 2010). Si bien no parece que esta acción produzca efectos iatrogénicos (Whittingham et al., 2009), la evidencia disponible respecto a alcohol y otras drogas, sugiere que es poco probable que esta estrategia tenga impacto sobre la reducción de daños (EMCDDA, 2012, 2021). Otros estudios sobre alcohol, éxtasis/GHB han encontrado muy pequeños cambios en las actitudes de las personas destinatarias, pero no informan de posibles variaciones en indicadores de reducción el riesgo/daño (Akbar et al., 2010; Bolier et al., 2011). Así, se propone que esta medida se integre en intervenciones más amplias, que tengan en cuenta a las personas destinatarias, pero también al personal de eventos o establecimientos, gerencias, administración, personal sanitario y policía (Jenkins, Slemon y Haines-Saah, 2017).

Respecto al uso de iguales para la distribución de la información, la evidencia es igualmente limitada, al ser el número de estudios igual de pequeño (Silins et al., 2013). Su utilización se apoya en la eficacia demostrada por las intervenciones dirigidas por pares, que hace que sean una fuente de información más cercana y creíble (Jenkins et al., 2017).

### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

Si bien la aplicabilidad de esta estrategia es alta y muy sencilla, la muy baja evidencia y su más que probable baja eficacia la ponen en duda, lo que elevaría su coste-efectividad. En caso de querer ser aplicada debería tenerse en cuenta una comunicación a través de distintos medios (ej. medios impresos, redes sociales, etc.) y canales (personal profesional, voluntarios/as, iguales, webs de eventos, clubs o festivales, etc.). Además, los mensajes deberían dirigirse a una población diana seleccionada y estar adaptados al lenguaje de las personas destinatarias. También debe contarse con el apoyo de las gerencias de eventos o establecimientos.

### SECCIÓN 5. Idea clave

A pesar de su uso generalizado, hay poca investigación sobre la eficacia de la distribución de información presencial a través de folletos, flyers o tarjetas (Akbar et al., 2010; Bolier et al., 2011). Es poco probable que esta medida sea eficaz en la reducción del consumo y de los riesgos/daños asociados (EMCDDA, 2012). Además, esta medida se suele incluir en programas o intervenciones más amplias y es complicado conocer su aportación (EMCDDA, 2021). Su uso mediante pares o iguales puede hacer la información más cercana y creíble (Silins et al., 2013).

SECCIÓN 6.  
Referencias

- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. and Humphris, G. (2011). Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 5, 1186-1202
- Bolier, L., Voorham, L., Monshouwer, K., van Hasselt, N., Bellis, M. (2011). Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Substance Use and Misuse*, 46(13), 1569-1591
- Burkhart, G., (2003). Evaluation Indicators for Prevention in Recreational Settings.
- Calafat, A., y Juan, M. (2017). Prevention in recreational nightlife. In M. Israelashvili y J. L. Romano (Eds.), *The Cambridge handbook of international prevention science* (pp. 207–232). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316104453.011>
- EMCDDA (2012). Responding to drug use and related problems in recreational settings. Lisbon; 2012.
- EMCDDA (2021). Policy and practice briefings: Nightlife, festivals and other recreational settings. Lisbon; 2021.
- Jenkins, E.K., Slemon, A., Haines-Saah, R.J. (2017). Developing harm reduction in the context of youth substance use: insights from a multi-site qualitative analysis of young people's harm minimization strategies. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 53.
- Silins, E., Bleeker, A. M., Simpson, M., Dillon, P., y Copeland, J. (2013). Does peer-delivered information at music events reduce ecstasy and methamphetamine use at three month follow-up? Findings from a quasi-experiment across three study sites. *Journal of Addiction Prevention*, 1(3), 1-8
- Whittingham, J., Ruiter, R., Bolier, L., Lemmers, L., Van Hasselt, N., y Kok, G. (2009). Avoiding counterproductive results: An experimental pretest of a harm reduction intervention on attitude toward party drugs among users and nonusers. *Substance Use & Misuse*, 44, 532–547.

## Controles de alcoholemia no sancionadores.



### SECCIÓN 1.

Tipo	<input type="checkbox"/> Universal	<input checked="" type="checkbox"/> Selectiva	<input checked="" type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Legales <input checked="" type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input checked="" type="checkbox"/> Cannabis <input checked="" type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input checked="" type="checkbox"/> Opiáceos	<input checked="" type="checkbox"/> Tabaco <input checked="" type="checkbox"/> Cocaína <input checked="" type="checkbox"/> Anfetaminas <input checked="" type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

**SECCIÓN 2.**  
Descripción de la estrategia o técnica

Los accidentes provocados por conducción bajo los efectos del alcohol tienen un gran impacto en la salud social y mental de la población, pero también crean una carga económica sobre el sistema sanitario y administrativo. En 2006 se constató que el coste de cada accidente mortal es de aproximadamente 2,6 millones de dólares, mientras que el coste de cada accidente que provoca una hospitalización es de unos 266.000 dólares (Terer y Brown, 2014). Según el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (2020) el 48,7% de los/las conductores/as fallecidos/as en accidentes de tráfico en 2020 en España dio positivo en alcohol, drogas o psicofármacos.

El consumo excesivo de alcohol es común en los fines de semana de la vida nocturna europea en entornos recreativos (Calafat et al., 2013; EMCDDA, 2012; Hughes et al., 2011). Habitualmente, muchas personas no son conscientes de que exceden el límite legal de concentración de alcohol en sangre. En este sentido, un estudio británico sobre 193 participantes cuya tasa de alcohol en sangre estimada y real se situaba por encima del límite legal reveló que el 20 % creía que aún era seguro conducir, lo que pone de manifiesto una incongruencia entre el nivel de alcohol en sangre de las personas y su seguridad percibida para conducir (Cameron y French, 2015). De hecho, Marczinski, Harrison y Fillmore (2008) encontraron que después de un consumo excesivo de alcohol, los participantes percibían tener mejor capacidad para la conducción que aquellos que no bebían en exceso. Este hallazgo sugiere que después de una dosis alta de alcohol, la capacidad de evaluar la seguridad de uno para conducir puede verse afectada.

Además, muchos festivales están ubicados en áreas rurales y regionales, lo que aumenta el número de desplazamientos por carretera y puede requerir que se utilicen vehículos privados para llegar a casa.

Esta medida consiste en ofrecer controles de alcoholemia no sancionadores y gratuitos in-situ, con la confianza de que el conocimiento de los niveles de concentración de alcohol en sangre de las personas que utilicen la medida en establecimientos, clubs, discotecas, fiestas y otros, modifiquen la intención de conducción o de continuar bebiendo en ese momento (Calafat et al, 2013), al aumentar su percepción de riesgo. Este tipo de iniciativas se ha realizado en distintos países de nuestro entorno. La evidencia aportada en esta revisión proviene de Australia, Reino Unido o Portugal, por citar algunos ejemplos. En nuestro país, esta medida surgió de manera pionera en 2008 en la localidad de Tafalla, donde la policía local ofreció controles de alcoholemia voluntarios (Marsellá Jimeno, 2008) y se repitió en el Vendrell en 2018 (Jiménez, 2018) y en Granada en 2021 (Villalba, 2021).



## FICHAS DE EVIDENCIA

### SECCIÓN 3. Resumen de la evidencia

El uso de alcoholímetros como una herramienta de reducción de daños para informar a los asistentes a zonas de ocio sobre sus patrones de consumo de alcohol ha sido utilizada ampliamente por varios proyectos de prevención en entornos de vida nocturna (Hughes, Furness, Jones y Bellis, 2010). En un estudio transversal realizado en Australia, Fernando et al. (2018) encontraron que el 41% de los participantes en festivales de música cambiaron su intención de conducir después de usar un alcoholímetro para determinar su tasa de alcohol en sangre.

En el estudio de Carvalho, Pires, López-Guerrero y Pinto (2019) se encontraron diferencias en los comportamientos de consumo de alcohol y la intención informada de conducir de los individuos antes y después de realizar la prueba de alcoholemia. En el grupo de conductores, los individuos con índices alcohólicos más altos fueron los que parecían más abiertos a realizar la prueba de alcoholemia, informando la intención de adoptar conductas protectoras para minimizar los daños relacionados con el alcohol, como abandonar el plan inicial de conducir o parar de beber. Ese mismo estudio constató que en entornos de ocio nocturno las pruebas de alcoholímetro parecen ser una herramienta valiosa para la conciencia colectiva sobre los daños causados por beber y conducir. Sin embargo, indican que la extensión del uso de la prueba de alcoholímetro para la intervención debe ser analizada más a fondo. Los datos preliminares muestran que el uso de alcoholímetros podría provocar un cambio de opinión en los individuos que habiendo consumido alcohol pretenden conducir.

Se requiere más investigación para concluir la relevancia de esta medida como recurso preventivo/reductor de daños (Calafat et al., 2013; Kerber y Schlenker, 2006). La evaluación se basa en auto-informes de las personas que realizan el test y no se cuantifica con indicadores de reducción de daño (ej. número de accidentes o ingresos en urgencia) (Carvalho et al., 2019). Además, la voluntariedad de la medida podría producir un sesgo en las muestras evaluadas.

### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

Esta medida tiene una aplicabilidad media ya que, si bien suele ser bien aceptada por la población diana (Carvalho et al., 2019), ofrecer suficientes puntos de medida de alcohol puede ser complejo y de alto coste económico. Estos puntos deben contar con personal cualificado para tal acción y tener presencia suficiente en los distintos locales de consumo de un municipio y no solo en festivales puntuales, sino en barrios con una alta concentración de bares y discotecas. Informar de su carácter no sancionador es clave para que la población quiera participar en la medida de su tasa de alcoholemia. Para ello, los stands de medida deben estar desligados de la presencia policial.

Por otra parte, la medida puede ser controvertida, puesto que puede animar a continuar bebiendo a algunas personas cuando comprueban que todavía no han llegado al límite mínimo permitido (Calafat et al., 2013). 2019). Además, la voluntariedad de la medida podría producir un sesgo en las muestras evaluadas, dejando fuera de estudio otros perfiles de bebedores/as.

**SECCIÓN 5.**  
**Idea clave**

Esta medida consiste en ofrecer controles de alcoholemia no sancionadores y gratuitos en contextos de ocio nocturno tales como festivales, discotecas, fiestas y otros. Se pretende que al informar a la población de su nivel de alcohol en sangre o espirado, reduzca su consumo de la sustancia o se abstenga de conducir en caso de sobrepasar los niveles legales. Si bien la medida muestra cierta efectividad, todavía se precisa mayor evidencia (Calafat et al., 2013), ya que la evaluación se basa en auto-informes de las personas que realizan el test y no se cuantifica con indicadores de reducción de daño (ej. número de accidentes o ingresos en urgencia) (Carvalho et al., 2019). Este cambio de comportamiento al ser informados de su tasa de alcohol reduciría no solo la cantidad de alcohol consumido sino también los posibles accidentes de tráfico ocasionados por conductores ebrios. Se recomienda que esta medida se acompañe de otras acciones preventivas y psico-educativas.

SECCIÓN 6.  
Referencias

- Calafat, A., Fernández-Hermida, J. R., Becoña, E., Juan, M., Duch, M., Fernández del Rio, E., Salvá, J., Monzón, S., y García-Toro, M. (2013). Blood Alcohol Level tests in nightlife recreational settings as a preventive tool. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 10-6.
- Cameron, E., y French, D. P. (2016). Predicting perceived safety to drive the morning after drinking: The importance of hangover symptoms. *Drug and alcohol review*, 35(4), 442-446.
- Carvalho, H. M., Pires, C. V., López-Guerrero, J., y Pinto, M. (2019). The role of breathalyzer test for understanding drinkers' patterns and behaviors: a study conducted in Porto party settings.
- EMCDDA (2012). Responding to drug use and related problems in recreational settings. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Retrieved from [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/679/Recreational\\_settings\\_WEB\\_382468.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/679/Recreational_settings_WEB_382468.pdf)
- Fernando, M., Buckland, J., Melwani, P., Tent, V., Preston, P., y Pit, S. W. (2018). Perceived driving safety and estimated blood alcohol concentration (BAC) the morning after drinking amongst young Australians attending a music festival: a cross-sectional survey. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 13(1), 1-12.
- Hallazgos Toxicológicos en Víctimas Mortales de Accidente de Tráfico (2020). Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia
- Hughes, K., Furness, L., Jones, L., y Bellis, M. A. (2010). Reducing harm in drinking environments: evidence and practice in Europe. *Liverpool: Centre for Public Health*.
- Hughes, K., Quigg, Z., Bellis, M. A., van Hasselt, N., Calafat, A., Kosir, M., Juan, M., Duch, M., y Voorham, L. (2011). Drinking behaviors and blood alcohol concentration in four European drinking environments: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 918. doi:10.1186/1471-2458-11-918
- Jiménez, S. (29 de julio de 2018). Cerca de 80 personas se someten al control preventivo de alcoholemia. Diari més digital. [https://www.diarimes.com/es/noticias/camp\\_tarragona/2018/07/30/cerca\\_80\\_personas\\_someten\\_control\\_preventivo\\_alcoholemia\\_44279\\_1093.html](https://www.diarimes.com/es/noticias/camp_tarragona/2018/07/30/cerca_80_personas_someten_control_preventivo_alcoholemia_44279_1093.html)
- Kerber, C. S. y Schlenker, E. (2006) Use of a breathalyzer in a local bar: A community education project. *Journal of Nursing Education*, 45, 455-457
- Marczinski, C. A., Harrison, E. L., y Fillmore, M. T. (2008). Effects of alcohol on simulated driving and perceived driving impairment in binge drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(7), 1329-1337.
- Marlatt, G. A., y Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention and treatment. *Addictive Behaviors*, 27(6), 867-886.
- Marsellá Jimeno, J. (13 de agosto de 2008). Los conductores podrán someterse voluntariamente a la prueba de alcoholemia durante las fiestas de Tafalla. Navarra Europa Press. <https://www.europapress.es/navarra/noticia-conductores-podran-someterse-voluntariamente-prueba-alcoholemia-fiestas-tafalla-20080813125523.html>
- Terer, K., y Brown, R. (2014). Effective drink driving prevention and enforcement strategies: Approaches to improving practice. *Trends and issues in crime and criminal justice*, (472), 1.
- Villalba, J. R. (16 de diciembre de 2021). Los granadinos se someten ya a controles voluntarios de alcohol. Ideal. <https://www.ideal.es/granada/granadinos-someten-controles-20211216195957-nt.html>

## Ocio alternativo de aventura.



### SECCIÓN 1.

Tipo	<input checked="" type="checkbox"/> Universal	<input type="checkbox"/> Selectiva	<input type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Legales <input checked="" type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input checked="" type="checkbox"/> Fármacos <input checked="" type="checkbox"/> Inespecífico	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input checked="" type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

## FICHAS DE EVIDENCIA

### SECCIÓN 2. Descripción de la estrategia o técnica

Según Calafat, Amengual, Farrés, Mejías y Borrás (1992), la gestión del tiempo libre y las actividades de ocio son una variable clave en el estudio de prevención del consumo de sustancias. Muchos proyectos se han centrado en ofrecer actividades de ocio alternativo al habitualmente considerado “ambiente de consumo”. Entre las distintas actividades de ocio alternativo propuestas destacan las de ocio y aventura.

Las personas que realizan deportes de riesgo se caracterizan por la búsqueda de sensaciones, el deseo de novedad y la asunción de riesgos (Rodríguez Gimeno, de la Puente Fra, González Montesinos y González Millán, 2000; Zuckerman, 1994). Este perfil de personalidad, junto con la impulsividad, ha demostrado ser un buen y consistente predictor del uso de drogas, cuando se combina con otros factores de riesgo (Andrucci, Archer, Pancoast y Gordon, 1989; Jaffe y Archer, 1987; Segal y Singer, 1976).

Por tanto, el sentido teórico de esta medida sería ofrecer actividades novedosas (Ej. deportes de riesgo y aventura) que puedan proporcionar sensaciones y emociones intensas. La participación en actividades como éstas ayuda a satisfacer este tipo de necesidades de sensaciones y puede ayudar a reducir el riesgo de consumir drogas (D’Silva, Harrington, Palmgreen, Donohew y Lorch, 2001).

En España el programa “es.pabila” parte de la hipótesis anteriormente planteada y lleva desde el año 2000 ofreciendo, entre otras actividades de ocio, opciones de deportes de riesgo y aventura de jueves a domingo en horarios de tarde (Ayuntamiento de León, 2021). El programa “Abierto hasta el amanecer”, de la ciudad de Gijón, también ofrece múltiples actividades de ocio y pocas relacionadas con deportes de riesgo y búsqueda de sensaciones. Este trabajo objeta que habría de ofrecerse actividades en las que se puedan encontrar las emociones que los colectivos de riesgo de consumo buscan y que, a menudo, encuentran en el consumo de drogas (Rodríguez Gimeno, de la Puente Fra, González Montesinos y González Millán, 2000).

### SECCIÓN 3. Resumen de la evidencia

No se ha encontrado evidencia de la efectividad de los programas de ocio alternativo con contenido de deporte y aventura en relación con la reducción del consumo de sustancias o sus daños derivados. Además, los resultados acerca la relación entre la práctica de deporte y el consumo de drogas son contradictorios. Mientras que algunos trabajos apoyan que la participación en deportes por parte de jóvenes y adolescentes tiene efectos protectores en la prevención del consumo de marihuana y alcohol (Dever, Schulenberg, Dworkin, O’Malley, Kloska y Blachman, 2012; Donato et al., 1994; Elder et al., 2000; Thorlindsson y Bemburg, 2006), especialmente en la adolescencia tardía (Barber et al., 2001, Peck et al., 2008, Terry-McElrath y O’ Malley, 2011), otros estudios sugieren que una mayor participación en deportes se asocia con un mayor consumo de alcohol durante la adolescencia y adultez temprana (Diehl et al., 2012; Kwan, Bobko, Faulkner, Donnelly y Cairney, 2014; Lisha y Sussman, 2010; Mays et al., 2011).

La relación entre la participación deportiva y el consumo de alcohol puede depender del tipo de deporte (Ford, 2007). Según Wichstrøm y Wichstrøm (2009) los deportes de equipo muestran mayores tasas de consumo, así como los deportes más técnicos frente a los individuales o los de fuerza o resistencia.

No se ha encontrado evidencia acerca de la eficacia de programas de prevención que utilicen deportes o actividades de aventura.



## FICHAS DE EVIDENCIA

### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

Los programas de deporte y aventura tienen un nivel de aplicabilidad media ya que, en la práctica, su organización puede ser complicada (ej. actividades de escalada, puenting, paracaidismo, rappel y otros deportes de riesgo). Por otra parte, depende de los recursos del ayuntamiento y del medio natural en el que la población se encuentre. Además, estas actividades son económica y logísticamente costosas si se pretende alcanzar a gran número de personas.

Los programas dirigidos a personas que buscan sensaciones intensas, han de ofrecer además una amplia y continuada gama de actividades para poder llegar a la mayor parte de los jóvenes tanto si buscan sensaciones más fuertes o solo novedades de ocio (D'Silva et al., 2001).

La necesidad de ofrecer un programa tan variado y con actividades tan costosas genera que la aplicabilidad de esta medida sea limitada.

### SECCIÓN 5. Idea clave

Los programas de prevención del consumo de drogas basados en ocio alternativo de índole de deporte de riesgo y aventura se basan en estudios sobre rasgos de personalidad de búsqueda de sensaciones que son habituales en consumidores de drogas. Se espera que ofrecer experiencias de emociones fuertes satisfaga a los adolescentes y jóvenes lo suficiente para no buscar este tipo de sensaciones en las drogas.

Sin embargo, no existe evidencia suficiente de que la práctica de deporte sea un factor de protección ante el consumo de drogas, a la luz de una literatura considerablemente contradictoria.

En concreto, no se han encontrado estudios metodológicamente robustos que evalúen la realización de actividades de deporte de riesgo como medida de prevención del consumo de sustancias, por lo que no es posible concluir sobre la eficacia de esta medida.

Por otro lado, la aplicación de estos programas es limitada ya que han de ser variados y ofrecer una gama considerable de actividades para llegar al mayor número de jóvenes tanto si buscan sensaciones intensas como si solo esperan una experiencia novedosa. Además, la oferta de estos programas depende del medio natural donde se encuentre el municipio y suelen ser actividades considerablemente costosas.

SECCIÓN 6.  
Referencias

- Andrucci, G. L., Archer, R. P., Pancoast, D. L., y Gordon, R. A. (1989). The relationship of MMPI and sensation seeking scales to adolescent drug use. *Journal of personality assessment*, 53(2), 253-266.
- Ayuntamiento de León. (2021, 29 de septiembre). *El programa es.pabla del Ayuntamiento de León inicia su oferta de alternativas de ocio saludables a jóvenes*[Comunicado de prensa]. <https://www.europapress.es/castilla-y-leon/noticia-programa-espabla-ayuntamiento-leon-inicia-oferta-alternativas-ocio-saludables-jovenes-20210929111021.html>
- Barber, B. L., Eccles, J. S., y Stone, M. R. (2001). Whatever happened to the jock, the brain, and the princess? Young adult pathways linked to adolescent activity involvement and social identity. *Journal of adolescent research*, 16(5), 429-455.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G., y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3ª edición [You decide. Drug Education Program, 3rd edition]*. Mallorca, Spain: Secció de Promoció de la Salut. Servei d' Acció Social i Sanitat.
- Dever, B. V., Schulenberg, J. E., Dworkin, J. B., O'Malley, P. M., Kloska, D. D., y Blachman, J. G. (2012). Predicting risk-taking with and without substance use: The effects of parental monitoring, school bonding, and sports participation. *Prevention Science*, 13, 605-615. doi: 10.1007/s11121-012-0288-z
- Diehl, K., Thiel, A., Zipfel, S., Mayer, J., Litaker, D. G., y Schneider, S. (2012). How healthy is the behavior of young athletes? A systematic literature review and meta-analyses. *Journal of sports science & medicine*, 11(2), 201.
- Donato, F., Assanelli, D., Marconi, M., Corsini, C., Rosa, G., y Monarca, S. (1994). Alcohol consumption among high school students and young athletes in north Italy. *Revue d'épidemiologie et de sante publique*, 42(3), 198-206.
- Elder, C., Leaver-Dunn, D., Wang, M. Q., Nagy, S., y Green, L. (2000). Organized group activity as a protective factor against adolescent substance use. *American Journal of Health Behavior*, 24(2), 108-113.
- Fernández-Hermida, J R, y Secades, R. (2003). Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Ford, J. A. (2007). Substance use among college athletes: A comparison based on sport/team affiliation. *Journal of American College Health*, 55(6), 367-373.
- Jaffe, L. T., y Archer, R. P. (1987). The prediction of drug use among college students from MMPI, MCMI, and sensation seeking scales. *Journal of personality assessment*, 51(2), 243-253.
- Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G., Donnelly, P., y Cairney, J. (2014). Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies. *Addictive behaviors*, 39Addictive behaviors, 35Current Drug Abuse Reviews, 4Addiction, 103. *Educación física y deportes*, 1Addictive Behaviors, 1Addiction, 106Adolescence, 41Addiction, 104Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking
- Lisha, N. E., y Sussman, S. (2010). Relationship of high school and college sports participation with alcohol, tobacco, and illicit drug use: A review. *Addictive behaviors*, 35(5), 399-407.
- Mays, D., E Gatti, M., y J Thompson, N. (2011). Sports participation and alcohol use among adolescents: the impact of measurement and other research design elements. *Current Drug Abuse Reviews*, 4(2), 98-109.
- Peck, S. C., Vida, M., y Eccles, J. S. (2008). Adolescent pathways to adulthood drinking: sport activity involvement is not necessarily risky or protective. *Addiction*, 103, 69-83.

Rodríguez Gimeno, J. M., de la Puente Fra, E., González Montesinos, J. L., y González Millán, I. (2000). La prevención de drogodependencias mediante actividades cooperativas de riesgo y aventura. *Apunts. Educación física y deportes*, 1(59), 46-54.

Segal, B., y Singer, J. L. (1976). Daydreaming, drug and alcohol use in college students: A factor analytic study. *Addictive Behaviors*, 1(3), 227-235.

Terry, McElrath, Y. M., y O'Malley, P. M. (2011). Substance use and exercise participation among young adults: Parallel trajectories in a national cohort-sequential study. *Addiction*, 106(10), 1855-1865.

Thorlindsson, T., y Bernburg, J. G. (2006). Peer groups and substance use: examining the direct and interactive effect of leisure activity. *Adolescence*, 41(162).

Wichstrøm, T., y Wichstrøm, L. (2009). Does sports participation during adolescence prevent later alcohol, tobacco and cannabis use?. *Addiction*, 104(1), 138-149.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge university press.

### Deporte en tiempo de ocio.



#### SECCIÓN 1.

Tipo	<input checked="" type="checkbox"/> Universal	<input type="checkbox"/> Selectiva	<input type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Legales <input checked="" type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input checked="" type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input checked="" type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input checked="" type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

## SECCIÓN 2. Descripción de la estrategia o técnica

El deporte en tiempo de ocio como estrategia preventiva del consumo o abuso de sustancias en adolescentes y jóvenes se refiere a la práctica de actividades deportivas y físicas como parte de las actividades recreativas y de tiempo libre. En este sentido, esta estrategia pretende promover y fomentar la participación activa de adolescentes y jóvenes en actividades deportivas, ya sea en forma de equipos deportivos, clases de ejercicio, juegos al aire libre, o cualquier actividad física con el objetivo de proporcionar una vía saludable para ocupar el tiempo libre en momentos incompatibles con otro tipo de ocio relacionados con el consumo. Algunos ejemplos de este tipo de iniciativas podrían ser: ligas deportivas juveniles nocturnas, uso de instalaciones deportivas en horario de noche para jóvenes, atletismo, clases de ejercicio nocturnas para adolescentes, noches de *skateboarding* o patinaje nocturno, running nocturno, deportes urbanos, baile y danza, artes marciales, etc. (Planet Youth, 2020).

El sentido preventivo de esta estrategia se sustenta en las evidencias sobre el desarrollo de la autoestima y habilidades sociales, un mayor bienestar psicológico, la adopción de estilos de vida saludable, el trabajo en equipo, el aumento de la conducta prosocial, la superación de obstáculos, una mejor gestión emocional y/o la liberación de estrés (Clark et al., 2015).

En la escena mundial destacan dos programas que incorporan el fomento del deporte como componente preventivo. Por una parte, el programa de Naciones Unidas "Vive Juega Vive" (Line Up Live Up, UNODC, 2020), y cuyos componentes clave son la capacitación de personas entrenadoras, la participación de jóvenes en vulnerabilidad o riesgo de exclusión, y las sesiones psico-educativas complementarias. Por otra parte, el Modelo Islandés de Prevención incorpora la actividad física como uno de los componentes esenciales del Programa *Planet Youth* que se combina con estrategias de prevención familiar y ambiental (Kristjansson et al., 2020).



**SECCIÓN 3.**  
**Resumen de la evidencia**

La evidencia disponible sugiere que la participación en actividades deportivas y el uso del deporte en el tiempo de ocio puede ser una estrategia preventiva efectiva contra el abuso de sustancias como el tabaco o algunas drogas ilegales en adolescentes y jóvenes. Sin embargo, la evidencia sobre este tipo de programas deportivos en contextos y tiempo de ocio es insuficiente y los resultados hallados son contradictorios, especialmente con el caso del alcohol (Brellenthin y Lee, 2018; Clark et al., 2015). Al mismo tiempo, la heterogeneidad de intervenciones dificulta llegar a conclusiones (Thompson et al., 2020).

Si bien la participación en deportes beneficia a los jóvenes al transmitirles valores sociales, mejorar el desempeño social, la autoestima y prevenir comportamientos de riesgo (Kristjansson et al., 2020; Holt et al., 2011), algunos estudios muestran resultados contradictorios en cuanto al uso de sustancias entre los jóvenes que practican deportes. Mientras algunos estudios encuentran que los jóvenes que practican habitualmente deporte están más expuestos al consumo de sustancias (Peretti-Watel et al., 2022), otros sugieren que el deporte puede proteger contra dicho consumo, especialmente en el caso de las mujeres (Ford, 2007). Además, los deportes en equipo podrían estar asociados con un mayor riesgo de uso de sustancias en comparación con los deportes individuales.

Estudios longitudinales en población estadounidense concluyen que la participación en deportes de equipo durante la adolescencia se asocia con una menor prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, aunque la relación podría estar mediada por el nivel educativo o la edad, ya que se encuentra menor consumo en niveles iniciales, y mayor en niveles de enseñanza media y superior (Meyer, Diana y Robertson, 2012), especialmente en aquellos que practican fútbol (Murray et al., 2021). De este modo, se llama la atención sobre el tipo de actividad física a proponer, ya que podría influir sobre los resultados preventivos (Brellenthin y Lee, 2018).

La revisión sistemática que realizan Lisha y Sussman (2010) sobre 34 estudios canadienses y estadounidenses muestra también resultados mixtos moderados por: a) el tipo de deporte realizado, b) el setting o contexto en el que se realiza (en ámbito escolar o fuera de él), c) el género de la persona que lo practica, d) si se trata de un deporte individual o colectivo, e) si se trata de una práctica supervisada o no y f) la presión grupal y la influencia de compañeros/as. En cuanto al tipo de sustancia evaluada, la realización de actividades deportivas es un factor de protección del consumo de cannabis y otras drogas, y parece ser más efectiva respecto al tabaco. Sin embargo, respecto al alcohol, la evidencia es mixta: algunos estudios sugieren un aumento en su consumo entre los jóvenes que practican deportes, mientras otros sugieren una disminución, o no encuentran una relación clara.

Por tanto, y en líneas generales, tres de las cinco revisiones consultadas concluyen que la práctica de deporte en adolescentes y jóvenes adultos se asocia con un menor consumo de drogas ilegales y tabaco, pero con mayores consumos de alcohol (Brellenthin y Lee, 2018; Kwan et al., 2014; Lisha y Sussman, 2010). Sin embargo, se advierte que se carece de estudios longitudinales que permitan conocer la tendencia de consumo en años posteriores.

Otros trabajos inciden en las críticas. Éstas, se centran en las dificultades logísticas y de cobertura de los programas a realizar. Además, se critica que en muchas ocasiones las intervenciones carecen de un marco teórico claro (Smith y Waddington, 2004) y la dificultad para evaluar acciones indeterminadas y no protocolizadas (Brellenthin y Lee, 2018). Por lo general, se cuestiona si estas intervenciones realmente funcionan, señalando que la mayoría carecen de medidas de seguimiento, y de una metodología robusta que permita conocer su impacto, o que pueden adolecer de un sesgo de publicación al visibilizar aquellos estudios con resultados positivos (Clark et al., 2015). Por otra parte, la mayoría de estudios carece del detalle suficiente, por lo que sería de interés conocer las características de las actividades físicas realizadas, así como la intensidad y duración de los programas e intervenciones que resultan eficaces (Clark et al., 2015; Simonton et al., 2018).

Específicamente sobre alcohol, otra revisión sistemática y meta-análisis con muestras de estudio en Estados Unidos, Australia, Canadá y países europeos (Alemania, Noruega) sugiere que la actividad física puede tener un efecto significativo en la prevención respecto al inicio del consumo de alcohol, pero no hay evidencia clara de su efecto sobre la reducción del consumo una vez iniciado (Thompson et al., 2020).

#### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

Teniendo en cuenta la disponibilidad de instalaciones deportivas, la implementación de actividades deportivas como estrategia preventiva es viable, si bien requiere de la colaboración entre entidades municipales, escolares, y organizaciones locales, para hacer accesibles dichas instalaciones en fines de semana y en horarios nocturnos. Además, la continuidad y el compromiso a largo plazo son fundamentales para asegurar que estas estrategias tengan un impacto positivo en la prevención del abuso de sustancias y las adicciones en adolescentes y jóvenes. En este sentido, la estrategia debería tener una amplia cobertura en cada núcleo de población, con lo que el coste-efectividad aumentaría. A pesar de la aceptación por parte de la población diana, se carece de datos sobre la posible aceptación de estas iniciativas

Para aumentar la aplicabilidad de esta estrategia es esencial abordar una serie de dificultades, como por ejemplo asegurar la cobertura en todo el municipio, contar con gran variedad de actividades y prácticas deportivas, disponer de personas supervisoras, entrenadoras o dinamizadoras formadas y tener en cuenta la presión y competencia de los entornos deportivos, que pueden generar estrés adicional en las personas adolescentes.

#### SECCIÓN 5. Idea clave

La relación entre la participación en actividades deportivas y la prevención del abuso de sustancias en adolescentes y jóvenes presenta matices. La evidencia revisada sugiere que la práctica deportiva puede tener un impacto positivo en la prevención de abuso de determinadas sustancias (i.e. tabaco y otras drogas ilegales). Sin embargo, es importante tener en cuenta que la evidencia de una relación causal directa entre la participación en deportes y la prevención del consumo de drogas es limitada y quedan por resolver los resultados contradictorios respecto al consumo de alcohol. Además, la efectividad de esta estrategia puede variar considerablemente según factores contextuales, las características individuales (Clark et al., 2015) y el tipo de sustancia que se pretende prevenir.

Cuando este tipo de programas se ha evaluado, suelen mostrarse resultados positivos, aunque estos efectos suelen ser modestos pero significativos. No obstante, es necesario comprender de manera más profunda las condiciones en las que la participación en deportes puede ser eficaz en la prevención del consumo de sustancias (NIDA, 2008), así como atender los factores que modulan diferentes resultados, como el género (Schulze et al., 2021).

Entre los factores que determinan la eficacia de esta estrategia, pueden incluirse: la estructuración de la actividad, la duración y frecuencia de realización, el enfoque combinado con otras estrategias y programas preventivos o de desarrollo de habilidades sociales, la involucración de familias y personas educadoras (Simonton et al., 2018). De este modo, los programas estructurados y aplicados de forma constante, parecen ser más efectivos (Brellenthin y Lee, 2018). Se recomienda utilizar enfoques de prevención integrales que incluyan múltiples estrategias que complementen al deporte como única medida preventiva.

SECCIÓN 6.  
Referencias

- Brellenthin, A.G. y Lee, D. (2018). Physical Activity and the Development of Substance Use Disorders. *Progress in Preventive Medicine*, 3(3), e0018–<https://doi.org/10.1097/pp9.0000000000000018>
- Clark, H. J.; Camiré, M.; Wade, T.J.; Cairney, J. (2015). *Sport participation and its association with social and psychological factors known to predict substance use and abuse among youth: A scoping review of the literature. International Review of Sport and Exercise Psychology*, 8(1), 224–250. <https://doi.org/10.1080/1750984x.2015.1068829>
- Holt, N., Kingsley, B., Tink, L., & Scherer, J. (2011). Benefits and challenges associated with sport participation by children and parents from low-income families. *Psychology of Sport and Exercise*, 12, 490-499. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.05.007>.
- Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2020). Development and guiding principles of the Icelandic model for preventing adolescent substance use. *Health promotion practice*, 21(1), 62-69.
- Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G., Donnelly, P. y Cairney, J. (2014). Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies. *Addictive Behaviors*, 39, 497-506. doi:10.1016/j.addbeh.2013.11.006.
- Lisha, N.E., y Sussman, S. (2010). Relationship of high school and college sports participation with alcohol, tobacco, and illicit drug use: a review. *Addictive Behaviors*, 35, 399–407.
- Peretti-Watel, P., Beck, F., & Legleye, S. (2002). Beyond the U-shaped curve: the relationship between sport and alcohol, cigarette and cannabis use in adolescents. *Addiction*, 97(6), 707-716.
- Schulze C, Emmerling S, Bucksch J, Demetriou Y, Linder S, & Reimers AK. (2021). Considering sex/gender in interventions to promote children’s and adolescents’ leisure-time physical activity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health, Epub ahead of print*.
- Simonton, A. J.; Young, C.C.; Johnson, K.E. (2018). Physical Activity Interventions to Decrease Substance Use in Youth: A Review of the Literature. *Substance Use & Misuse*, (), 1–17. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1452338>
- Smith, A. y Waddington, I. (2004). Using ‘sport in the community schemes’ to tackle crime and drug use among young people: some policy issues and problems. *European Physical Education Review*, 10(3), 279–298. <https://doi.org/10.1177/1356336x04047127>
- Thompson, T.P., Horrell, J., Taylor, A.H., Wanner, A., Husk, K., Wei, Y., Creanor, S.; Kandiyali, R., Neale, J., Sinclair, J., Nasser, M. y Wallace, G. (2020). Physical activity and the prevention, reduction, and treatment of alcohol and other drug use across the lifespan (The PHASE review): A systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 19(), 100360–. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100360>
- UNODC (2020). *Youth crime prevention through sport: insights from the UNODC “Line Up Live Up” Pilot programme* recuperado de [https://www.unodc.org/documents/dohadeclaration/Sports/LULU/LULUInsightsReport\\_final\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/dohadeclaration/Sports/LULU/LULUInsightsReport_final_web.pdf)

Juegos con contenido de prevención.  
Ludificación o gamificación de estrategias de prevención



SECCIÓN 1.

Tipo	<input checked="" type="checkbox"/> Universal	<input checked="" type="checkbox"/> Selectiva	<input type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Legales <input checked="" type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input checked="" type="checkbox"/> Fármacos <input checked="" type="checkbox"/> Inespecífico	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input checked="" type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

**SECCIÓN 2.**  
Descripción de la estrategia o técnica

Esta estrategia ha sido descrita con diferente terminología a lo largo de la literatura: en 2001 como “behavioural games” -juegos comportamentales- (Dignan, 2001), en 2008 como “productivity games” -juegos productivos- (McDonald, Musson y Smith, 2008), “surveillance entertainment”-entretenimiento de vigilancia- (Grace y Hall, 2008) o “Funware” -término acuñado por Gabe Zichermann- (Takahashi, 2008); en 2010 fue “game layer” -capa del juego- (Priebatsch, 2010). Sin embargo, el término que más se asentó fue el elegido por Deterding, Dixon, Khaled y Nacke (2011): “gamification” -gamificación-.

Esta técnica consiste en utilizar juegos de mesa, gymkanas, juegos digitales o videojuegos para informar sobre consecuencias del consumo de sustancias y otros comportamientos de riesgo o promover hábitos saludables como nutrición y ejercicio entre otros. Las intervenciones gamificadas explotan las características motivacionales de un juego para proporcionar información de prevención o generar cambios de comportamiento (Cook, Brennan, Gray y Kennard, 2015; Cugelman, 2013).

Este tipo de juegos aprovechan las recompensas, normas sociales, el dominio, la autonomía y la búsqueda de significado para lograr las elecciones y comportamientos deseados entre los jugadores (Boyle, Connolly y Hainey, 2011; Gobet, Retschitzki y de Voogt, 2004). Esta estrategia surge ante la necesidad continua de identificar enfoques de prevención innovadores, como juegos, que puedan disuadir a los jóvenes de iniciar conductas de riesgo (Schoech, Boyas, Black y Elias-Lambert, 2013).

En España, la Asociación SIAD desarrolló el programa El diario de Konrad #ResilienciaWorldTour, un programa transmedia basado en la técnica de *escape-room*. Este tipo de intervención goza de una gran acogida y resulta muy motivadora.

Aunque el formato de juego o gamificación puede ser implementado en espacios de ocio, la mayoría de ellos son programas de prevención de ámbito escolar. En muchas escuelas se han integrado los juegos como herramienta didáctica y son parte del plan de estudios, principalmente en asignaturas como matemáticas (Bragg, 2003, 2007; Lee, 2012).

**SECCIÓN 3.**  
**Resumen de la evidencia**

La evidencia acerca de la eficacia de esta medida es cada vez mayor. La revisión de Feldman y Dolan (2011) de sugiere que existe una base creciente de evidencia de la eficacia de estos juegos para mejorar comportamientos de salud tales como el control de adicciones, alimentación saludable, actividad física, etc.

Al hilo de la evidencia encontrada en estos juegos se inaugura en 2014 el laboratorio play2PREVENT (p2P) en el Yale Center for Health y Learning Games (Fiellin, Hieftje y Duncan, 2014) que se especializa en el diseño de videojuegos con contenidos de prevención de distinta índole. En 2015 diseñan PlayForward, un videojuego para prevenir el consumo de alcohol, otras drogas y el comportamiento sexual de riesgo; que demuestra tener una eficacia significativa (Fiellin et al., 2015). En 2019 publican otro artículo demostrando la eficacia de "PlayForward: smokeSCREEN", otro videojuego, esta vez para prevenir concretamente el consumo de tabaco (Pentz et al., 2019).

Este tipo de juegos han demostrado fomentar el compromiso, la motivación y la entrega de los usuarios (Schoech et al., 2013). La motivación es significativamente superior en estos juegos que en el material didáctico clásico (Deater-Deckard, Chang y Evans, 2013).

Boyle, Earle, LaBrie y Smith (2017) encontraron que el grupo de gamificación, en comparación con el grupo de información tradicional, al que presentaron la información con diapositivas, disminuyó el consumo del alcohol y la percepción normativa. Es decir, los miembros del grupo de gamificación redujeron la estimación del porcentaje de población consumidora de alcohol. El tamaño del efecto de este tipo de intervenciones, según Earle, LaBrie, Boyle y Smith (2018) es aproximadamente el doble de lo que se observa típicamente en las intervenciones para prevención del consumo de alcohol clásicas.

La eficacia de la gamificación también ha sido constatada en juegos de mesa clásicos. La evidencia señala que la inclusión de estos juegos como complemento de otras modalidades de aprendizaje también es exitosa (Epstein et al., 2021).

En España, en 1994, surgieron unos programas de ocio para jóvenes llamados "Espantas". Estos programas cuentan con juegos para jóvenes y niños como *gymkanas* y concursos o *quizzes*. Los "Espantas" fueron evolucionando hasta que en 2008 se integraron contenidos de prevención del consumo de sustancias a los mismos (Federación Española de Municipios y Provincias, 2008). Con ello se transformaron en programas de prevención mediante ocio alternativo y, aunque estos programas parecen prometedores, todavía no se ha estudiado la eficacia de los mismos para prevenir el consumo de sustancias.



#### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

A pesar del coste que pueden tener este tipo de juegos, sobre todo si se aplican de manera digital (videojuegos), su formato es motivador para la población adolescente, pero se debe prestar especial atención al diseño de los mismos, para no perder parte de la capacidad preventiva. Esta dificultad ha de ser tenida en cuenta en el diseño de estos juegos, ya que un diseño contextual deficiente puede provocar que la información se malinterprete o incluso provocar efectos no deseados (Epstein et al., 2021). El coste puede reducirse si posteriormente al diseño se rentabiliza el juego y este tiene una gran cobertura y difusión.

Es importante que el diseño de los juegos tenga en cuenta la jugabilidad y la diversión del usuario y que puedan ser personificados además de ofrecer feedback al jugador de su avance por los contenidos (Boyle & LaBrie, 2021). En el diseño de estos juegos hay que tener en cuenta que los resultados de los estudios señalan que el juego repetido o reiterado mejora los resultados y que existe un mayor impacto cuando los objetivos de cambio de comportamiento están claramente definidos (Epstein et al., 2021). Aplicar conceptos y principios de gamificación a un programa de prevención puede constituir un reto (Baranowski y Frankel, 2012; Lenihan, 2012) y su capacidad preventiva no ha sido suficientemente documentada todavía (Schoech, Boyas, Black, Elias-Lambert, 2013).

#### SECCIÓN 5. Idea clave

La gamificación es una estrategia de prevención que resulta prometedora, ya que mejora la motivación, la atención y la adhesión de los jóvenes, sobre todo los de mayor vulnerabilidad. Estas condiciones son críticas para aumentar la eficacia de las intervenciones preventivas.

La literatura ilustra sobre la importancia de ajustar el diseño de estos juegos para mejorar su eficacia mediante la personificación del avatar de usuario, el feedback al jugador acerca de sus avances en el juego y la concreción de los objetivos de cambio para evitar malinterpretaciones o efectos no deseados (Epstein et al., 2021). Distintos autores señalan que no se puede olvidar la jugabilidad y el factor de diversión del usuario a la hora de diseñar estos juegos, porque influirá en la motivación del jugador y, por tanto, en la eficacia de esta técnica (Boyle y LaBrie, 2021).

SECCIÓN 6.  
Referencias

- Baranowski, T., y Frankel, L. (2012). Let's get technical! Gaming and technology for weight control and health promotion in children. *Childhood Obesity*, 8(1), 34–37. doi:10.1089/chi.2011.0103
- Boyle, E., Connolly, T. M., y Hainey, T. (2011). The role of psychology in understanding the impact of computer games. *Entertainment computing*, 2(2), 69-74.
- Boyle, S. C., Earle, A. M., LaBrie, J. W., y Smith, D. J. (2017). PNF 2.0? Initial evidence that gamification can increase the efficacy of brief, web-based personalized normative feedback alcohol interventions. *Addictive behaviors*, 67, 8-17.
- Boyle, S. C., y LaBrie, J. W. (2021). A Gamified, Social Media-Inspired, Web-Based Personalized Normative Feedback Alcohol Intervention for Lesbian, Bisexual, and Queer-Identified Women: Protocol for a Hybrid Trial. *JMIR Research Protocols*, 10(4), e24647.
- Bragg, L. A. (2003). Children's perspectives on mathematics and game playing. In L. Bragg, C. Campbell, G. Herbert y J. Mousley (Eds.), *Mathematics education research: Innovation, networking, opportunity: Proceedings of the 26th Annual Conference of the Mathematics Education Research Group of Australasia*, (Vol. 1, pp. 160–167). Deakin University, Geelong, Australia: MERGA.
- Bragg, L. A. (2007). Students' conflicting attitudes towards games as a vehicle for learning mathematics: A methodological dilemma. *Mathematics Education Research Journal*, 19(1), 29–44.
- Cook, K., Brennan, E., Gray, C., y Kennard, T. (2015, August). "Keep What You've Earned": Encouraging Sailors to Drink Responsibly. In *International Conference of Design, User Experience, and Usability* (pp. 575-586). Springer, Cham.
- Cugelman, B. (2013). Gamification: what it is and why it matters to digital health behavior change developers. *JMIR serious games*, 1(1), e3139.
- Deater-Deckard, K., Chang, M., y Evans, M. E. (2013). Engagement states and learning from educational games. *New directions for child and adolescent development*, 2013(139), 21-30.
- Deterding, S., Dixon, D., Khaled, R., y Nacke, L. (2011). From game design elements to gamefulness: defining "gamification". In *Proceedings of the 15th international academic MindTrek conference: Envisioning future media environments* (pp. 9-15).
- Dignan, A. (2011). *Game frame: Using games as a strategy for success*. Simon and Schuster.
- Earle, A. M., LaBrie, J. W., Boyle, S. C., y Smith, D. (2018). In pursuit of a self-sustaining college alcohol intervention: Deploying gamified PNF in the real world. *Addictive behaviors*, 80, 71-81.
- Epstein, D. S., Zemski, A., Enticott, J., y Barton, C. (2021). Tabletop Board Game Elements and Gamification Interventions for Health Behavior Change: Realist Review and Proposal of a Game Design Framework. *JMIR serious games*, 9(1), e23302.
- Federación Española de Municipios y Provincias. (2008). *II Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias*. Madrid: Grupo 5, Acción y Gestión Social.
- Feldman, B., y Dolan, B. (2011). *Mobile social and fun games for health*. Retrieved from <http://mobihealthnews.com/15031/mobile-social-fun-games-for-health/>
- Fiellin, L. E., Hieftje, K. D., y Duncan, L. R. (2014). Videogames, here for good. *Pediatrics*, 134(5), 849-851.
- Fiellin, L. E., Hieftje, K. D., Fakhouri, T., Duncan, L. R., Sawyer, B., y Fiellin, D. (2015). PlayForward: A videogame that increases drug, alcohol and sexual risk knowledge in teens. *Drug and Alcohol Dependence*, 100(146), e277-e278.

- Gobet, F., Retschitzki, J., y de Voogt, A. (2004). *Moves in mind: The psychology of board games*. Psychology Press.
- Grace, M. V., y Hall, J. (2008). Projecting surveillance entertainment. *Presentation, ETech, San Diego: CA*.
- Lee, Y. L. (2012). *Using computer games to learn fractions* (Doctoral dissertation, University of Otago).
- McDonald, M., Musson, R., y Smith, R. (2008). Using productivity games to prevent defects. *The Practical Guide to Defect Prevention, Microsoft Press, Redmond, 7*.
- Pentz, M. A., Hieftje, K. D., Pendergrass, T. M., Brito, S. A., Liu, M., Arora, T., ... y Fiellin, L. E. (2019). A videogame intervention for tobacco product use prevention in adolescents. *Addictive behaviors, 91*, 188-192.
- Priebatsch, S. (2010). The game layer on top of the world. *vol. Podcast*.
- Schoech, D., Boyas, J. F., Black, B. M., y Elias-Lambert, N. (2013). Gamification for behavior change: Lessons from developing a social, multiuser, web-tablet based prevention game for youths. *Journal of Technology in Human Services, 31*(3), 197-217.
- Takahashi, D. (2008). Funware's threat to the traditional video game industry. *venturebeat.com*, en ligne: <http://goo.gl/O9ISq>.

### Programas de ocio nocturno alternativo



#### SECCIÓN 1.

Tipo	<input checked="" type="checkbox"/> Universal	<input type="checkbox"/> Selectiva	<input type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Legales <input checked="" type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input checked="" type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input checked="" type="checkbox"/> Cocaína <input checked="" type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input checked="" type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

#### SECCIÓN 2.

#### Descripción de la estrategia o técnica

El fenómeno social del ocio nocturno en España se estableció en la segunda mitad de la década de los setenta del pasado siglo y fue en los años ochenta con la conocida "movida" cuando la vida nocturna se convirtió en un espacio esencial para el ocio juvenil (González y Bueno, 2003). Desde entonces, la vida nocturna es una actividad que tradicionalmente ha sido importante para los jóvenes. La industria del ocio nocturno ha crecido hasta nuestros días, contando con el apoyo de los gobiernos municipales (Calafat, Juan y Duch, 2009). Es conocida la relación entre determinados ambientes de ocio nocturno y el consumo de sustancias psicoactivas, así como la alta prevalencia de consumo de drogas recreativas en este contexto (Bellis, Hale, Bennet, Chaves y Kilfoyle, 2000; Forsyth, Barnard y McKeganey, 1997; Tossmann, Bold y Tensil, 1999). Por ello, los programas de ocio alternativo han despertado gran interés desde el inicio del siglo XXI en nuestro país, aunque en otros países como EE.UU. vienen desarrollándose desde finales del siglo XX. Este tipo de programas presenta gran heterogeneidad, si bien han de tener en común una base comunitaria y un horario de ejecución incompatible con el ocio nocturno "tradicional" a la vez que ofrezca alternativas al consumo de sustancias (Martín-González, y Moncada, 2003).

En este sentido, en nuestro país la mayoría de las ciudades organizan actividades alternativas las noches de los fines de semana (como talleres o la apertura de espacios públicos para practicar deporte), paralelas a las actividades de ocio nocturno habituales con la pretensión de ejercer un efecto preventivo (Calafat, Juan y Duch, 2009).

**SECCIÓN 3.**  
**Resumen de la evidencia**

En cuanto a la evidencia de este tipo de estrategias, algunos autores señalan que, a pesar de que se ha implementado una gran gama de intervenciones alternativas de ocio nocturno, todavía no se han aportado datos concluyentes sobre la eficacia de las mismas (Calafat, Juan y Duch, 2009; Martín-González y Moncada, 2003), caracterizándose este tipo de iniciativas por una pobre documentación y una evaluación no tan rigurosa como sería preciso (Martín-González y Moncada, 2003). Así, en muchas ocasiones no se describen bien contenidos, procedimientos e indicadores de evaluación. También se desconoce sobre qué poblaciones y entornos serían más efectivas este tipo de actuaciones.

En EE.UU., varias revisiones y meta-análisis (CSAP, 1997; Tobler et al., 2000) destacan la heterogeneidad de intervenciones, así como la falta de fundamentación, sistematización y manualización de este tipo de iniciativas que, en muchas ocasiones, hace imposible la evaluación de los mismas.

En España en 1997 se impulsó el programa de ocio nocturno alternativo llamado "Abierto hasta el amanecer" que fue creado por una asociación homónima. En este programa, y mediante el uso de instalaciones locales, durante las noches de los fines de semana en Gijón se plantearon distintas actividades tales como astronomía de campo "Planetario viejo", torneos de ajedrez o cafés-teatro en pubs de la localidad "Ruta 00" - que pretendían reducir el consumo de sustancias en este contexto de ocio concreto (Puerto y Juez, 2009). Este proyecto opera todavía a día de hoy, 25 años después de su fundación, y algunos autores afirman que marcó el inicio del uso del ocio alternativo nocturno como medida de prevención del consumo de drogas en la población juvenil de nuestro país (Fernández-Hermida y Secades, 2003).

En 2002 en la localidad madrileña de Alcobendas se realizó un programa de prevención con ocio nocturno alternativo llamado "Las mil y una noches" que ofrecía actividades culturales, multimedia, deportivas y de tiempo libre en horario nocturno. Este programa informó contar con una alta participación por parte de los jóvenes de la localidad, pero no evaluó la eficacia del mismo a la hora de prevenir o reducir el consumo de sustancias (González-Blanco, 2002).

El ayuntamiento de Madrid implementó "La noche más joven", un programa que se inicia en marzo del año 2000 y que, según Díaz et al. (2009) mostró resultados poco significativos a la hora de reducir la intención de consumo, además de que contó con poco éxito al componerse de actividades poco atractivas no divididas por grupos de edad, provocando una considerable bajada de la participación tras las primeras sesiones.

Otras iniciativas se recogieron en distintas revisiones, como la realizada por la asociación ADES que consiste en un catálogo de programas de ocio alternativo aplicados en distintos municipios de España (Arbex, 2003). Este trabajo estudia 57 programas, define las características de estos y analiza los puntos fuertes y dificultades que ofrecen además de indicar algunos puntos clave para la correcta aplicación de estos.

En España, la base de datos Idea-Prevención publicada en 2003 recopila 73 programas de ocio y tiempo libre. Sin embargo, estos están deficientemente estructurados y sus componentes se entrelazan, haciendo difícil su clasificación. Sólo algunos de ellos se pueden considerar programas de ocio alternativo que tengan como objetivo la promoción de éste y la prevención del consumo de sustancias. En esta base de datos no se detalla la eficacia de los mismos (Idea-Prevención, 2003).

En EE.UU. el programa "Penn State, Late Night (LNPS) (Maney et al., 2002) se eligió por el departamento de Educación del país como un programa ejemplar para brindar a los estudiantes universitarios un entretenimiento alternativo en horario nocturno los fines de semana. Aunque, según los datos de evaluación de Maney et al. (2002) la mayoría de participantes de este programa considera que asistir al mismo reduce el consumo de alcohol, la realidad es que la eficacia real del LNPS no ha sido evaluada convenientemente.

Coincidiendo con Fernández-Hermida y Secades (2003), la eficacia de estos programas de ocio nocturno alternativo no está debidamente estudiada e incluso alguno de estos programas no mostró ninguna diferencia en el consumo de drogas o el cambio de actitudes hacia las mismas entre el pre y postest o entre el grupo experimental y el grupo control.

## FICHAS DE EVIDENCIA

### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

En cuanto a la aplicabilidad de este tipo de medidas, se puede decir que pueden tener un alto coste, tanto material como de recursos personales puestos en marcha (Martin-González, E. y Moncada, 2003), que pueden ser realizadas en espacios habilitados por el ayuntamiento o al aire libre. Varias son las dificultades de este tipo de programas, entre ellas: dirigirse a distintos tipos de población que habría que definir concretamente, requerir la coordinación comunitaria de distintos agentes preventivos, mantenerse de forma estable en el tiempo, o en ocasiones, generar un efecto "rebote" al admitir a menores de edad y no vigilar que estos no acudan posteriormente a ambientes de ocio nocturno tradicional y de consumo de sustancias (Calafat, Juan y Duch, 2009). Este tipo de programas debería ser implementado de forma mantenida en el tiempo, haciendo uso de iguales como mediadores (Martin-González, E. y Moncada, 2003; Tobler et al., 2000) y coordinando a diversos agentes preventivos.

Su carácter transdisciplinar hace que puedan ser promovidos y realizados desde distintas áreas municipales: juventud, cultura, deporte y también por técnicos de prevención o de promoción de la salud. Esto supone la dificultad añadida de la coordinación y el establecimiento de objetivos.

En conclusión, son programas complejos que pueden perseguir distintos objetivos en función del área que lo diseñe, coordine y/o implemente, y en consecuencia desarrollar actividades y metodologías no apropiadas para el objetivo de prevenir el consumo de drogas.

### SECCIÓN 5. Idea clave

Los programas de ocio alternativo en general y, en particular en el contexto de ocio nocturno, pretenden potenciar factores de protección y disminuir factores de riesgo, ofreciendo espacios lúdicos para jóvenes y adolescentes distintos de los espacios de consumo que, habitualmente, son los únicos ambientes de recreo disponibles para esta franja de edad. El ocio nocturno alternativo, además, aspira a incompatibilizar horarios con los ambientes de consumo de sustancias generando así una protección para los jóvenes que acudan a programas de este tipo. Sin embargo, este tipo de programas varía mucho en sus componentes y necesita una mayor fundamentación y rigor evaluador (Martin-González, E. y Moncada, S., 2003), así como un ajuste de expectativas respecto a su posible impacto.

En cuanto a su eficacia como estrategia preventiva del consumo de drogas, la mayoría de los estudios a los que se ha tenido acceso se limitan a evaluaciones de proceso o carecen del rigor metodológico necesario para concluir que son estrategias útiles para prevenir el consumo de drogas. Los estudios con diseños pre y postest que incluyen grupo control, no muestran diferencias en el consumo de drogas o el cambio de actitudes hacia las mismas entre el grupo de intervención y el control.



SECCIÓN 6.  
Referencias

- Arbex, C. (2003). *Catálogo de programas de ocio saludable*. Madrid: ADES
- Bellis, M., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M. y Kilfoyle, M. (2000). Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international night-life resort. *International Journal on Drug Policy*, 11, 235–244.
- Calafat, A., Juan, M., y Duch, M. A. (2009). Intervenciones preventivas en contextos recreativos nocturnos: revisión Preventive interventions in nightlife: a review. *Adicciones*, 21(4), 387-414.
- CSAP – Center for Substance Abuse Prevention- (1997). CSAP Technical Report 13: Review of alternative activities. (2000). School base adolescent drug prevention programs: 1998 Meta-analysis. *Journal of primary Prevention*, 20, 275-336.
- Díaz, M. J., Martín, R., Piñeiro, C., Palavecinos, M., Benayas, J., y Alonso, L. E. (2009). Los impactos socio-ambientales del fenómeno “botellón”: el caso de la ciudad de Madrid. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 10(1-2), 117-35.
- Fernández-Hermida, J R, y Secades, R. (2003). Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Forsyth, A.J.M., Barnard, M. y McKeganey, N.P. (1997). Musical preference as an indicator of adolescent drug use. *Addiction*, 92, 1317-25.
- González, E. M., y Bueno, S. M. (2003). Programas de prevención de ocio alternativo. *Adicciones*, 15(5), 327-346.
- González-Blanco, T. D. (2002). Programa de prevención del consumo de alcohol en jóvenes a través de una oferta de ocio alternativo en horario nocturno.«Las mil y una noches». *Trastornos Adictivos*, 4(2), 92-94.
- Idea-Prevención. (2003). *Programas de ocio alternativo*. Base de datos. Madrid.
- Maney, D. W., Mortensen, S., Harlow, J., Powell, M. P, Moore, B., Lozinska-Lee, M., et al. (2002). Alcohol-free options for university students: The LateNight Penn State program. *American Journal of Health Education*, 33, 245–248.
- Martin-González, E. y Moncada, S. (2003). Programas de prevención de ocio alternativo, *Adicciones*, 15(2), 327-346
- Puerto, A. I., y Juez, M. (2009). Abierto Hasta el Amanecer: una experiencia de participación juvenil en la gestión del tiempo libre y los equipamientos públicos. *Tándem: didáctica de la educación física*.
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochhorn, P, Marshall, D.G., Streke, A.V y Stackpole, K.M. (2000). School base adolescent drug prevention programs: 1998 Meta-analysis. *Journal of primary Prevention*, 20, 275-336.
- Tossmann, P, Boldt, S., y Tensil, M. D. (2001). The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. *European addiction research*, 7(1), 2-23.

## Provisión de agua gratuita



### SECCIÓN 1.

Tipo	<input type="checkbox"/> Universal	<input type="checkbox"/> Selectiva	<input checked="" type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Legales <input checked="" type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input checked="" type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

## SECCIÓN 2. Descripción de la estrategia o técnica

El consumo de alcohol, además de otras alteraciones físicas, inhibe la hormona antidiurética; esto provoca una mayor excreción de orina y una potencial deshidratación, así como una pérdida de peso medible (Hernández, Bravo y Mencías, 2000). En este sentido, varias revisiones e informes han advertido de las altas temperaturas, grandes concentraciones, poca ventilación y la escasez de agua como principales problemas en entornos de consumo de alcohol (Bolier et al., 2011).

Teniendo en cuenta que el volumen de líquidos que una persona puede ingerir en un espacio de tiempo es limitado, el consumo de agua puede competir con el consumo de alcohol, provocando un menor consumo de este (Peña, 2008). Por ello, el suministro de agua gratuita en espacios de consumo de alcohol se ha venido recomendando rutinariamente, como un elemento esencial dentro de las pautas responsables de servicio en contextos de ocio nocturno y eventos multitudinarios (Van Havere et al., 2011). Así, esta medida se ha venido implementando desde tiempo atrás en programas de prevención del consumo como medida de reducción del riesgo y del daño potencial (Bellis, Hughes y Lowey, 2002).

A pesar de ello, y de que la legislación vigente en diversos países europeos obliga a los establecimientos de hostelería y ocio que vendan alcohol a proporcionar agua gratuitamente a demanda de los/las usuarios/as, diversos informes referían hace una década que la provisión de agua gratuita todavía no se encontraba disponible como una de las medidas estándar en la mitad de los países europeos evaluados (EMCDDA, 2010). En la actualidad, además, muchos eventos, clubs, discotecas, raves y/o festivales, con grandes concentraciones de personas, altas temperaturas y altos consumos de alcohol y otras sustancias insisten en vender agua a precios prohibitivos.

La evidencia disponible proviene de distintos países, como por ejemplo Australia y España.

En nuestro país, en el I Congreso Internacional de psicología ya se exponía esta medida como sugerencia para reducir los daños producidos por el consumo de alcohol, al reducir las cantidades ingeridas de esta sustancia (Rodríguez, 2012).

## SECCIÓN 3. Resumen de la evidencia

No se ha encontrado apenas evidencia acerca de si el acceso a agua gratuita reduce el consumo de alcohol o los riesgos asociados a este consumo.

Destaca una experiencia en Melbourne (Australia). En este estudio aleatorizado y controlado (Victorian Health Promotion Foundation, 2016) se comprobó que, aunque el consumo general continuó siendo bajo, hubo un significativo aumento del consumo de agua. Sin embargo, la evaluación de esta experiencia se centra en el aumento de consumo de agua y no tanto en indicadores de reducción de daño (Ej. ingresos hospitalarios, atenciones por deshidratación, etc.).

Charlebois, Plenty, Lin, Ayala y Hecht (2017) encuentran que un 62% de las personas beben agua como táctica para disminuir la intoxicación por el consumo de alcohol, que el 86% había pedido agua en un bar en algún momento, que el 69% había pagado el agua y que el 22% dijo que el agua era entre moderada y muy difícil de conseguir en bares. Estos datos podrían indicar que el acceso a agua gratuita podría servir como medida de reducción del riesgo de consumo y de los daños asociados, pero no existen estudios concluyentes al respecto.

## FICHAS DE EVIDENCIA

### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

Esta medida es fácilmente aplicable y, de hecho, existen empresas dedicadas a este fin. Además, es una medida bien recibida por el staff de locales y establecimientos y de fácil implementación (Victorian Health Promotion Foundation, 2016). Por otra parte, no parece tener efecto negativo sobre las ventas en los locales y establecimientos. Sin embargo, esta medida debe ofrecerse de forma gratuita, atractiva para los clientes y sin imposición (p.ej., algunos clientes encontraban irritante que con cada consumición se les ofreciera un botellín de agua). Respecto a los botellines, hay que tener en cuenta la sostenibilidad medioambiental de esta medida, ya que puede producir más desechos plásticos o un desperdicio de agua potable. Algunos trabajos proponen dispensadores atractivos y visibles para los/las clientes, acompañados de cartelera y señaléticas que lo hagan accesible y aumente la percepción de disponibilidad en los/las usuarios/as.

### SECCIÓN 5. Idea clave

La escasez de agua o su bajo consumo en entornos de consumo de alcohol o grandes concentraciones (ej. raves, festivales, etc.) ha sido considerado como uno de los principales causantes de los daños derivados del consumo (Bolier et al., 2011). Así, se plantea que el acceso a agua gratuita como medida de reducción del daño del consumo de alcohol podría ser una medida fácilmente aplicable, si no fuera porque va en contra del modelo de negocio de la industria del ocio nocturno basado en la venta de alcohol. Sin embargo, no se han encontrado estudios que evalúen esta medida, por lo que su eficacia y sus efectos sobre los daños derivados del consumo es todavía desconocida.

SECCIÓN 6.  
Referencias

- Bellis, M. A., Hughes, K., y Lowey, H. (2002). Healthy nightclubs and recreational substance use: From a harm minimisation to a healthy settings approach. *Addictive behaviors*, 27(6), 1025-1035.
- Bolier, L., Voorham, L., Monshouwer, K., van Hasselt, N., Bellis, M. (2011). Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Substance Use and Misuse*, 46(13), 1569-1591
- Charlebois, E. D., Plenty, A. H., Lin, J., Ayala, A., y Hecht, J. (2017). Impact of a structural intervention to address alcohol use among gay bar patrons in San Francisco: The PACE study. *AIDS and Behavior*, 21(2), 193-202.
- EMCDDA (2010). *Harm reduction: evidence, impact and challenges* — N. 10
- Hernández, E., Bravo, B., y Mencías, E. (2000). Alcoholes, cetonas y glicoles. Mencías Rodríguez. Mayero Franco. "Manual de Toxicología Básica". Madrid, Ediciones Díaz de Santos.
- Peña, J. C. (2008). ¿Es fisiológicamente recomendable ingerir mucha agua y es esta conducta correcta?. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 192-196.
- Rodríguez, V. A. (2012). Capítulo VIII "Prevención y reducción de daño en drogodependencia". *Panorama y perspectivas de la psicología en el mundo*, 95.
- Van Havere, T., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J. et al (2011). Drug use and nightlife: more than just dance music. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 18. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-18>
- Victorian Health Promotion Foundation (2016). *Water initiative*, VicHealth

Regulación de la hora feliz y ofertas de 2x1



SECCIÓN 1.

Tipo	<input type="checkbox"/> Universal	<input checked="" type="checkbox"/> Selectiva	<input type="checkbox"/> Indicada	<input checked="" type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Legales <input type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	



**SECCIÓN 2.**  
Descripción de la estrategia o técnica

Distintas promociones de venta como la “hora feliz” o los “2x1” pueden contribuir a un consumo excesivo y rápido de alcohol en un breve periodo de tiempo. La “hora feliz” es un término promocional válido para un corto y determinado tiempo, a menudo conocido con anterioridad por los/las clientes, en el que un establecimiento sirve alcohol a un precio reducido. Por otro lado, las ofertas de 2x1 hacen referencia al regalo de una bebida alcohólica por la compra de otra del mismo valor. Este tipo de promociones intentan atraer a clientes jóvenes con menor disponibilidad económica o mantener los niveles de venta en horas concretas, habitualmente de menor afluencia de clientes.

El cambio del comportamiento de consumo de alcohol con este tipo de ofertas ha sido ampliamente estudiado (Baldwin, Stogner y Miller, 2014). Se sabe que el consumo de alcohol, como el de otros productos relacionados con el ocio, sigue una curva de demanda con pendiente negativa en relación al precio. Es decir, a medida que aumenta el precio la demanda disminuye (Chaloupka, Grossman y Saffer, 2002; Grossman, Coate y Arluck, 1998; Hastings, Anderson, Cooke y Gordon, 2005).

En general, el precio del alcohol parece afectar el comportamiento de consumo de alcohol de la población de adultos jóvenes más que otros grupos de edad (Kuo, Wechsler, Greenberg y Lee, 2003), pero también afecta significativamente el consumo de alcohol entre los adolescentes (Van Hoof, Van Noordenburg y De Jong, 2008).

El estudio de Kuo, Wechsler, Greenberg y Lee (2003) constata que, dentro y fuera de los campus universitarios, los precios bajos del alcohol y las frecuentes promociones por parte de los establecimientos están relacionados con mayores autoinformes de atracones de bebida por parte de los estudiantes universitarios.

Las “horas felices” son dañinas no solo por cambiar el comportamiento de consumo habitual, sino porque animan a los clientes a consumir alcohol no solo en exceso, sino también en un plazo de tiempo habitualmente irrazonable con la consiguiente intoxicación que puede provocar (Jones y Lynch, 2007).

Este tipo de promociones además de aumentar el consumo de alcohol, duplican aproximadamente las probabilidades de conducir o participar en una pelea ebrio; por añadidura, estos cambios en el consumo de alcohol relacionados con la “hora feliz” han mostrado una asociación significativa con conductas sexuales de riesgo (Baldwin, Stogner y Miller, 20014).

Las restricciones de la “hora feliz” son políticas que reducen o limitan las promociones y ofertas especiales del precio del alcohol. Algunos países como Australia y algunos estados en EE.UU. imponen restricciones sobre el uso de estas promociones, así como sobre la publicidad de las mismas. Así, la evidencia disponible proviene en gran parte de países como EE.UU., Australia y España.

En España, la Comunidad Autónoma de Cataluña fue pionera en regular este tipo de ofertas y el Parlamento de Cataluña aprobó por unanimidad la Ley de Salud Pública que prohíbe estas prácticas nocturnas bajo riesgo de multas de entre 3.000 y 10.000 euros (Ley 5/2019, de 31 de julio). También en Galicia se prohíbe la publicidad expresa sobre este tipo de promociones tanto de “hora feliz” como de “dos por una” o barras libres (Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad).

### SECCIÓN 3. Resumen de la evidencia

Las promociones de “hora feliz” han demostrado una asociación consistente con el aumento del consumo llegando a duplicar las probabilidades de consumir alcohol en exceso (Kingsland et al., 2013).

Kuo, Wechsler, Greenberg, y Lee, (2003) explican que la literatura previa muestra que tanto los bebedores ocasionales como los bebedores habituales consumían más del doble de alcohol en las “horas felices” simuladas en comparación con el consumo en ausencia estas ofertas.

Algunos países como Australia ya han restringido la promoción o publicidad de las “horas felices” y promociones de “2x1” (Jones y Lynch, 2007); en zonas de EE.UU. como Utah, Massachussets y Oregón han prohibido la “hora feliz” o el anuncio de esta y los “2x1” en bebidas alcohólicas en locales de ocio nocturno (Baldwin, Stongner y Miller, 2014).

Las medidas que han pretendido regular estas promociones, al objeto de que la “hora feliz” tenga una duración real de 60 minutos y tenga lugar en un horario de menor afluencia de clientes han resultado infructuosas, siendo posible identificar locales con precios reducidos no sólo durante más de dos horas, sino durante la mayor parte de la jornada (Jones y Lynch, 2007).

Sin embargo, la evidencia encontrada sobre las restricciones de este tipo de ofertas, además de escasa, es variable. Algunos estudios sobre población universitaria en EE.UU. no observaron reducción del consumo ni diferencias significativas al comparar las medidas previas y posteriores a la implantación de las restricciones de las ofertas de “hora feliz” cuando éstas se implementaron de manera aislada (Wechsler, Lee, Nelson y Kuo, 2002). Cuando la medida se acompañó de otras acciones de control y legislación se vio una reducción del consumo excesivo y/o de atracón y menores niveles de conducción bajo los efectos del alcohol (Wechsler, Lee, Nelson y Kuo, 2002; Kuo et al., 2003). En esta línea, algunos trabajos correlacionales encuentran una menor tasa de accidentes de tráfico bajo los efectos del alcohol en aquellos estados americanos donde este tipo de promociones se encuentra prohibida, frente a otros estados sin prohibición (Reish y Brooker, 2019).

### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

Al depender de la voluntad y colaboración de los establecimientos y locales del municipio, la prohibición de este tipo de ofertas en locales tiene una aplicabilidad media, mientras no exista legislación y cumplimiento al respecto. En este sentido, esta medida tendría que acompañarse de control policial y administrativo para asegurar su cumplimiento. También es aconsejable que esta medida se complemente con otras restricciones publicitarias (ej. cartelera, anuncios en redes sociales, etc.) y el control o identificación de menores en locales (Wechsler, Lee, Nelson y Kuo, 2002). Además, la amplia dispersión de locales dificulta el seguimiento de la medida.

Por otra parte, habría que investigar posibles efectos indeseados de estas medidas como que, ante la imposibilidad del consumo rápido y económico en locales, se propiciaran las reuniones informales en viviendas o la derivación de este consumo a “botellones”.

**SECCIÓN 5.**  
**Idea clave**

La restricción o prohibición de ofertas como la “hora feliz” (un espacio de tiempo en el que el coste de las bebidas alcohólicas se reduce notablemente) y las promociones de “2x1” en alcohol (se regala una bebida alcohólica del mismo coste de la que se compre en el local) se basa en que este tipo de promociones pueden atraer a clientes jóvenes con menor disponibilidad económica e incitar al consumo de atracón (binge-drinking), aumentando los potenciales daños derivados (ej. accidentes de tráfico bajo los efectos del alcohol).

Tener un periodo de tiempo en el que el consumo de bebidas se abarata tantísimo produce el efecto de ventana de oportunidad y el consumo se dispara además de realizarse en un menor plazo de tiempo, lo que produce mayores niveles de ebriedad y una mayor tasa de conductas sexuales de riesgo, de conductores bajo los efectos del alcohol y de peleas de bar.

La evidencia disponible ha de ser ampliada. Se carece de estudios longitudinales y se ignora, por tanto, el efecto mantenido en el tiempo de este tipo de restricciones. En cuanto a la aplicabilidad de esta medida es media, aunque ha de vigilarse bien su cumplimiento ya que, pese a poder regularse, es difícil vigilar las ofertas de los locales de consumo al ser tantos y tan dispersos.

SECCIÓN 6.  
Referencias

- Baldwin, J. M., Stogner, J. M., y Miller, B. L. (2014). It's five o'clock somewhere: An examination of the association between happy hour drinking and negative consequences. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 9(1), 1-12.
- Chaloupka, F. J., Grossman, M., y Saffer, H. (2002). The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol research & health*, 26(1), 22.
- Grossman, M., Coate, D., y Arluck, G. (1998). Control issues in alcohol abuse prevention: strategies for states and communities. *Price sensitivity of alcoholic beverages in the United States. Greenwich, CT: JAI*, 169-98.
- Hastings, G., Anderson, S., Cooke, E., y Gordon, R. (2005). Alcohol marketing and young people's drinking: a review of the research. *Journal of public health policy*, 26(3), 296-311.
- Jones, S. C., y Lynch, M. (2007). Non-advertising alcohol promotions in licensed premises: does the Code of Practice ensure responsible promotion of alcohol?. *Drug and alcohol review*, 26(5), 477-485.
- Kingsland, M., Wolfenden, L., Rowland, B., Gillham, K., Kennedy, V., Ramsden, R., ... y Wiggers, J. (2013). Alcohol and community football clubs: club-based characteristics and practices associated with risky consumption. *BMC Public Health*, 13, 762.
- Kuo, M., Wechsler, H., Greenberg, P., y Lee, H. (2003). The marketing of alcohol to college students: the role of low prices and special promotions. *American journal of preventive medicine*, 25(3), 204-211.
- Ley 5/2019, de 31 de julio, de la Agencia de Salud Pública de Cataluña y de modificación de la Ley 18/2009. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 7931, de 22 de octubre de 2009. <https://www.boe.es/ccaa/dogc/2019/7931/f00001-00013.pdf>
- Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad. *Boletín oficial del estado*, 25, de 17 de diciembre de 2010. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-1647-consolidado.pdf>
- Reish, L., y Booker, N. (2019, November). Happy Hours and Binge Drinking: Do They Impact Alcohol-Impaired-Driving Crashes?. In *APHA's 2019 Annual Meeting and Expo (Nov. 2-Nov. 6)*. APHA.
- Van Hoof, J., Van Noordenburg, M., y De Jong, M. (2008). Happy hours and other alcohol discounts in cafés: prevalence and effects on underage adolescents. *Journal of public health policy*, 29(3), 340-352.
- Wechsler, H., Lee, J., Nelson, T. F., y Kuo, M. (2002). Underage college students' drinking behavior, access to alcohol, and the influence of de-terrence policies. *Journal Of American College Health*, 50(5), 223.

## Análisis de sustancias o drug checking



### SECCIÓN 1.

Tipo	<input type="checkbox"/> Universal	<input checked="" type="checkbox"/> Selectiva	<input checked="" type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input type="checkbox"/> Drogas Legales <input checked="" type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input type="checkbox"/> Alcohol <input checked="" type="checkbox"/> Cannabis <input checked="" type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input checked="" type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input checked="" type="checkbox"/> Cocaína <input checked="" type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

## SECCIÓN 2. Descripción de la estrategia o técnica

En los locales y clubes de música electrónica, el consumo de metanfetaminas, éxtasis y otras sustancias psicoactivas ha proliferado. Todas estas sustancias ilegales están exentas de controles sanitarios y regulación (Barrat et al., 2017).

El análisis de sustancias (también conocido como pill testing, street drug analysis, drug checking, drug testing, etc.) es una estrategia de reducción de daños utilizada en distintos países que permite a los asistentes a raves, festivales o clubs que usan drogas ilícitas entregar anónimamente muestras de las sustancias que tienen previsto consumir para que éstas sean analizadas químicamente, identificando su composición y/o pureza, y así tomar una decisión informada sobre su consumo (Barrat et al. 2017; Brunt et al., 2017; Fregonese et al., 2021). Después del servicio de análisis de sustancias, se ofrece feedback individualizado y/o asesoramiento (dependiendo del tipo de servicio). Este *feedback* puede ser personal, mediante paneles o tableros de anuncios a las puertas de clubs y festivales o bien mediante medios electrónicos, como los sitios webs de festivales o clubs (Keenan et al., 2021). Además, en otras ocasiones, este tipo de servicios pueden rastrear o monitorizar el “mercado ilegal” e informar al público y a las autoridades mediante alertas sobre drogas o partidas adulteradas o extremadamente peligrosas (Brunt, 2017; Keenan et al., 2021).

Esta medida tiene como ventajas, entre otras: a) poder alcanzar a una población que difícilmente sería accesible de otra manera (como campañas mass-media o prevención en entornos escolares o laborales) con la que establecer contacto a propósito del análisis, b) ser percibidas por los/las usuarios/as como fuentes fiables en las que confiar en temáticas de prevención, alejadas de campañas de abstinencia gubernamentales (Brunt, 2017), c) poder modificar la percepción y la conducta del consumidor al verse ante un *feedback* inesperado y facilitar la derivación a otros servicios o una intervención breve in-situ (si el servicio incluye esta medida adicional).

Respecto a los análisis químicos, que pueden ser in-situ en unidades móviles (ej. festivales, raves, afueras de clubs, etc.) o centralizados en laboratorios, varía bastante su tiempo de espera y precisión en función de la tecnología empleada, desde simples reactivos hasta cromatografías o espectrometría de masas (Brunt et al., 2017; Fregonese et al., 2021).

El *drug-checking* se ha implementado con distinto grado de penetración en regiones como Australia, Canadá y sobre todo naciones europeas como, por ejemplo: Francia, Suecia, Suiza, Austria, Alemania o Irlanda (Barrat et al., 2017; Brunt et al., 2017). Así, destacan proyectos como: Trans European Drugs Information (TEDI), Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project; Drug Checking Service: Good Practice Standards; Factsheet on Drug Checking in Europe, 2011 y An Inventory of On-site Pill-Testing Interventions in the EU. En nuestro país, destaca la iniciativa Energy Control.



### SECCIÓN 3. Resumen de la evidencia

En Europa, el análisis de sustancias cuenta con cierta evidencia (Kriener et al., 2001), si bien los datos de evidencia provienen de auto-informes de las personas usuarias o de otras partes interesadas como por ejemplo la policía y no se aportan datos cuantitativos sobre indicadores como podrían ser número de muertes por adulteración, accidentes, etc. (Brunt et al., 2017; Calafat, Juan y Duch, 2009). Con todo, parece existir alguna evidencia de que el drug checking puede ayudar a reducir la frecuencia de sobredosis o problemas derivados al aumentar el conocimiento de técnicas y medidas de reducción de daños a través del feedback proporcionado a los usuarios (Maghsoudi et al. 2021; Valente et al. 2019). Algunos autores consideran que la técnica de drug-checking pudiera estar modificando más bien actitudes hacia el consumo e intención de consumo, o conectar a usuarios/as con servicios sanitarios y no tanto reducir daños, como sería su enfoque estratégico (Kriener et al, 2001).

Como es de esperar, la capacidad de la técnica de drug-checking para prevenir el consumo está relacionada con lo inesperado del resultado del análisis. Así Valente et al. (2019) encuentran que cuando el resultado es inesperado el 94.3% de los usuarios prefieren no tomar la droga, si bien otras revisiones en distintos países establecen una horquilla que va desde el 16% al 87% (Maghsoudi et al. 2021). Esta variación puede depender de la sustancia y la muestra evaluada. Además, este cambio de actitud e intención de consumo se ha visto con mayor consistencia en enfoques complementados por otras estrategias (Makkai et al., 2018). Por el contrario, otros autores indican que esta medida no modificaría el consumo, aún conociendo la composición de las muestras (Bolier et al., 2011).

### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

Esta medida precisa la coordinación entre autoridades locales, promotores de eventos, servicios de salud y policía (EMCDDA, 2006). Si bien parte de la población destinataria mostraría acuerdo sobre esta medida (Guirguis et al., 2020), existen dificultades para su aplicabilidad. Así, un servicio adecuado de análisis de sustancias debería estar bien dotado para ser a) fiable, b) tener un tiempo de espera asumible para los/las usuarios/as y c) un coste razonable para las autoridades (Brunt, 2017), lo que se traduce en financiación para buenos equipos de análisis. Así, son necesarios materiales actualizados y disponibilidad de personal especializado para su implementación, ya que aparecen nuevas y diversas sustancias continuamente. Por otra parte, las pruebas in situ son rápidas y sencillas, pero no siempre precisas. Además, se puede producir un sesgo de auto-selección de sustancias entre los/las voluntarios/as que aporten sustancias, dejando fuera sustancias potencialmente adulteradas. Otras barreras son la reticencia de ciertas personas a poder ser identificados o bien multados por la policía en el momento de entrega de muestras, así como tener una baja percepción de riesgo sobre las consecuencias negativas (Maghsoudi et al. 2021). Finalmente, esta medida puede enviar un mensaje contradictorio a los jóvenes y adolescentes, pudiendo presentar el consumo como algo promovido, seguro, aceptado y normalizado (Brunt, 2017; Guirguis et al., 2020; EMCDDA, 2006).

**SECCIÓN 5.**  
**Idea clave**

El análisis de sustancias ha sido una medida controvertida durante años (en algunos países es ilegal), que muestra una eficacia no concluyente y que en muchas ocasiones no ha sido evaluada bajo el correcto diseño experimental (Brunt, 2017).

Así, en varias ocasiones se ha interpretado su eficacia en base a su capacidad para llegar a una población que no es accesible con otras técnicas de prevención, y/o promover un cambio de actitudes e intención de consumo sobre ella (Kriener et al., 2001). Sin embargo, su eficacia como técnica de reducción de daños derivada del consumo es baja y la calidad de la evidencia es moderada.

Actualmente, esta medida ha perdido presencia en algunos países, mientras que en otros se amplía a otros contextos y sustancias como el análisis de cannabinoides (EMCDDA, 2006; Fregonese et al., 2021). Con todo, esta medida permite la monitorización de patrones de consumo, evolución del mercado y conexión de los/las usuarios/as con los servicios sanitarios (Maghsoudi et al. 2021).

SECCIÓN 6.  
Referencias

- Barratt, M.J., Kowalski, M., Maier, L.J., y Ritter, A. (2017). Global review of drug checking services operating in 2017. Drug Policy Modelling Program Bulletin, 24. Sydney, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW Sydney.
- Bolier, L., Voorham, L., Monshouwer, K., van Hasselt, N., Bellis, M. (2011). Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. Substance Use and Misuse, 46(13), 1569-1591
- Brunt, T. (2017). Drug-checking/pill-testing as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges. Lisbon: EMCDDA
- Brunt, T. M., Nagy, C., Bucheli, A., Martins, D., Ugarte, M., Beduwe, C., y Ventura Vilamala, M. (2017). Drug testing in Europe: monitoring results of the Trans European Drug Information (TEDI) project. Drug Testing and Analysis, 9, 188-198.
- Calafat, A., Juan, M., y Duch, M. A. (2009). Intervenciones preventivas en contextos recreativos nocturnos: una revisión. Adicciones, 21, 387-413.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2006). An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU in cooperation with. Lisbon
- Fregonese, M., Albino, A., Covino, C., Gili, A., Bacci, M., Nicoletti, A. y Gambelunghe, C. (2021). Drug Checking as Strategy for Harm Reduction in Recreational Contests: Evaluation of Two Different Drug Analysis Methodologies. Frontiers in Psychiatry 12, 596895. doi: 10.3389/fpsy.2021.596895
- Guirguis, A., Moosa, I., Gittins, R., Schifano, F. (2020). What about drug checking? Systematic review and netnographic analysis of social media. Current neuropharmacology, 18, 906-917. Doi: 10.2174/1570159X18666200413142632
- Keenan, E., Killeen, N. y Emerging Group Drug Trends and Drug Checking Working Group (2021). Report of the Emerging Drug Trends and Drug Checking Working Group 2021. HSE National Inclusion Office. Ireland
- Kriener, H., Billeth, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P., y Schmid, R. (2001). On-site pill-testing interventions in the European Union. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Makkai, T., Macleod, M., Vumbaca, G., Hill, P., Caldicott, D., Noffs, M., Tzanetis, S., y Hansen, F. (2018). Report on the ACT GTM Pill Testing Pilot: A Harm Reduction Service. Harm Reduction. Australia
- Maghsoudi, N., Tanguay, J., Scarfone, K., Rammohan, I., Ziegler, C. Werb, D. Scheim, D.I. (2021). Drug checking services for people who use drugs: a systematic review. Addictions, 117(3), 532-544. <https://doi.org/10.1111/add.15734>
- Valente, H., Martins, D., Carvalho, H., Vale Pires, C., Carmo Carvalho, M., Pinto, M. Barrat, M.J. (2019). Evaluation of a drug checking service at a large scale electronic music festival in Portugal. International Journal of Drug Policy, 73, 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.007>

Presencia policial en contextos de ocio



SECCIÓN 1.

Tipo	<input type="checkbox"/> Universal	<input checked="" type="checkbox"/> Selectiva	<input checked="" type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Legales <input type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

SECCIÓN 2.  
Descripción de la estrategia o técnica

En relación con el alcohol y otras sustancias, la presencia policial en contextos de ocio es una medida habitual para asegurar el cumplimiento de normativas y otras acciones de reducción de daños (Bolier et al., 2011; Guide to Community Preventive Services, 2011). De esta forma, las medidas preventivas y administrativas se combinan con medidas policiales que disuadan del incumplimiento o de la realización de actividades ilegales.

Esta estrategia puede incluir medidas como: la identificación de menores en salas y eventos para mayores de edad, la presencia de la policía en lugares concurridos o de alto riesgo, el control e inspección de horarios, licencias y venta de alcohol a menores, las sanciones y revocación de licencias en establecimientos que incumplan las normativas, la colaboración policial con eventos y/o establecimientos, o el apoyo policial para otras medidas, como por ejemplo la transmisión de pautas responsable de consumo o la capacitación de profesionales (Jones et al., 2011; Mulder y de Greef, 2013). Esta medida no incluye la presencia policial en controles de alcoholemia ni las patrullas de tráfico en horario de ocio nocturno.

## FICHAS DE EVIDENCIA

### SECCIÓN 3. Resumen de la evidencia

La heterogeneidad de intervenciones y de indicadores de evaluación dificulta conocer la eficacia de esta medida (Brennan et al., 2011; Taylor et al., 2018). En general, se ha visto que, en cuanto a la vigilancia y al control policial como medida de control y disuasión para intentar disminuir la presencia de menores de edad en los locales, la conducción bajo los efectos del alcohol o los comportamientos agresivos y/o desórdenes públicos, las intervenciones policiales selectivas y concentradas tenían más eficacia que la presencia policial general y de baja intensidad (EMCDDA, 2012; Jones et al., 2011). Sin embargo, la evidencia encontrada es mixta (Liu et al., 2016). En este sentido, algunas revisiones sistemáticas encuentran que mayores controles policiales se relacionan con un mayor cumplimiento de normativas (Babor et al., 2010; EMCDDA, 2012), mientras que otros estudios no hallan el efecto de un mayor control o visitas policiales a los entornos de ocio (Brennan et al., 2011; Taylor et al., 2018).

Respecto a la venta de alcohol a menores, accidentes de tráfico y agresiones parece tener efecto a corto plazo, aunque la evidencia revisada varía en cuanto a su calidad metodológica, lo que hace que el efecto de estas medidas policiales sobre la reducción de daños sea limitado y no concluyente (Brennan et al., 2011; Calafat et al. 2012; Jones et al., 2011; Liu et al., 2016; Wagenaar, Toomey y Erickson, 2005; Warburton y Shepherd, 2006).

El efecto positivo de la presencia policial en las zonas de ocio nocturno disminuye si no se lleva a cabo con regularidad y/o no están vinculadas a medidas disuasorias reales para los agentes comerciales, como la retirada de licencias. Los efectos positivos aumentan si la policía se centra en la vigilancia específica de los puntos calientes de la vida nocturna (EUSPR/Frontline Politea, 2023). Además, el posible efecto de la presencia y control policial decae rápidamente si no se lleva a cabo de forma regular (Ej. venta de alcohol a personas intoxicadas o a menores de edad, accidentes de tráfico) (Bolier et al., 2010; Jones et al., 2011).

### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

La principal dificultad para su aplicabilidad radica en el limitado número de efectivos para poder abarcar todas las áreas de ocio nocturno y entornos recreativos. Además, la presencia y controles policiales deberían mantenerse en el tiempo para que sus posibles efectos se mantengan y coordinarse con otros recursos (ej. servicios de emergencia y médicos, etc.). Por otra parte, su efecto disuasorio o paliativo debe ser compensado actuando en combinación con otras medidas preventivas que pongan el foco de responsabilidad en el individuo. Además, sería deseable la colaboración de la industria del ocio nocturno (ej. gerencias, establecimientos).

## SECCIÓN 5. Idea clave

El cumplimiento de medidas y normativas tiene soporte de evidencia (Babor et al., 2010). El control y presencia policial contribuye a este cumplimiento (Babor et al., 2010; Bolier et al., 2011), si bien la evidencia encontrada indica que no todos los estudios muestran impacto, por lo que se considera un nivel de eficacia no concluyente. Además, muchos diseños de investigación no son comparables (Brennan et al., 2011; Liu et al., 2016). Se aconseja su implementación en combinación con otras medidas y estrategias preventivas y de reducción de daño (Babor et al., 2010).

## SECCIÓN 6. Referencias

- Babor, T. et al. (2010). Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. Oxford University Press, Oxford.
- Bolier, L., Voorham, L., Monshouwer, K., van Hasselt, N., Bellis, M. (2011). Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Substance Use and Misuse*, 46(13), 1569-1591
- Brennan, I., et al. (2011). Interventions for disorder and severe intoxication in and around licensed premises, 1989–2009. *Addiction*, 106(4) 706–713.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCCDA) (2012). Responding to drug use and related problems in recreational settings. Lisboa
- European Society for Prevention Research y Frontline Politea (2023) Law enforcement has to be part of the prevention workforce. The question is: how and where? Position Paper. Recuperado de <https://www.frontline-politeia.eu/law-enforcement-has-to-be-part-of-the-prevention-workforce-the-question-is-how-and-where/>
- Guide to Community Preventive Services. (2011). Preventing excessive alcohol consumption: Enhanced enforcement of laws prohibiting sales to minors
- Jones, L., Hughes, K., Atkinson, A. M. and Bellis, M. A. (2011), Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches, *Health and Place* 17(2), 508–518. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.12.006>
- Liu, T., Ferris, J., Higgison, A., y Lynham, A. (2016). Systematic review of Australian policing interventions to reduce alcohol-related violence. *Addictive Behaviors Reports*, 4, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2016.05.002>
- Taylor, N., Miller, P., Coomber, K., Mayshak, R., Zahnow, R., Patafio, B., Burn, M. y Ferris, J. (2018). A mapping review of evaluations of alcohol policy restrictions targeting alcohol-related harm in night-time entertainment precincts. *International Journal of Drug Policy*, 62(), 1–13. doi:10.1016/j.drugpo.2018.09.012
- Wagenaar, A.C., Toomey, T.L., Erickson, D.J., 2005. Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community time-series trial. *Addiction* 100, 335–345.
- Warburton, A.L., Shepherd, J.P., 2006. Tackling alcohol related violence in city centres: effect of emergency medicine and police intervention. *Emergency Medicine J* 23, 12–17.



## Capacitación de personal de ocio nocturno y hostelería



### SECCIÓN 1.

Tipo	<input type="checkbox"/> Universal	<input checked="" type="checkbox"/> Selectiva	<input checked="" type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input type="checkbox"/> Drogas Legales <input type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

**SECCIÓN 2.**  
Descripción de la estrategia o técnica

Entre las medidas que intentan reducir la oferta y reducir los daños potenciales derivados del consumo de alcohol se encuentra la formación o entrenamiento del equipo de profesionales de locales, clubs y salas para: a) la transmisión de pautas responsables de consumo (RBS por sus siglas en inglés), b) la promoción de conductas que disminuyan o rechacen el consumo excesivo y/o c) la gestión de daños derivados del mismo (ej. lesiones o traumatismos por peleas y agresiones, caídas, accidentes de tráfico, etc.). Esta medida combina pues transmisión de información y capacitación en habilidades para el personal y por lo general, se incluyen dentro de otras estrategias preventivas y de reducción de daños (Ker y Chinnock, 2008; Trollidal et al., 2013).

Habitualmente, este tipo de intervenciones se centran sobre el personal de barra, aunque también incluye propietarios de establecimientos, personal de tienda, porteros y resto del staff de una sala/bar/club. Esta formación es corta en el tiempo, con una media de 4 horas de duración, pero muy heterogénea en sus contenidos (Calafat y Juan, 2017). Así, se centra en la transmisión de pautas responsables de consumo al personal, para ayudarles por ejemplo a cumplir con la legalidad, a servir bebidas de manera controlada y responsable y/o rechazar el servicio de alcohol excesivo a clientes con signos de embriaguez. Pero también pueden encontrarse variantes como la capacitación para un reconocimiento más temprano de posibles casos de intoxicación (ej. consumo rápido) o incluir aspectos para desalentar prácticas de riesgo a través de entrenamiento asertivo o la reducción de conductas de promoción (ej. invitación a “chupitos”), así como la promoción de otras acciones como acompañar las bebidas con snacks o ralentizar el servicio entre consumiciones. También se han encontrado programas que incluyen el reconocimiento de clientes menores de edad y el entrenamiento asertivo para impedir en éstos el consumo o sugerir a adultos y jóvenes que no conduzcan tras consumir, promover otro tipo de transporte, etc. En definitiva, este tipo de medidas buscan influir en las pautas de servicio del local a través de la promoción de normas formalizadas y conocidas por todo el personal (Graham et al., 2011; Toomey et al., 2017) y tienen como fin último que el menor número de clientes abandone los establecimientos con intoxicación alcohólica.

La formación del personal de locales, clubs y salas es una medida bastante usual e implementada en diversos países. En este sentido, la evidencia aportada proviene de diversos países, como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, países nórdicos y Australia, sin encontrar esta revisión estudios en España. Si bien destacan acciones puntuales y voluntarias, en la actualidad se observan algunas zonas (Ej. California) donde las licencias de apertura y renovación de locales se sepeditan progresivamente a este tipo de capacitación.

### SECCIÓN 3. Resumen de la evidencia

La evidencia de la efectividad de la capacitación del personal para prevenir los daños relacionados con el alcohol aún no es concluyente. Un meta-análisis (Ker y Chinnock, 2008) incluyendo 23 estudios con grupo control y otras revisiones sistemáticas (Toomey et al., 2017) informan que la capacitación del personal tiene un efecto mínimo sobre el consumo de alcohol de los clientes, si bien los efectos aumentan cuando la formación del personal es obligatoria, la gerencia del local está motivada e involucrada en la formación, la plantilla del local es estable y la acción está respaldada por entidades municipales y control policial.

Por otra parte, a pesar de tratarse de estudios aleatorizados y con grupo control, los estudios presentan deficiencias metodológicas (Calafat y Juan, 2017). No todos los trabajos revisados evalúan la eficacia mediante los mismos indicadores. Además, las tasas de participación son muy bajas y no todos se centran exclusivamente en la formación del personal, sino que incluyen otros aspectos como la modificación de aspectos ambientales (Calafat y Juan, 2017). Así, solo algunos trabajos miden reducción de daño (ej. accidentes de tráfico, agresiones, peleas, etc.) (Trolldal et al., 2013), mientras que la mayoría se centra en el consumo de alcohol por parte de los clientes (Ker y Chinnock, 2008).

Por lo tanto, y respecto a alcohol, no hay evidencias de que las intervenciones de formación sobre personal y staff de locales sean efectivas para la reducción de daños (The Community Guide, 2010; Jones et al., 2011; Ker y Chinnock, 2008). Si bien muchas de estas intervenciones producen cambios en los conocimientos y actitudes del personal, este cambio es mucho menor sobre la conducta de rechazo del servicio por parte del personal. Además, en muchos estudios no se observa esta modificación de conducta o no hay evidencias suficientes. Cuando existe resultado positivo, se ha observado un menor número de clientes con alta concentración de alcohol en sangre y menores niveles de alcohol en sangre entre aquellos con alta concentración. También se ha visto menor número de accidentes de tráfico derivados (Jones et al., 2011; Ker y Chinnock, 2008), aunque generalmente con un impacto muy limitado (Trolldal et al., 2013).

### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

Los programas de formación de personal tienen una baja tasa de participación y cumplimiento (Jones et al., 2011). En este sentido los propietarios y el propio personal suele estar escasamente motivado para la realización de este tipo de actividades. Además, el éxito de este tipo de medidas podría redundar en un menor consumo y venta de alcohol por parte de estos establecimientos (Buvik y Rossow, 2017).

Las revisiones a este respecto sugieren que una formación obligatoria del equipo profesional, así como involucrar e incentivar a propietarios y personal y lograr un compromiso escrito podría aumentar el cumplimiento de las pautas. Aún así, el coste-beneficio de la medida es muy alto, dado el gran número de trabajadores/as a formar y la heterogeneidad de la formación dificulta conocer qué componentes son eficaces. Por otra parte, la implementación de pautas de limitación y rechazo de servicio en un entorno nocturno, estresante y masificado podría poner en riesgo al propio personal (Akbar et al., 2011; Buvik y Rossow, 2017). En este sentido, esta medida debería incluirse en programas más amplios que se combinaran con mayor control administrativo y policial y que tuviera en cuenta las necesidades de los propietarios de los locales (Graham et al., 2011).

**SECCIÓN 5.**  
**Idea clave**

Los estudios revisados no aportan suficiente evidencia sobre la eficacia de la estrategia de formación del personal de hostelería (Ker y Chinnock, 2008). Además, en algunas ocasiones los resultados son contradictorios. A pesar de parecer incrementar el conocimiento y mejorar las actitudes hacia el consumo responsable del personal de salas, establecimientos y locales (Jones et al., 2011; Graham et al., 2011; Ker y Chinnock, 2008), la eficacia de la intervención sobre el consumo de alcohol de los clientes no es concluyente (Jones et al., 2011; Ker y Chinnock, 2008). La evidencia consultada no permite conocer si esta medida sería predictiva de una reducción del daño.

Por otra parte, el cumplimiento de las pautas transmitidas en la formación es muy bajo y no exento de problemas (Jones et al., 2011). Puesto que la mayor parte de los estudios realizados muestran efectos muy bajos de esta medida por sí sola, y los programas multi-componente tienden a informar que la formación del personal de hostelería tiene baja aportación, se recomienda integrar esta medida dentro de otras estrategias (Brennan et al., 2011), acompañándola de un mayor control administrativo y aumentando su cumplimiento para poder conocer su posible eficacia (Guide to Community Preventive Services, 2010; Jones et al., 2011).

SECCIÓN 6.  
Referencias

- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. and Humphris, G. (2011). Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 5, 1186-1202
- Brennan, I., Moore, S.C., Byrne, E., Murphy, S. (2011). Interventions for disorder and severe intoxication in and around licensed premises, 1989-2009. *Addiction*, 106(4), 706-713.
- Buvik, K.; Rossow, I. (2017). Server Training at Drinking Establishments: A Sisyphean Task? A Commentary on Toomey et al. (2017). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(2), 276–277. doi:10.15288/jsad.2017.78.276
- Calafat, A., y Juan, M. (2017). Prevention in recreational nightlife. In M. Israelashvili y J. L. Romano (Eds.), *The Cambridge handbook of international prevention science* (pp. 207–232). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316104453.011>
- Graham, K., Miller, P., Chikritzhs, T., Bellis, M. A., Clapp, J. D., Hughes, K., . . . Wells, S. (2014). Reducing intoxication among bar patrons: Some lessons from prevention of drinking and driving. *Addiction*, 109, 693–698. doi:10.1111/add.12247
- Jones, L., Hughes, K., Atkinson, A. M. and Bellis, M. A. (2011), Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches, *Health and Place* 17(2), 508–518. <https://doi:10.1016/j.healthplace.2010.12.006>
- Ker, K. y Chinnock, P. (2008) Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD005244. DOI: 10.1002/14651858.CD005244.
- The Community Guide (2010). Preventing excessive alcohol consumption: Responsible beverage service training. Retrieved July 24, 2012, from: [www.thecommunityguide.org/alcohol/beverage\\_service.html](http://www.thecommunityguide.org/alcohol/beverage_service.html)
- Toomey, T. L., Lenk, K. M., Erickson, D. J., Horvath, K. J., Ecklund, A. M., Nederhoff, D. M., . . . Nelson, T. F. (2017). Effects of a hybrid online and in-person training program designed to reduce alcohol sales to obviously intoxicated patrons. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78, 268–275. doi:10.15288/jsad.2017.78.268
- Trolldal B, Brännström L, Paschall MJ, Leifman H. (2013). Effects of a multi- component responsible beverage service programme on violent assaults in Sweden. *Addiction*, 108(1), 89–96

Intervenciones microambientales basadas en la arquitectura de la elección



SECCIÓN 1.

Tipo	<input type="checkbox"/> Universal	<input type="checkbox"/> Selectiva	<input type="checkbox"/> Indicada	<input checked="" type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Legales <input type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input type="checkbox"/> Alcohol <input checked="" type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input checked="" type="checkbox"/> Niño/as <input checked="" type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

**SECCIÓN 2.**  
Descripción de la estrategia o técnica

Las *intervenciones microambientales basadas en la arquitectura de la elección* se fundamentan en el hecho de que gran parte de nuestras conductas se realizan mediante procesos automáticos, no plenamente conscientes, en el sentido expuesto por Kahneman (2012), como decía W. James, «Desde que nos levantamos por la mañana, hasta que nos acostamos por la noche, el noventa y nueve por ciento, o, posiblemente, el novecientos noventa y nueve por mil de nuestra actividad es puramente automática y habitual.» (citado en Marteau, Hollands, y Fletcher, 2012) Pero los procesos automáticos y los procesos conscientes no se dan normalmente por separado; de hecho, se solapan e interactúan entre sí, idealmente complementándose pero, en muchos tipos de conductas, compitiendo entre los dos (Marteau et al., 2012). Y esto último es lo que ocurre generalmente en las conductas relacionadas con la salud.

Esta distinción entre los dos tipos de procesos enlaza con el concepto de hábito, «un proceso mediante el cual un estímulo genera automáticamente un impulso hacia la acción, basado en las asociaciones de estímulo-respuesta aprendidas» (Gardner, 2015), que caracteriza a un tipo concreto de respuesta automática que se desencadena a partir de señales (o estímulos) ambientales. Por tanto, determinadas señales pueden provocar conductas poco saludables, mientras otras señales pueden promover la ejecución de conductas saludables.

Dentro de este marco, se plantean intervenciones que suelen requerir poco compromiso consciente por parte del individuo para realizar sus efectos previstos, principalmente trabajando a través de procesos psicológicos automáticos o no conscientes (Hollands, Marteau, y Fletcher, 2016; Hollands et al., 2013). Este tipo de intervenciones se fundamentan en lo que se ha dado en llamar *arquitectura de la elección* (Thaler y Sunstein, 2008) y son de especial interés aquellas que no requieren ser proporcionadas de forma individual, como orientación o instrucción por parte de quienes intervienen, ya que tienen el mayor potencial de ser fácilmente escalables a la población. Las intervenciones que cumplen estos criterios suelen comprender cambios en las características de los entornos físicos y sociales que nos rodean y dan forma a nuestro comportamiento. Tales intervenciones pueden clasificarse, grosso modo, como aquellas que alteran (i) las propiedades o (ii) la colocación de estímulos externos. Estas intervenciones no necesitan que se entiendan complejas instrucciones para conseguir una respuesta conductual. Además, al ser independientes de las capacidades de lectura, numérica, o de autocontrol, pueden ser particularmente efectivas para la población más desfavorecida socialmente. Por ejemplo, cambiar el tamaño de platos, cuencos o vasos, o colocar alimentos saludables más cerca de los clientes en una cafetería, puede influir en las cantidades y tipos de alimentos seleccionados y consumidos. Del mismo modo, aumentar el tiempo necesario para que las puertas del ascensor se cierren puede aumentar la probabilidad de que las personas usen las escaleras (Hollands et al., 2017, 2016).

Estas intervenciones se centran en entornos a pequeña escala, en los que las personas pueden reunirse para fines específicos y en los que pueden adquirir o consumir alimentos, alcohol, tabaco o estar físicamente activas (restaurantes, lugares de trabajo, casas y comercios), en lo que los autores llaman “microambientes” (Hollands et al., 2016).



## FICHAS DE EVIDENCIA

### SECCIÓN 3. Resumen de la evidencia

Hay relativamente poca evidencia sobre este tipo de intervenciones. Una revisión Cochrane (Hollands et al., 2015) sobre este tipo de intervenciones para reducir las cantidades tomadas o consumidas respecto de la comida, el alcohol y tabaco, cambiando la forma de presentación (tamaños más o menos grandes o formas distintas) no halló ningún estudio elegible con respecto al consumo de alcohol, y con respecto al tabaco (3 estudios), se encontraron efectos escasos en relación con poner cigarrillos más cortos y fumar menor cantidad de tabaco.

Con posterioridad a esta revisión se identificaron tres estudios relacionados con el consumo de alcohol. En el de Troy et al. (2017), estudio controlado aleatorizado, se analizó la influencia de la información sobre el volumen de bebida contenida en el vaso (vaso con marcas de volumen impresas en el cristal) en la velocidad a la que se bebía la consumición, concluyendo que se tomaban la bebida más lentamente si se utilizaba el vaso con información volumétrica.

En el estudio en ambiente experimental de laboratorio (controlado aleatorizado) de Langfield, Pechey, Pilling, y Marteau (2018), el objetivo fue comprobar si las diferentes formas de los vasos tenían influencia en la velocidad y cantidad de bebida consumida. De las tres formas de vaso, (i) ancho por abajo y estrecho arriba, (ii) recto y (iii) ancho por arriba y estrecho por abajo. Los resultados indicaron que se bebía más rápido en los vasos con forma en pendiente (i y iii) con respecto al vaso recto. Los tragos dados en los vasos con estas formas eran también más largos.

Perman-Howe, Davies, y Foxcroft (2018) han realizado un estudio piloto para probar si servir bebida con menor graduación, cuando esto es posible (p. ej. cerveza servida de grifo, donde no hay información fácilmente visible sobre su graduación, de marcas con menor graduación), en establecimientos con licencia, puede influir en que se consuma menor cantidad de alcohol. Tratándose de un piloto, el estudio explora las posibilidades de realizar un estudio controlado aleatorizado, pero no ofrece respuesta a la pregunta de investigación.

### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

Las intervenciones basadas en la arquitectura de la elección no requieren a priori grandes recursos, lo que facilita su aplicabilidad. A menudo una simple intervención de bajo coste puede provocar la respuesta o reacción deseada en un porcentaje de la población. De esta forma, el tamaño de los vasos, la disposición de bebidas no alcohólicas de manera que aumente su accesibilidad o incluso cambios en la decoración, son intervenciones sencillas que podrían tener efecto en la clientela. Un ejemplo lo encontramos en los aseos de algunos bares de EE.UU. que han instalado luces azules para dificultar la inyección intravenosa (Crabtree, 2013). Otras intervenciones conllevan cambios en las características de los entornos físicos que implican un mayor presupuesto.

Aunque en términos generales las intervenciones basadas en la arquitectura de la elección no tienen por qué ser costosas, quizás la principal dificultad para este tipo de intervenciones se encuentre en la reticencia de los empresarios de los locales de ocio cuyo interés comercial está en la venta de alcohol.

**SECCIÓN 5.**  
**Idea clave**

Las intervenciones microambientales basadas en la arquitectura de la elección presentan un planteamiento prometedora. Sin embargo, la evidencia disponible sobre su eficacia es todavía escasa. Los escasos estudios a los que hemos tenido acceso son de alta calidad (revisión Cochrane y al menos dos estudios controlados aleatorizados publicados en revistas indexadas en JRC). Por esto el grado de evidencia es alto y los resultados entre bajos y medios.

**SECCIÓN 6.**  
**Referencias**

- Crabtree, A. et al., (2013) A Qualitative Study of the Perceived Effects of Blue Lights in Washrooms on People Who Use Injection Drugs, *10 Harm Reduction J.* 1, 7
- Gardner, B. (2015). A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health Psychology Review*, 9(3), 277-295. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.876238>
- Hollands, G. J., Bignardi, G., Johnston, M., Kelly, M. P., Ogilvie, D., Petticrew, M., ... Marteau, T. M. (2017). The TIPME intervention typology for changing environments to change behaviour. *Nature Human Behaviour*, 1(8), 0140. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0140>
- Hollands, G. J., Marteau, T. M., y Fletcher, P. C. (2016). Non-conscious processes in changing health-related behaviour: a conceptual analysis and framework. *Health Psychology Review*, 10(4), 381-394. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1138093>
- Hollands, G. J., Shemilt, I., Marteau, T. M., Jebb, S. A., Kelly, M. P., Nakamura, R., ... Ogilvie, D. (2013). Altering micro-environments to change population health behaviour: towards an evidence base for choice architecture interventions. *BMC Public Health*, 13(1), 1218. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1218>
- Hollands, G. J., Shemilt, I., Marteau, T. M., Jebb, S. A., Lewis, H. B., Wei, Y., ... Ogilvie, D. (2015). Portion, package or tableware size for changing selection and consumption of food, alcohol and tobacco. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011045.pub2>
- Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. Barcelona: Debate.
- Langfield, T., Pechey, R., Pilling, M., y Marteau, T. M. (2018). Impact of glass shape on time taken to drink a soft drink: A laboratory-based experiment. *PLOS ONE*, 13(8), e0202793. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202793>
- Marteau, T. M., Hollands, G. J., y Fletcher, P. C. (2012, septiembre 21). Changing human behavior to prevent disease: The importance of targeting automatic processes. *Science*. <https://doi.org/10.1126/science.1226918>
- Perman-Howe, P. R., Davies, E. L., y Foxcroft, D. R. (2018). The effect of alcohol strength on alcohol consumption: a randomised controlled cross-over pilot trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 4(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0328-y>
- Thaler, R. H., y Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. New Haven, CT, US: Yale University Press.
- Troy, D. M., Attwood, A. S., Maynard, O. M., Scott-Samuel, N. E., Hickman, M., Marteau, T. M., y Munafò, M. R. (2017). Effect of glass markings on drinking rate in social alcohol drinkers. *European journal of public health*, 27(2), 352-356. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw142>

Intervenciones a través de mensajes cortos de texto para la reducción del consumo del alcohol



SECCIÓN 1.

Tipo	<input type="checkbox"/> Universal	<input checked="" type="checkbox"/> Selectiva	<input checked="" type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input type="checkbox"/> Drogas Legales <input type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input checked="" type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

## FICHAS DE EVIDENCIA

### SECCIÓN 2. Descripción de la estrategia o técnica

El rápido y extendido uso de las Tecnologías de la Información, Comunicación y Ocio (TICO) ha generado nuevas formas de interacción y comunicación de prácticas preventivas. Dentro de la amplia variedad de intervenciones basadas en las TICO, las intervenciones a través de mensajes de texto o servicios de mensajería conforman por sí mismas un campo que ha llamado la atención de los investigadores. Así, en la actualidad, se tiene alguna evidencia de que las intervenciones a través de mensajes de texto contribuyen a la promoción de conductas saludables a corto plazo y a la prevención indicada de diversas conductas problemáticas (ej. adherencia al tratamiento, adelgazamiento, aumento del ejercicio físico, pautas en enfermedad crónica) (Poorman, 2015; Vodopivec-Jamsek, de Jongh, Gurol-Urganci, Atun, Car, 2012).

Las intervenciones a través de las TICO son métodos con un bajo coste y que potencialmente pueden alcanzar a la máxima población. En nuestro país, por ejemplo, mientras que en la adolescencia temprana un 70% de los menores dispone de teléfono móvil (INE, 2018), este dato aumenta hasta el 95% entre los menores de 15 a 18 años (Méndez Gago et al, 2018) y se hace casi universal a partir de esa edad (INE, 2018). Otra ventaja de este tipo de intervenciones es su versatilidad para salvar las barreras de horarios y lugares físicos para la recepción de contenidos, y evitar desplazamientos.

Las intervenciones suelen consistir en el envío programado de mensajes personalizados, que pueden incluir recordatorios, contenidos psicoeducativos e indicaciones personalizadas para el auto-control. Además, en algunos casos, los participantes pueden solicitar mensajes adicionales para obtener apoyo e interactuar con el sistema. Periódicamente, los participantes cumplimentan evaluaciones. También con medidas de seguimiento a la finalización del programa y posteriormente. Este tipo de intervenciones se combinan con otra serie de intervenciones más amplias o realizarse de forma aislada.

La evidencia aportada proviene de EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Alemania, Países Bajos y otros países europeos. En nuestro país, existen algunos estudios dentro de las revisiones encontradas (Cobos-Campos, 2012; Valdivieso-López, 2013)

En cuanto a las poblaciones de los estudios, éstos incluyen a adultos, jóvenes y adolescentes.

### SECCIÓN 3. Resumen de la evidencia

Una revisión sobre adolescentes y jóvenes que incluye tres estudios específicos sobre mensajes de texto muestra alta aceptación por parte de los participantes y efectos positivos sobre el aumento de la disposición a reducir el consumo y en la reducción de consumo abusivo de alcohol (O'Rourke, Humphris y Baldacchino, 2016), si bien la calidad de esta evidencia es baja al tratarse de estudios piloto. Por otra parte, otros trabajos sobre adolescentes muestran que disminuyen el consumo abusivo de alcohol (Suffoletto et al., 2015) y aumentan su autoeficacia para resistir al consumo en situaciones de riesgo frente al grupo control (Bock et al., 2016).

#### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

Las plataformas de mensajería y los programas de intervención y preventivos a través de mensajes cortos pueden ser un campo de acción prometedor. Aunque, en general, los resultados aportan evidencia de eficacia en estas intervenciones, sobre todo en comparación con grupos control, la evidencia de los estudios de alcohol todavía no está bien establecida y debe ampliarse más.

Además de aumentar la accesibilidad y el grado de aceptación por parte de los jóvenes (O'Rourke, Humphris y Baldacchino, 2016), las revisiones y meta-análisis informan de tamaños de efecto positivos pero pequeños-medios en cuanto a alcohol (Mason et al., 2015). Aunque la evidencia apoya ampliamente este tipo de intervenciones, se precisan investigaciones longitudinales para conocer los posibles efectos a largo plazo, una mayor efectividad en función del grado de interacción con los programas o su duración y posibles inconvenientes como, por ejemplo, posibles sesgos en la selección de participantes o sesgos relacionados con deseabilidad social o errores de recuerdo al cumplimentar los participantes las autoevaluaciones (Hall, Cole-Lewis y Bernhardt, 2015; O'Rourke et al., 2016; Suffoletto et al., 2015).

#### SECCIÓN 5. Referencias

- Bock, B. C., Barnett, N. P., Thind, H., Rosen, R., Walaska, K., Traficante, R., ... Scott-Sheldon, L. A. J. (2016). A text message intervention for alcohol risk reduction among community college students: TMAP. *Addictive Behaviors*, 63, 107–113. doi:10.1016/j.addbeh.2016.07.012
- Hall, A. K., Cole-Lewis, H., y Bernhardt, J. M. (2015). Mobile text messaging for health: a systematic review of reviews. *Annual review of public health*, 36, 393–415. doi:10.1146/annurev-publhealth-031914-122855
- Mason M., Ola B., Zaharakis N., y Zhang J. (2015). Text messaging interventions for adolescent and young adult substance use: A meta-analysis. *Prevention Science*, 16(2), 181-188. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11211-014-0498-7>
- Méndez-Gago, S., González-Robledo, L., Pedrero-Pérez, E., Rodríguez-Gómez, R., Benítez-Robredo, M.T., Mora-Rodríguez, C., Ordóñez, A. (2018). *Uso y abuso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación por adolescentes*. Madrid: Madrid Salud.
- O'Rourke, L., Humphris, G., y Baldacchino, A. (2016). Electronic communication based interventions for hazardous young drinkers: A systematic review. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 68, 880–890. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.07.021
- Suffoletto, B., Callaway, C., Kristan, J., Kraemer, K., Clark, D.B. (2012). Text-message-based drinking assessments and brief interventions for young adults discharged from the emergency department. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 36(3), 552–560.
- Suffoletto, B., Kristan, J., Chung, T., Jeong, K., Fabio, A., Monti, P., Clark, D.B. (2015). An interactive text message intervention to reduce binge drinking in Young adults: a randomized controlled trial with 9-month outcomes. *PLoS One*, 10(11), e0142877.
- Vodopivec-Jamsek, V., de Jongh, T., Gurol-Urganci, I., Atun, R., Car, J. (2012). Mobile phone messaging for preventive health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. Art. No.: CD007457. DOI: 10.1002/14651858.CD007457.pub2.

Intervenciones a través de mensajes cortos de texto para la reducción del consumo de tabaco



SECCIÓN 1.

Tipo	<input type="checkbox"/> Universal	<input checked="" type="checkbox"/> Selectiva	<input checked="" type="checkbox"/> Indicada	<input type="checkbox"/> Ambiental
Evidencia	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Eficacia	<input checked="" type="checkbox"/> Nula	<input checked="" type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Aplicabilidad	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input checked="" type="checkbox"/> Alta
Campo de actuación	<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Legales <input type="checkbox"/> Drogas Ilegales <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Inespecífico	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Opiáceos	<input checked="" type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodicepinas - hipnosedantes	
Destinatario	<input type="checkbox"/> Niño/as <input checked="" type="checkbox"/> Adolescentes <input checked="" type="checkbox"/> Jóvenes	<input checked="" type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Madres-Padres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Inmigrantes-Minorías étnicas <input type="checkbox"/> Otros	
Origen Evidencia	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Europa	<input checked="" type="checkbox"/> Mundial	

## SECCIÓN 2. Descripción de la estrategia o técnica

El rápido y extendido uso de las Tecnologías de la Información, Comunicación y Ocio (TICO) ha generado nuevas formas de interacción y comunicación de prácticas preventivas. Dentro de la amplia variedad de intervenciones basadas en las TICO, las intervenciones a través de mensajes de texto o servicios de mensajería conforman por sí mismas un campo que ha llamado la atención de los investigadores. Así, en la actualidad, se tiene alguna evidencia de que las intervenciones a través de mensajes de texto contribuyen a la promoción de conductas saludables a corto plazo y a la prevención indicada de diversas conductas problemáticas (ej. adherencia al tratamiento, adelgazamiento, aumento del ejercicio físico, pautas en enfermedad crónica) (Poorman, 2015; Vodopivec-Jamsek, de Jongh, Gurol-Urganci, Atun, Car, 2012).

Las intervenciones a través de las TICO son métodos con un bajo coste y que potencialmente pueden alcanzar a la máxima población. En nuestro país, por ejemplo, mientras que en la adolescencia temprana un 70% de los menores dispone de teléfono móvil (INE, 2018), este dato aumenta hasta el 95% entre los menores de 15 a 18 años (Méndez Gago et al, 2018) y se hace casi universal a partir de esa edad (INE, 2018). Otra ventaja de este tipo de intervenciones es su versatilidad para salvar las barreras de horarios y lugares físicos para la recepción de contenidos, y evitar desplazamientos.

Las intervenciones suelen consistir en el envío programado de mensajes personalizados, que pueden incluir recordatorios, contenidos psicoeducativos e indicaciones personalizadas para el auto-control. Además, en algunos casos, los participantes pueden solicitar mensajes adicionales para obtener apoyo e interactuar con el sistema. Periódicamente, los participantes cumplimentan evaluaciones. También con medidas de seguimiento a la finalización del programa y posteriormente. Este tipo de intervenciones se combinan con otra serie de intervenciones más amplias o realizarse de forma aislada.

La evidencia aportada proviene de Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Alemania, Países Bajos y otros países europeos. En nuestro país, existen algunos estudios dentro de las revisiones encontradas (Cobos-Campos, 2012; Valdivieso-López, 2013)

En cuanto a las poblaciones de los estudios, éstos incluyen a adultos, jóvenes y adolescentes.

## SECCIÓN 3. Resumen de la evidencia

Un reciente meta-análisis sobre población general adulta y adolescente, que engloba 22 intervenciones aleatorizadas y controladas en 10 países y una cobertura de 15.593 personas (Scott-Sheldon et al., 2016), aporta evidencia robusta de la eficacia de este tipo de intervenciones. Así, los fumadores que recibían mensajes de texto como recordatorios, tenían más probabilidad de abstenerse de fumar y/o reducir el consumo de cigarrillos frente a los grupos control. Otra revisión Cochrane sobre 12 estudios y 11.855 personas apoya estas evidencias (Whittaker et al., 2016). En adolescentes, otro meta-análisis (Mason et al., 2015) sobre 14 estudios controlados y aleatorizados, que incluye una cobertura de 10.573 adolescentes y jóvenes, muestra tamaños de efecto de 0,25 a 0.54. Este meta-análisis concluye que, en general, las intervenciones a través de mensajes de texto tienen un efecto positivo en la reducción de las conductas de consumo de tabaco. Otros ensayos aleatorizados y controlados sobre adolescentes muestran mejoras estadísticamente significativas tras la intervención. Si bien no se observan efectos a corto plazo en la abstinencia, sí se observan en la reducción del consumo (Free et al., 2013 citado en Hall, Cole-Lewis, y Bernhardt, 2015; Haug et al, 2013).



## FICHAS DE EVIDENCIA

### SECCIÓN 4. Aplicabilidad y dificultades

Las plataformas de mensajería y los programas de intervención y preventivos a través de mensajes cortos son un campo de acción prometedor. En general, los resultados aportan evidencia de eficacia en estas intervenciones, sobre todo en comparación con grupos control. La evidencia de los estudios sobre tabaco se considera bien establecida. Además de aumentar la accesibilidad y el grado de aceptación por parte de los jóvenes (O'Rourke, Humphris y Baldacchino, 2016), las revisiones y meta-análisis informan de efectos positivos, aunque de tamaño pequeño-medios (Scott-Sheldon et al., 2016; Mason et al., 2015; Whittaker et al., 2016). Aunque la evidencia apoya ampliamente este tipo de intervenciones, se precisan investigaciones longitudinales para conocer los posibles efectos a largo plazo, una mayor efectividad en función del grado de interacción con los programas o su duración y posibles inconvenientes como, por ejemplo, posibles sesgos en la selección de participantes o sesgos relacionados con deseabilidad social o errores de recuerdo al cumplimentar los participantes las autoevaluaciones (Hall, Cole-Lewis y Bernhardt, 2015).

### SECCIÓN 5. Referencias

- Hall, A. K., Cole-Lewis, H., y Bernhardt, J. M. (2015). Mobile text messaging for health: a systematic review of reviews. *Annual review of public health, 36*, 393–415. doi:10.1146/annurev-publhealth-031914-122855
- Haug, S., Schaub, M., Venzin, V., Meyer, C., y John, U. (2013). Moderators of Outcome in a Text Messaging (SMS) Based Smoking Cessation Intervention for Young People. *Psychiatrische Praxis, 40(06)*, 339–346. doi:10.1055/s-0033-1349449
- Mason M., Ola B., Zaharakis N., y Zhang J. (2015). Text messaging interventions for adolescent and young adult substance use: A meta-analysis. *Prevention Science, 16(2)*, 181-188. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0498-7>
- Méndez-Gago, S., González-Robledo, L., Pedrero-Pérez, E., Rodríguez-Gómez, R., Benítez-Robredo, M.T., Mora-Rodríguez, C., Ordóñez, A. (2018). *Uso y abuso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación por adolescentes*. Madrid: Madrid Salud.
- Scott-Sheldon, L., Lantini, R, Jennings, E.G., et al. (2016). Text messaging-based interventions for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth, 4(2)*, e49. DOI: doi: 10.2196/mhealth.5436.
- Vodopivec-Jamsek, V., de Jongh, T., Gurol-Urganci, I., Atun, R., Car, J. (2012). Mobile phone messaging for preventive health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*. Art. No.: CD007457. DOI: 10.1002/14651858.CD007457.pub2.
- Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Borland, R., Rodgers, A., y Gu, Y. (2012). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*, 1–24. doi: [10.1002/14651858.CD006611.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006611.pub3)

**Tabla 3.**  
**Resumen de las medidas de prevención en contexto de ocio.**

Medida	España	Evidencia Eficacia
Dispositivos de bloqueo de arranque por detección de alcohol (dispositivos Alcohol Interlock)	Sí	
Distribución de información presencial a través de folletos, flyers o tarjetas	Sí	
Controles de alcoholemia no sancionadores	Sí	
Ocio alternativo de aventura	No	
Deporte en tiempo de ocio	No	
Juegos con contenidos de prevención. Ludificación o gamificación de estrategias de prevención	No	
Programas de Ocio nocturno Alternativo	Sí	
Provisión de agua gratuita	No	
Regulación de la "hora feliz" y ofertas de 2x1	No	
Análisis de sustancias o drug checking	No	
Presencia policial en contextos de ocio	No	
Capacitación de personal de ocio nocturno y hostelería	No	
Intervenciones microambientales basadas en la arquitectura de la elección	No	
Intervenciones a través de mensajes cortos de texto para la reducción del consumo de alcohol	No	
Intervenciones a través de mensajes cortos de texto para la reducción del consumo de tabaco	No	

Elaboración propia

## CONCLUSIONES

El contexto de ocio nocturno es un escenario que ha suscitado una amplia oferta de estrategias y acciones con intención preventiva, con base en la idea de que implementar acciones dirigidas a desalentar el consumo en los momentos y lugares donde es más probable que este se produzca es una estrategia eficaz. El objetivo del presente informe es revisar la evidencia que avala dicha eficacia y establecer su magnitud.

Las medidas de prevención en contextos de ocio se enmarcan en las estrategias de prevención ambiental y de prevención comunitaria. Desde esta doble perspectiva, la prevención en contextos de ocio puede clasificarse en tres categorías:

- I. Regulación normativa o legislación, que consisten en medidas de limitación de la publicidad directa o indirecta, medidas sobre el precio del alcohol o del tabaco o regulación de la venta de alcohol o tabaco.
- II. Estrategias de control comportamental por modificación del entorno, que se desarrollan en entornos de alta probabilidad de consumo. Estas estrategias pueden ser complementadas con intervenciones de prevención selectiva e indicada.
- III. Dinamización de grupos sociales y colectivos para incentivar su participación como agentes preventivos (prevención comunitaria).

**TRANSLACIÓN CULTURAL.** La mayoría de las medidas propuestas han sido evaluadas en otros países occidentales y/o de entorno europeo. Los estudios sobre su evidencia y eficacia en nuestro país son muy escasos, por lo que sería conveniente confirmar su aceptación y adaptabilidad cultural en nuestras regiones.

**EFEECTO SUMATIVO.** Además, muchas de estas medidas aconsejan ser implementadas en conjunción con otras acciones, formando parte de una estrategia integral o programa, por lo que requieren de la implicación de las entidades municipales y la coordinación de diversos agentes preventivos, incluida la sociedad civil. En este sentido, algunas acciones requieren de la colaboración de la industria de ocio nocturno, lo que insta a estudiar posibles incentivos o medidas de presión administrativa para aumentar la motivación y las tasas de participación.

**REDUCCIÓN DEL DAÑO.** Otro obstáculo, de tipo conceptual, es que varias de las medidas presentadas como medidas para la reducción del daño son evaluadas posteriormente con indicadores de cambio de actitudes o aumento de conocimiento sobre riesgos, pero la información sobre su eficacia real sobre la disminución del daño en la población susceptible de recibir la medida, es escasa y en ocasiones inexistente.

**PROGRAMAS DE OCIO ALTERNATIVO.** Por su extensión en los últimos años, los POA destacan en el escenario del contexto de ocio. La escasa evidencia disponible no avala su eficacia como medida de prevención del consumo de drogas y alcohol. En general, los POA requieren mayor fundamentación teórica y rigor en su evaluación, identificación de objetivos y de indicadores e instrumentos de medida relevantes y coherentes con los objetivos. En su mayoría son experiencias dispersas y sin continuidad, lo que dificulta conocer su impacto.

**AGENTES DE PREVENCIÓN.** Respecto a la gestión e implementación de las acciones, se observan iniciativas que parten de entidades municipales (ej. servicios de prevención comunitaria, concejalías de juventud, etc.) o de asociaciones y de plataformas de pequeño entorno. Sería aconsejable dar un papel activo y participativo a las poblaciones diana sobre el diseño de estas acciones.

**GENERALIDAD.** Algunas de las medidas no son específicas del consumo de alcohol y drogas, si no que están dirigidas a la promoción de la salud en general.

**EVIDENCIA y EFICACIA.** Por lo general, el grado de evidencia es todavía bajo y en ocasiones inexistente. La calidad metodológica de las evaluaciones es mejorable. Conviene tener en cuenta que se trata de acciones preventivas en contextos reales y complejos, en los que se pueden identificar una gran cantidad de factores explicativos de la conducta de consumo. En consecuencia, incluso en las medidas con un grado medio de evidencia, resulta difícil conocer su eficacia. Es frecuente que las medidas evaluadas se encuentren incluidas en programas más amplios con otras medidas que crean un efecto sinérgico. O, por el contrario, tratarse de experiencias piloto que se desarrollan de forma aislada. Algunos estudios, evalúan indicadores de proceso en lugar de medir el efecto de la medida sobre el consumo o sobre el daño asociado al consumo.

**CULTURA DE EVALUACIÓN.** El presente trabajo supone una primera compilación del conocimiento de las medidas de prevención del consumo de drogas y daños asociados en contextos de ocio. Los resultados de los estudios analizados evidencian una importante, aunque insuficiente, labor de evaluación de la utilidad preventiva de las medidas. A tenor de la realidad cambiante del ocio juvenil y la evolución del fenómeno del consumo de drogas, por una parte, y del desarrollo de nuevas intervenciones preventivas por otra, se necesita un mantenido esfuerzo para conocer su eficacia.

Corresponde a la administración pública la puesta en marcha de políticas que fomenten la cultura de la evaluación, y que promuevan los programas y prácticas basadas en la evidencia.

## REFERENCIAS

- Alonso Sanz, C., Salvador Llivina, T. y Suelves Joanxich, J.M. (2004). Prevención de la A a la Z. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud
- Barrio G, Bravo MJ, Brugal MT, et al. Harm reduction interventions for drug injectors or heroin users in Spain: expanding coverage as the storm abates. *Addiction*.2012;107:1111–22.38.
- Becoña Iglesias E. (2021) La Prevención Ambiental en el Consumo de Drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Berthet, M.A., Lazcano Quintana, I., Lambi, L., Madariaga Ortuzar, A., Ramos Pérez, A., Rodríguez San Julián, E. ... Szabo, J.Z.. (2016). La marcha nocturna: ¿Un rito exclusivamente español?. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, FAD. DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3663628>
- Bosque-Prous, M. y Brugal M.T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30(S1):99–105 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.020>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Harvard University Press. Cambridge, MA.
- Brunn, J., Brunner, S., Mütsch, M. (2021). Preventive Interventions for Young Adults in Nightlife: Coproduction for a Systematic Literature Assessment Followed by a Stakeholder Dialogue Process. *European Addiction Research*, 27, 311-325. <http://doi.org/10.1159/000511191>
- Burkhart, G. (2011). Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? *Adicciones*, 29, 87-100.
- Burkhart, G., Tomczyk, S., Koning, I. y Brotherhood, A. (2022) Environmental Prevention: Why Do We Need It Now and How to Advance It?. *Journal of Prevention*. <https://doi.org/10.1007/s10935-022-00676-1>
- Calafat, A., y Juan, M. (2017). Prevention in recreational nightlife. In M. Israelashvili y J. L. Romano (Eds.), *The Cambridge handbook of international prevention science* (pp. 207–232). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316104453.011>
- Cargo M. y Mercer S. L. (2008) The value and challenges of participatory research: Strengthening its practice. *Annual Review of Public Health*.29:325–350.
- Global Commission on Drugs (2021). Hora de poner fin a la prohibición. Recuperado de [https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2021/12/Time\\_to\\_end\\_prohibition\\_ES\\_2021\\_report.pdf](https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2021/12/Time_to_end_prohibition_ES_2021_report.pdf)
- Hansen, D., Larson, R, y Dworkin, J. (2003).What adolescents learn in organized youth activities: A survey of self-reported developmental experiences. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 25–56.
- Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (2002) *Investing in Your Community's Youth: An Introduction to the Communities That Care System*. Channing Bete, South Deerfield, MA
- Hosteltur (2022). El sector del ocio nocturno factura 20.000 M € y emplea a 200.000 personas. Recuperado el 22 de febrero de 2022 de [https://www.hosteltur.com/126787\\_el-sector-del-cio-nocturno-factura-20000-m-y-emplea-a-200000-personas.html](https://www.hosteltur.com/126787_el-sector-del-cio-nocturno-factura-20000-m-y-emplea-a-200000-personas.html)
- Institute of Medicine (IOM). Committee on Valuing Community-Based, Non-Clinical Prevention Programs (2012). *An Integrated Framework for Assessing the Value of Community-Based Prevention*. Recuperado el 07.01.2022 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK206935/>
- International Drug Policy Consortium (2023) Moving away from the punitive paradigm: An analysis of the 2023 OHCHR report on drug policy. Recuperado de <https://idpc.net/es/publications/2023/09/abandonando-el-paradigma-punitivo-un-analisis-del-informe-de-la-oacdh-correspondiente-a-2023>
- Kleiber, D.A., Lazcano,I., Madariaga, A. y Muriel, D. (2017). Satisfacción de las personas jóvenes con las actividades de ocio entre pares. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 12 (1). 103-120. DOI: 10.14198/OBETS2017.12.1.14
- Kleiber, D.A. (1999). *Leisure experience and human development: A dialectical interpretation*. New York: Basic Books.
- Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., y Sigfusdottir, I. D. (2020). Development and guiding principles of the Icelandic model for preventing adolescent substance use. *Health promotion practice*, 21(1), 62-69.
- Larson, R. (2000). "Toward a psychology of positive youth development". *American Psychologist*, 55(1), 170-183.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999). *Promoción de la Salud. Glosario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

## REFERENCIAS

- Real Academia Española RAE (2014) Diccionario de la lengua española. 23ª Edición
- Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Communities; 2010.2
- UNODC. 2000. Demand Reduction. A glosary of terms. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.
- WHO Expert Committee on Drug Dependence (1974). Twentieth report. World Health Organ Tech Rep Ser. 551. p. 1–89.
- Witt, P.A., y Caldwell, L.L. (Eds.). (2005) Recreation and youth development. State College, PA: Venture.
- World Leisure Organisation (1981) Carta de Ocio. Recuperado el 25 de febrero de 2022 de <https://www.world-leisure.org/charter/>