Questionario CUIQ

Cannabis Use Intention Questionnaire

MANUALE DI APPLICAZIONE E CORRESPONDENCE

Co-funded by
the European Union

INDICE

1 Introduzione 4
2 Ambito teorico 4
3 Struttura e finalità del questionario 6
3.1 Sezione A. Atteggiamento 6
3.2 Sezione B. Norme soggettive 7
3.3 Sezione C. Autoefficacia 7
3.4 Sezione D. Intenzione al consumo 8
3.5 Dati sociodemografici 8
3.6 Popolazione a cui è destinato 8
4 Metodo 9
4.1 Campione 9
4.2 PROCEDIMENTO SEGUITO PER LA CONVALIDA 10
5 Analisi psicometrica 11
6 Norme di applicazione e correzione 11
6.1 Protocollo di applicazione 12
6.2 Tempi di applicazione 12
6.3 Norme di correzione e modello Excel per il calcolo automatico dei punteggi 12
6.3.1 Punteggio 12
6.3.2 Istruzioni per la compilazione del modello Excel 13
7 Interpretazione – Livello 13
8 Link utili 21
9 Riferimenti 21

1 INTRODUZIONE

La cannabis è la droga illegale più consumata in Europa. Il 17% dei giovani europei tra 15 e 16 anni ha consumato cannabis in qualche occasione, anche se tale percentuale varia notevolmente tra i vari Paesi (ESPAD 2011, Hibell et al., 2012). Si possono consultare i dati aggiornati sul consumo nel sito Web dell'*Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze* (EMCDDA).

L'alta prevalenza di consumo tra i giovani suggerisce il bisogno di proporre interventi preventivi nei confronti dei problemi legati a tale consumo. Per questo, la Commissione Europea ha cofinanziato il progetto CAPPYC (*Cannabis Abuse Prevention Program for Young Consumers),* realizzato da un consorzio europeo costituito da sei istituzioni di quattro Paesi (Spagna, Italia, Portogallo e Romania). Sviluppato tra il 2014 e il 2016, CAPPYC è stato un progetto mirato alla prevenzione dell'abuso di cannabis nei giovani consumatori e applicato da: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) (socio coordinatore), la Fundación UNED e l'Universidad Miguel Hernández (UMH) in Spagna, in Portogallo la Universidade Católica Portuguesa, il CESIE in Italia e la ONG Asociatia pentru Motivare si Schimbare (AMOS) in Romania.

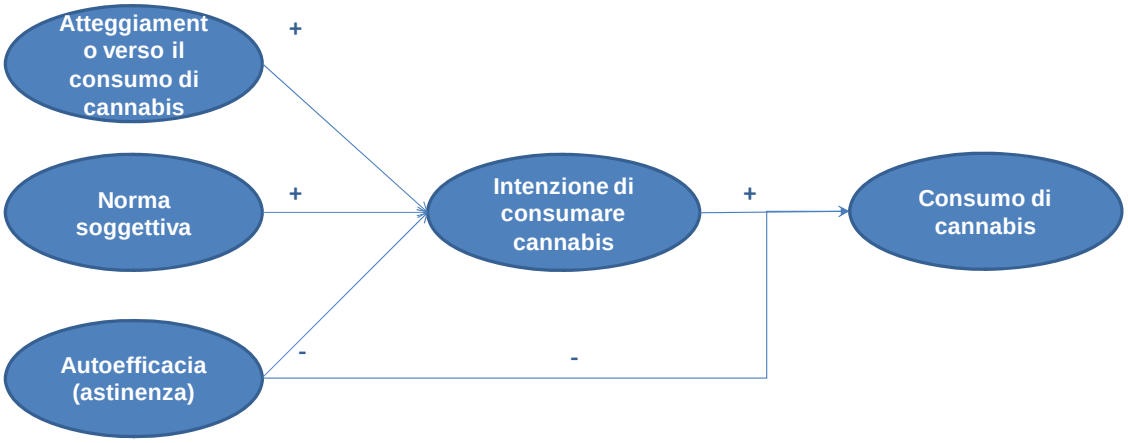
CAPPYC si è concentrato sulla valutazione dell'efficacia di un programma di prevenzione al consumo giovanile di cannabis e relativi problemi correlati, così come alla creazione e convalida di una scala di misurazione di atteggiamenti verso il consumo di cannabis. Questa scala (chiamata CUIQ – *Cannabis Use Intention Questionnarie*) viene presentata in questo documento, con una spiegazione dettagliata di come è stata costruita, come va utilizzata e come si valutano i dati ottenuti in seguito alla sua applicazione con un gruppo di giovani.

Disporre di un questionario convalidato in diversi Paesi consente la valutazione di programmi e interventi, misurando una serie di aspetti sia prima che dopo la loro applicazione al fine di analizzare l'adattamento degli stessi e apportare modifiche se necessario. Inoltre consente il confronto di un gruppo o di una persona con altri simili di riferimento nello stesso Paese.

2 AMBITO TEORICO

Gli interventi studiati per ridurre il consumo di sostanze sono mirati a modificare i fattori di rischio collegati a tale condotta di consumo. In tale contesto la teoria del comportamento pianificato (TCP, Ajzen, 1991), utilizzata in diversi ambiti per prevedere le intenzioni comportamentali, offre un ambito teorico consolidato e ampiamente utilizzato nello studio dei comportamenti e dei relativi antecedenti (Ajzen y Fishbein, 2005; Armitage y Conner, 2001). Questo ambito teorico consente di capire e prevedere le intenzioni di consumo di sostanze tenendo conto non solo dei fattori personali, ma anche di quelli sociali (Figura 1).

Figura 1. Teoria del comportamento pianificato (Ajzen, 1991)



Secondo la TCP, gli **atteggiamenti** si sviluppano ragionevolmente partendo dal repertorio di credenze relative all'oggetto di atteggiamento. Di fatto gli atteggiamenti non dipendono solo dalle credenze, ma anche dalla valutazione che effettua la persona rispetto a ciascuna di tali credenze comportamentali. Così, due persone possono credere con la stessa forza che la cannabis aiuta a rilassarsi, ma una di queste può valutare il rilassamento in modo molto positivo, mentre per l'altra tutto ciò può essere poco o per nulla desiderabile. Questo approccio ha il vantaggio, rispetto alla misurazione diretta degli atteggiamenti, di poter spiegare perché delle persone che sostengono credenze diverse possono mostrare gli stessi atteggiamenti e viceversa (Morales, Rebolloso y Moya, 1994).

La **norma soggettiva** si riferisce alla pressione sociale percepita per il fatto di adottare o non adottare un determinato comportamento (Ajzen, 1987). Costituisce la componente normativa del modello e rispecchia l'influenza che esercita l'ambiente immediato di una persona sulla sua condotta. Questa componente si può definire, nello specifico, come un giudizio probabilistico su ciò che la maggior parte delle persone importanti per tale persona, vale a dire i suoi tutori o gruppi di riferimento, pensano circa la realizzazione di una condotta specifica. La norma soggettiva rispecchia, pertanto, gli effetti dei fattori sociali, mentre l'atteggiamento è l'esponente principale degli effetti psicologici individuali (Morales et al., 1994).

Solo l'**autoefficacia** e l'intenzione sono considerati predittori diretti della condotta. Le credenze di controllo introducono nel modello della TCP l'influenza della presenza o assenza di determinate risorse ed opportunità che determinano l'intenzione alla condotta (Ajzen, 1991). Si tratta di credenze sulla capacità di eseguire con successo determinate condotte. Queste credenze si possono basare sulla propria esperienza nei confronti della condotta o su informazioni vicarie sulla condotta a partire da familiari e amici, e possono anche dipendere da altri fattori che incrementano o riducono la difficoltà percepita di realizzare la condotta.

L'**intenzione** comportamentale viene stabilita come l'antecedente della condotta, di modo che quanto maggiore è l'intenzione nei confronti dello sviluppo di una determinata condotta, maggiore sarà la probabilità della sua realizzazione effettiva (Ajzen, 1987).

3 STRUTTURA E FINALITÀ DEL QUESTIONARIO

Il questionario CUIQ è costituito da quattro sezioni (denominate A, B, C e D, come viene indicato qui di seguito) e da un'ultima sezione in cui si presentano una serie di variabili sociodemografiche. Il questionario è anonimo ed ha come scopo quello di misurare l'intenzione di consumo di cannabis, nonché i suoi antecedenti: atteggiamento, norme soggettive e autoefficacia, per prevenire il consumo effettivo della cannabis. Si tratta di identificare, pertanto, gli atteggiamenti positivi nei confronti del consumo, il sostegno dei gruppi di riferimento e l'autoefficacia (intesa come la capacità di non consumare in diverse situazioni), con lo scopo di incidere, successivamente, tramite programmi o altri tipi di interventi, sugli aspetti di maggiore spicco e ridurre l'intenzione di consumo. Analogamente, questa prova consente di valutare l'efficacia di interventi preventivi.

3.1 Sezione A. Atteggiamento

Gli atteggiamenti si misurano attraverso le seguenti scale:

- **Credenza sulle conseguenze della condotta** (item da A1 ad A4). Questo primo blocco di quattro item misura fino a che livello si crede che consumare marijuana o hashish influisca su una serie di enunciati (ad esempio, "ti aiuta a rilassarti"), con una scala di risposta tipo Likert a 5 punti, da 1 (*per niente probabile*) a 5 (*molto probabile*).
- **Valutazione delle conseguenze della realizzazione della condotta** (item da A5 ad A8).

  Questo secondo blocco di quattro item misura fino a che punto sono importanti per la persona ciascuno degli aspetti indicati nel primo blocco, con una scala di risposta tipo Likert a 5 punti, da 1 (*per niente importante*) a 5 (*molto importante*).

L'atteggiamento della persona nei confronti della condotta si può stimare in base alla seguente formula:

$$A_c = \Sigma\, c_i\, e_i$$

In cui:

A_c = atteggiamento della persona nei confronti della condotta;

c_i = credenza nei confronti delle conseguenze della condotta;

e_i = valutazione delle conseguenze della realizzazione della condotta;

i = sottoindice che indica ogni credenza e la relativa valutazione, numerate dall'1 al 4. Vale a dire:

$$Atteggiamento_1 = \frac{(A_1 \times A_5)}{5}$$

$$Atteggiamento_N = \frac{(A_N \times A_{N+4})}{5}$$

$$Atteggiamento = \frac{\sum_1^4 Atteggiamento_N}{n.item} = \frac{(A_1 \times A_5)/_5 + (A_2 \times A_6)/_5 + (A_3 \times A_7)/_5 + (A_4 \times A_8)/_5}{4}$$

3.2 Sezione B. Norma soggettiva

- **Credenze normative relative ad altri significativi o referenti.** Item B1, B2 e B3, che misurano a che livello si mostrerebbero d'accordo le persone più vicine (amici intimi, compagni e fidanzata/o o persona che mi piace) se si consuma marijuana o hashish, con una scala di risposta tipo Likert a 5 punti, da 1 (*molto in disaccordo*) a 5 (*molto d'accordo*).
- **Motivazione ad adeguarsi agli altri significativi o referenti.** Item B4, B5 e B6, che misurano come si valuta l'opinione di queste persone nei confronti del consumo di marijuana o hashish, con una scala di risposta tipo Likert a 5 punti, da 1 (*per niente importante*) a 5 (*molto importante*).

Pertanto la norma soggettiva si può stimare in base alla seguente formula:

$$NS = \Sigma\ cn_i\ ma_i$$

In cui:

NS = norma soggettiva;

cn_i = credenze normative relative ai tutori o referenti;

ma_i = motivazione per adeguarsi ai tutori o referenti;

i = sottoindice che indica ogni credenza normativa e la motivazione per adeguarsi agli ai tutori, numerate dall'1 al 3. Vale a dire:

$$NS = \frac{\sum_1^3 NS_N}{n.item} = \frac{(B_1 \times B_4)/_5 + (B_2 \times B_5)/_5 + (B_3 \times B_6)/_5}{3}$$

3.3 Sezione C. Autoefficacia

Questa sezione è costituita da cinque item orientati a misurare l'autoefficacia per non consumare o dall'astenersi (ad esempio, essere in grado di "divertirmi senza consumare marijuana o hashish"). Nel questionario corrisponde agli item da C1 a C5. Questi item si misurano con una scala di risposta tipo Likert a 5 punti, da 1 (*per niente capace*) a 5 (*totalmente capace*). Questa scala mostra un'influenza negativa nei confronti dell'intenzione di

consumare cannabis, vale a dire che quanto maggiore è la percezione di efficacia dell'adolescente per astenersi e non consumare, minore sarà la sua intenzione di consumo di cannabis. Tenendo conto del fatto che l'adolescenza è un periodo vitale in cui gli amici hanno una notevole influenza sul comportamento, potrebbe non essere semplice resistere alla pressione del gruppo ed essere in grado di dire di 'no'. Il punteggio di questa scala si calcola con la seguente formula:

$$Autoefficacia\ (astinenza) = \frac{C_1 + C_2 + C_3 + C_4 + C_5}{5}$$

3.4 Sezione D. Intenzione al consumo

La scala di intenzione al consumo è costituita da tre item relativi all'intenzione di consumare marijuana o hashish, l'aver previsto di consumare marijuana o hashish prossimamente e, nel caso in cui dovesse sorgere l'occasione, di voler consumare marijuana o hashish. Questi tre item si misurano con una scala di risposta tipo Likert a 5 punti, da 1 (*definitivamente no*) a 5 (*definitivamente sì*). Il suo punteggio globale si calcola come la media dei tre item:

$$Intenzione = \frac{D_1 + D_2 + D_3}{3}$$

3.5 Dati sociodemografici

Si rilevano:

- Sesso (uomo/donna)
- Età (anni compiuti)
- Provincia di residenza
- Corso di studi

3.6 Popolazione a cui è destinato

Il questionario CUIQ è diretto ad adolescenti e la sua convalida è stata effettuata con un campione di studenti dai 15 ai 18 anni di età. L'applicazione e interpretazione del questionario ad altre fasce di età è da effettuarsi con cautela. Inoltre, il questionario è stato ideato per la sua applicazione preferibilmente in ambito scolastico.

4 METODO

4.1 Campione

Alla convalida del questionario hanno partecipato 4680 giovani studenti delle scuole superiori con età comprese tra i 15 e i 18 anni in Italia, Portogallo, Romania e Spagna. La Tabella 1 indica le età e il sesso dei partecipanti per Paese nella convalida del questionario. La Tabella 2 mostra i risultati di consumo e, infine, la Tabella 3 mostra il consumo in base al sesso dei partecipanti. I risultati di consumo del campione utilizzato sono simili a quelli riscontrati negli studi ESPAD e ESTUDES (Hibell et al., 2012; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Tabla 1. Descrittivi per paesi

	Età	15		16		17		18		Totale
Paese	Sesso	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
Italia		190	315	200	280	153	162	127	60	1487
Portogallo		130	229	116	152	81	131	47	34	920
Romania		194	216	167	179	139	88	112	33	1128
Spagna		167	185	206	198	164	116	70	29	1135

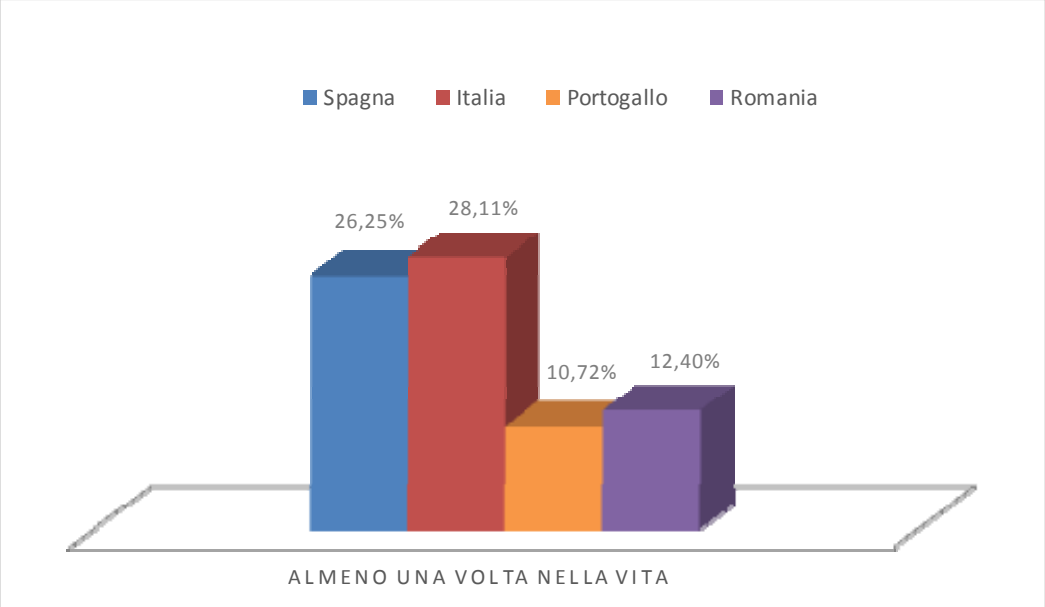
Tabla 2. Frequenza di consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi (%)

		Numero di occasioni						
Paese	Età	0	1-2	3-5	6-9	10-19	+20	1 o più volte
Italia	15	82	8.7	2.2	2.8	1.8	2.6	18
	16	74	8.8	4.4	3.5	5	4.4	26
	17	58.1	12.1	6.7	4.8	5.7	12.7	41.9
	18	62.6	9.1	4.8	4.8	6.4	12.3	37.4
Portogallo	15	96.9	1.1	0	0.3	1.1	0.6	3.1
	16	87.4	1.5	3	1.1	2.2	4.8	12.6
	17	84.4	3.3	3.3	1	1.9	5.8	15.6
	18	73.4	5.1	1.3	0	5.1	15.2	26.6
Romania	15	91.9	4.4	1.7	1.2	0.5	0.2	8.1
	16	87.9	5.6	3.2	1.8	0.9	0.6	12.1
	17	85.7	4.9	4	1.8	1.3	0.4	14.3
	18	77.4	4.4	2.9	4.4	3.6	7.3	22.6
Spagna	15	85.2	4	3.4	3.1	1.4	2.9	14.8
	16	75	8.3	5.3	3.5	2	5.8	25
	17	62.2	11.5	4.7	4.7	4.3	12.6	37.8
	18	61	11	3	0	6	9	39

Tabla 3. Frequenza di consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi per sesso (%)

		Numero di occasioni													
		0		1-2		3-5		6-9		10-19		20+		1 o più volte	
Paese	Età	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Italia	15	76.8	85.1	10.5	7.6	3.2	1.6	2.6	2.9	1.6	1.9	5.2	1	23.2	14.9
	16	64.5	80.7	10	7.9	6.5	2.9	5	2.5	7.5	3.2	6.5	2.9	35.5	19.3
	17	47.7	67.9	13.7	10.5	9.2	4.3	3.9	5.6	7.8	3.7	17.7	8	52.3	32.1
	18	59.8	68.3	7.9	11.7	5.5	3.3	4.7	5	5.5	8.3	16.5	3.3	40.2	31.7
Portogallo	15	96.1	97.4	1.6	0.9	0	0	0.8	0	0	1.8	1.6	0	3.9	2.6
	16	85.3	89.4	2.6	0.7	0.9	4	1.7	0.7	2.6	2	5.2	3.3	14.7	10.6
	17	79.7	88.4	2.5	3.9	3.8	3.1	1.3	0	4.1	3	7.6	4.6	20.3	11.6
	18	69.6	78.8	2.2	9.1	0	3	0	0	6.5	3	21.6	6	30.4	21.2
Romania	15	92.6	91.1	4.2	4.7	2.1	1.4	0.5	1.9	0.5	0.5	0	0.5	7.4	8.9
	16	86.5	89.2	6.1	5.1	2.5	4	2.5	1.1	1.2	0.6	1.2	0	13.5	10.8
	17	83	90.7	5.2	4.7	5.9	1.2	1.5	1.2	1.5	1.2	3	1.2	17	9.3
	18	75.5	83.9	4.7	3.2	1.9	6.5	5.7	0	4.7	0	7.6	6.4	24.5	16.1
Spagna	15	80.8	89.2	6	2.2	3	3.8	4.2	2.2	2.4	0.5	3.6	1.1	19.2	10.8
	16	70	80	10.5	6.2	5.5	5.1	4	3.1	2.5	1.5	7.5	4.1	30	20
	17	58.9	67	11.7	11.3	4.3	5.2	4.3	5.2	4.3	4.3	16.6	6.9	41.1	33
	18	61.4	58.6	10	13.8	2.9	3.4	0	0	2.9	13.8	22.9	10.3	38.6	41.4

Figura 2. Consumo di cannabis almeno una volta nella vita



4.2 PROCEDIMENTO SEGUITO PER LA CONVALIDA

La prima versione del questionario è stata applicata ad un gruppo di 73 studenti spagnoli della cosiddetta Educazione Secondaria Obbligatoria, con età compresa fra i 13 e i 17 anni, dei quali il 44.4% erano maschi (*n* = 32) e il 55.6% femmine (*n* = 40). Sulla base dei risultati ottenuti, delle risposte aperte e dei dubbi registrati dalle persone che hanno distribuito i questionari, sono state sottoposte a revisione le varie sezioni ed è stato elaborato il questionario definitivo, che è stato poi distribuito ai 4680 studenti dai 15 ai 18 anni che hanno partecipato alla convalida.

5 ANALISI PSICOMETRICA

L'analisi psicometrica del questionario rivela che tutte le scale si possono considerare affidabili con indici di Alfa di Cronbach superiori a .70, come si può vedere nella Tabella 6. Inoltre, gli item di ciascuna delle scale mostrano dei carichi fattorizzati alti, superiori a .60, il che indica anche che sono indicatori affidabili e validi. Per quanto riguarda la varianza esplicata dal questionario, è molto alta, dal momento che raggiunge un valore di 69.88% e tutte le scale del questionario hanno valori vicini o superiori a .50 nella Varianza Media Estratta, e ciò è un indicatore della sua validità di costrutto.

Tabla 4. Proprietà psicometriche del questionario

Scala	***Item***	***Media***	***DT***	***Carico fattorizzato (λ)***	***Affidabilità (α)***	***AVE***	***% Varianza esplicata***
Atteggiamento	Act1	2.56	1.43	.76	.81	.52	32.45
	Act2	2.31	1.38	.79			
	Act3	1.89	1.36	.69			
	Act4	1.24	1.21	.64			
Norma soggettiva	NS1	1.55	0.92	.85	.70	.47	19.73
	NS2	1.33	0.74	.54			
	NS3	1.38	0.91	.62			
Autoefficacia	C1	4.31	1.27	.71	.86	.55	9.41
	C2	4.42	1.15	.82			
	C3	4.15	1.21	.69			
	C4	4.57	1.03	.78			
	C5	4.39	1.18	.72			
Intenzione	D1	1.71	1.19	.91	.94	.83	8.29
	D2	1.61	1.13	.91			
	D3	1.73	1.22	.91			
						Totale	**69.88**

DT: Deviazione Tipica; *AVE*: Varianza Media Estratta (*Average Variance Extracted*)

6 NORME DI APPLICAZIONE E CORREZIONE

La persona che dovrà distribuire i questionari deve stampare **tante copie quanti sono gli studenti** che si prevede **lo compileranno**, nonché **una busta** in cui inserire i questionari raccolti

per aula o gruppo. È importante non mescolare i questionari di diverse aule o gruppi in una stessa busta.

6.1 Protocollo di applicazione

Una volta nell'aula o con il gruppo di giovani e adolescenti, bisogna presentare il questionario sottolineando l'anonimato dello stesso e l'importanza di rispondere con sincerità:

> *"Nel presente questionario si formulano diverse domande sulle vostre opinioni e comportamenti. Le vostre risposte saranno gestite in modo totalmente anonimo, per cui vi preghiamo di rispondere con sincerità. Inoltre non ci sono risposte giuste o sbagliate, si tratta semplicemente di ciò che voi credete".*

Dal momento che il questionario è anonimo, si raccoglieranno informazioni personali (sesso, età, ecc.) ma in nessun caso verrà richiesto di indicare il nome, numero della carta d'identità o altri dati che possano identificare uno studente in particolare.

Prima di raccogliere il questionario bisogna ricordare ai giovani/adolescenti di controllare di aver risposto a tutte le domande. Se durante la distribuzione gli adolescenti/giovani avessero dei dubbi su qualche domanda, la persona che distribuisce il questionario può e deve chiarirli in sede.

6.2 Tempi di applicazione

Si stima che la compilazione del questionario richieda circa 15-20 minuti. Ciononostante bisogna tener conto del fatto che è necessario presentare il questionario, nonché risolvere gli eventuali dubbi che potrebbero sorgere, per cui si consiglia di riservare almeno 30 minuti in totale.

6.3 Norme di correzione e modello Excel per il calcolo automatico dei punteggi

La modalità di correzione di ogni scala è stata presentata nel paragrafo 3 del presente manuale. Per agevolare la correzione, assieme a questo manuale viene fornito un modello Excel che calcolerà direttamente i punteggi individuali per ogni scala, nonché le medie di gruppo. Per questo bisogna compilare correttamente una riga per ogni questionario.

6.3.1 Punteggio

Ad ogni scala corrisponde un punteggio, per cui si otterrà per ogni partecipante un valore di:

A. Atteggiamenti nei confronti della cannabis.
B. Norme soggettive nei confronti della cannabis.
C. Autoefficacia nei confronti dell'astinenza.
D. Intenzionalità al consumare della cannabis.

Al tempo stesso si otterrà anche un punteggio totale per gruppo o aula in tali dimensioni. Per calcolare tali punteggi viene fornito un modello Excel.

6.3.2 Istruzioni per la compilazione del modello Excel

- In primo luogo bisogna inserire i dati nella scheda chiamata "Registro" - una riga per ogni questionario raccolto. La prima riga è un esempio (non è necessario eliminare quei dati dal momento che non verranno tenuti in conto per il calcolo dei risultati).
- Successivamente bisogna consultare i valori calcolati nella scheda "Risultati". Nella colonna Atteggiamento, NS, Autoefficacia e Intenzione appariranno i valori di ogni partecipante individuale. Nelle celle con lo sfondo blu appariranno le medie del totale per gruppo o aula, nelle quattro variabili.
- Nota: è stato previsto un massimo di 100 persone, per cui se i partecipanti fossero di numero maggiore bisognerà utilizzare un nuovo file.

7 INTERPRETAZIONE – LIVELLO

Per ogni Paese è stato elaborato un livello (suddiviso per età) di ciascuno dei punteggi ottenuti: atteggiamenti nei confronti della cannabis, norme soggettive nei confronti della cannabis, autoefficacia nei confronti all'astinenza e l'intenzione di consumare cannabis. I punteggi individuali di una persona, nonché i punteggi medi di un gruppo possono essere confrontati con tale livello per il relativo Paese.

Come si interpreta questo livello? Supponiamo che per una adolescente di 15 anni in Spagna si ottenga un punteggio medio nella scala *A – Atteggiamento* di 2.55 punti. Come indicato nella tabella 7 per tale gruppo di età, il percentile 70 ha un valore 2.50, mentre il percentile 80 ha un valore di 2.75. Pertanto l'adolescente si collocherà tra i due percentili e potremo affermare che circa il 70% dei giovani della sua età hanno un punteggio più basso in termini di atteggiamento o, il che è lo stesso, che questa giovane si colloca all'interno del 30% dei giovani della sua età con un punteggio più alto in un atteggiamento positivo nei confronti del consumo della cannabis.

Vediamo un altro esempio. Un ragazzo di 17 anni ha un punteggio di 1.00 nella scala *D – Intenzione*. Nella tabella 7 si può osservare che per tale gruppo di età in Spagna, i percentili 10, 20, 30, 40 e 50 hanno lo stesso valore: 1.00. Il nostro giovane, pertanto, rientrerà nel percentile 50, vale a dire nella media del gruppo di giovani della sua età (50% dei giovani con minore intenzione di consumare).

Nel caso in cui si distribuisca il presente questionario in un altro Paese, diverso da quelli analizzati (Spagna, Italia, Portogallo e Romania), si può usare come riferimento l'ultima tabella (Tabella 9) relativa a questi quattro Paesi insieme, anche se solo in modo orientativo, dal momento che bisogna tenere conto del fatto che possono esistere differenze rispetto ad altri Paesi e, quindi, non si garantisce che possa essere applicabile. In generale si può osservare che le donne (Tabella 11) presentano una minore intenzione al consumo, atteggiamenti e norme soggettive meno favorevoli nei confronti del consumo, e un'autoefficacia a non consumare simile o leggermente superiore alle stesse variabili rilevate per gli uomini del campione (Tabella 10).

Tabla 5. Livello Spagna

Spagna																
	Atteggiamento				**Norma soggettiva**				**Autoefficacia**				**Intenzione**			
Età	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18
Casi	352	404	275	100	350	403	275	100	351	404	277	101	352	402	276	99
Percentile																
10	0.75	0.80	0.90	0.81	0.73	0.80	0.80	0.80	3.80	3.20	3.24	2.40	1.00	1.00	1.00	1.00
20	1.10	1.20	1.25	1.10	0.87	0.93	0.93	0.93	4.28	4.20	4.00	3.80	1.00	1.00	1.00	1.00
30	1.40	1.45	1.50	1.25	0.95	1.07	1.05	1.00	4.60	4.40	4.40	4.20	1.00	1.00	1.00	1.00
40	1.70	1.70	1.75	1.75	1.00	1.20	1.20	1.23	4.80	4.60	4.60	4.60	1.00	1.00	1.00	1.00
50	1.95	1.95	2.05	2.03	1.20	1.40	1.40	1.40	5.00	4.80	4.80	4.60	1.00	1.00	1.00	1.00
60	2.24	2.20	2.25	2.28	1.27	1.53	1.53	1.67	5.00	5.00	5.00	4.80	1.00	1.33	1.33	1.00
70	2.50	2.50	2.56	2.54	1.47	1.73	1.73	1.91	5.00	5.00	5.00	5.00	1.33	1.67	2.00	2.00
80	2.75	2.80	3.00	3.05	1.79	1.93	1.93	2.20	5.00	5.00	5.00	5.00	1.67	2.47	2.87	4.00
90	3.40	3.40	3.62	4.24	2.19	2.33	2.33	2.67	5.00	5.00	5.00	5.00	3.00	3.67	3.77	5.00

Tabla 6. Livello Italia

Italia																
	Atteggiamento				**Norma soggettiva**				**Autoefficacia**				**Intenzione**			
Età	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18
Casi	505	480	315	187	505	480	315	187	505	480	315	187	505	480	315	187
Percentile																
10	0.75	0.70	0.85	0.70	0.80	0.80	0.87	0.87	3.20	3.40	3.12	3.16	1.00	1.00	1.00	1.00
20	0.95	0.95	1.15	1.00	0.93	0.93	1.00	1.04	4.00	4.00	3.80	3.80	1.00	1.00	1.00	1.00
30	1.19	1.30	1.45	1.37	1.00	1.02	1.20	1.27	4.20	4.20	4.20	4.20	1.00	1.00	1.00	1.00
40	1.45	1.60	1.70	1.70	1.20	1.20	1.33	1.47	4.40	4.60	4.40	4.40	1.00	1.00	1.00	1.00
50	1.75	1.85	2.05	1.95	1.33	1.40	1.53	1.60	4.80	4.80	4.60	4.80	1.00	1.00	1.33	1.33
60	1.98	2.10	2.40	2.39	1.47	1.60	1.67	1.79	4.80	4.80	4.80	4.80	1.33	1.33	2.00	1.67
70	2.25	2.40	2.66	2.80	1.67	1.80	1.93	2.00	5.00	5.00	5.00	5.00	1.67	2.00	2.33	2.33
80	2.60	2.85	3.10	3.25	1.93	2.00	2.20	2.27	5.00	5.00	5.00	5.00	2.33	2.67	3.00	3.00
90	3.17	3.45	3.75	3.86	2.36	2.40	2.56	2.71	5.00	5.00	5.00	5.00	3.00	3.33	4.00	4.33

Tabla 7. Livello Portogallo

Portogallo																
	Atteggiamento				**Norma soggettiva**				**Autoefficacia**				**Intenzione**			
Età	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18
Casi	358	268	213	81	356	270	212	80	359	270	214	80	356	269	214	79
Percentile																
10	0.55	0.65	0.65	0.52	0.73	0.73	0.73	0.80	3.40	2.62	3.20	3.22	1.00	1.00	1.00	1.00
20	0.75	0.90	0.90	1.00	0.87	0.87	0.87	1.00	4.00	3.44	3.80	4.20	1.00	1.00	1.00	1.00
30	0.95	1.30	1.15	1.35	0.93	1.00	0.93	1.00	4.20	4.20	4.20	4.20	1.00	1.00	1.00	1.00
40	1.20	1.63	1.55	1.59	1.00	1.00	1.00	1.27	4.60	4.40	4.40	4.40	1.00	1.00	1.00	1.00
50	1.50	1.80	1.85	1.80	1.07	1.13	1.13	1.40	4.80	4.60	4.60	4.80	1.00	1.00	1.00	1.00
60	1.70	2.15	2.20	1.96	1.20	1.29	1.27	1.53	5.00	4.80	4.80	5.00	1.00	1.00	1.00	1.67
70	2.10	2.40	2.60	2.40	1.40	1.47	1.53	1.60	5.00	5.00	5.00	5.00	1.00	1.33	1.67	2.00
80	2.45	2.76	3.00	3.36	1.60	1.73	1.67	2.00	5.00	5.00	5.00	5.00	1.33	2.00	2.33	3.00
90	3.00	3.50	3.46	3.97	1.87	2.13	2.29	3.27	5.00	5.00	5.00	5.00	2.33	3.33	3.33	4.00

Tabla 8. Livello Romania

Romania																
	Atteggiamento				**Norma soggettiva**				**Autoefficacia**				**Intenzione**			
Età	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18
Casi	411	345	227	144	411	343	228	144	409	346	228	145	409	343	227	145
Percentile																
10	0.55	0.65	0.79	0.65	0.67	0.67	0.70	0.73	2.60	2.60	2.60	2.12	1.00	1.00	1.00	1.00
20	0.90	0.91	1.15	0.80	0.87	0.80	0.87	0.83	4.00	3.80	3.48	3.20	1.00	1.00	1.00	1.00
30	1.25	1.35	1.42	1.35	0.93	1.00	0.93	1.00	4.20	4.20	4.20	3.80	1.00	1.00	1.00	1.00
40	1.55	1.65	1.70	1.65	1.00	1.00	1.00	1.00	4.60	4.60	4.40	4.40	1.00	1.00	1.00	1.00
50	1.85	1.95	2.05	1.83	1.07	1.13	1.20	1.20	4.80	4.80	4.80	4.60	1.00	1.00	1.00	1.33
60	2.15	2.25	2.40	2.35	1.27	1.33	1.33	1.40	5.00	5.00	5.00	4.80	1.00	1.00	1.33	2.00
70	2.50	2.65	2.85	2.75	1.47	1.53	1.55	1.60	5.00	5.00	5.00	5.00	1.33	1.67	2.00	2.40
80	3.00	2.99	3.40	3.05	1.67	1.80	1.80	1.80	5.00	5.00	5.00	5.00	2.00	2.00	2.67	4.00
90	3.50	3.60	3.80	3.95	1.93	2.20	2.14	2.07	5.00	5.00	5.00	5.00	3.00	3.00	3.33	4.47

Tabla 9. Livello globale

Globale																
	Atteggiamento				**Norma soggettiva**				**Autoefficacia**				**Intenzione**			
Età	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18
Casi	1626	1497	1030	512	1622	1496	1030	513	1624	1500	1034	513	1622	1494	1032	510
Percentile																
10	0.65	0.70	0.80	0.70	0.73	0.73	0.74	0.80	3.20	3.00	3.00	2.88	1.00	1.00	1.00	1.00
20	0.90	1.00	1.10	1.00	0.87	0.87	0.93	1.00	4.00	4.00	3.80	3.80	1.00	1.00	1.00	1.00
30	1.20	1.35	1.40	1.35	1.00	1.00	1.00	1.07	4.40	4.20	4.20	4.20	1.00	1.00	1.00	1.00
40	1.46	1.65	1.70	1.65	1.00	1.13	1.20	1.27	4.60	4.60	4.40	4.40	1.00	1.00	1.00	1.00
50	1.75	1.90	2.00	1.90	1.20	1.27	1.33	1.40	4.80	4.80	4.80	4.60	1.00	1.00	1.00	1.00
60	2.05	2.15	2.30	2.25	1.33	1.47	1.53	1.60	5.00	5.00	4.80	4.80	1.00	1.33	1.33	1.67
70	2.35	2.45	2.65	2.65	1.53	1.67	1.73	1.80	5.00	5.00	5.00	5.00	1.33	1.67	2.00	2.33
80	2.70	2.85	3.10	3.22	1.73	1.93	1.93	2.13	5.00	5.00	5.00	5.00	2.00	2.33	3.00	3.33
90	3.26	3.46	3.70	3.95	2.13	2.33	2.40	2.60	5.00	5.00	5.00	5.00	3.00	3.33	3.67	4.67

Tabla 10. Livello globale – Uomini

Globale uomini																
	Atteggiamento				**Norma soggettiva**				**Autoefficacia**				**Intenzione**			
Età	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18
Casi	681	687	532	354	678	685	534	355	676	689	535	355	676	686	534	352
Percentile																
10	0.60	0.70	0.82	0.70	0.67	0.73	0.73	0.80	2.80	2.80	2.80	2.60	1.00	1.00	1.00	1.00
20	0.85	1.00	1.15	1.05	0.87	0.93	0.93	1.00	4.00	3.60	3.80	3.60	1.00	1.00	1.00	1.00
30	1.18	1.40	1.50	1.40	1.00	1.00	1.07	1.13	4.20	4.20	4.20	4.00	1.00	1.00	1.00	1.00
40	1.45	1.65	1.75	1.70	1.07	1.20	1.27	1.33	4.60	4.50	4.40	4.40	1.00	1.00	1.00	1.00
50	1.80	1.90	2.08	1.98	1.20	1.40	1.40	1.47	4.80	4.75	4.60	4.60	1.00	1.00	1.33	1.00
60	2.06	2.25	2.40	2.40	1.40	1.53	1.60	1.67	5.00	4.80	4.80	4.80	1.00	1.33	1.67	2.00
70	2.40	2.60	2.70	2.80	1.60	1.73	1.80	1.87	5.00	5.00	5.00	5.00	1.33	2.00	2.33	2.33
80	2.75	2.97	3.15	3.40	1.87	2.00	2.07	2.19	5.00	5.00	5.00	5.00	2.00	2.67	3.00	3.67
90	3.29	3.75	3.75	4.05	2.27	2.40	2.40	2.67	5.00	5.00	5.00	5.00	3.00	3.67	4.00	5.00

Tabla 11. Livello globale - Donne

Globale donne																
	Atteggiamento				**Norma soggettiva**				**Autoefficacia**				**Intenzione**			
Età	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18	15	16	17	18
Casi	942	807	494	156	941	808	492	156	945	808	495	156	943	805	494	156
Percentile																
10	0.70	0.74	0.75	0.65	0.80	0.79	0.80	0.78	3.40	3.40	3.40	3.14	1.00	1.00	1.00	1.00
20	0.95	1.05	1.05	0.80	0.87	0.87	0.87	0.87	4.00	4.20	4.00	4.00	1.00	1.00	1.00	1.00
30	1.20	1.32	1.35	1.15	1.00	1.00	1.00	1.00	4.40	4.40	4.20	4.40	1.00	1.00	1.00	1.00
40	1.50	1.60	1.60	1.54	1.00	1.07	1.13	1.20	4.60	4.60	4.60	4.60	1.00	1.00	1.00	1.00
50	1.70	1.85	1.95	1.75	1.20	1.20	1.27	1.40	4.80	4.80	4.80	4.80	1.00	1.00	1.00	1.00
60	2.00	2.14	2.25	2.05	1.33	1.40	1.40	1.53	5.00	5.00	5.00	5.00	1.00	1.00	1.33	1.33
70	2.30	2.40	2.65	2.45	1.47	1.60	1.60	1.67	5.00	5.00	5.00	5.00	1.33	1.67	1.67	2.00
80	2.65	2.75	3.05	3.00	1.67	1.87	1.80	1.97	5.00	5.00	5.00	5.00	2.00	2.00	2.67	2.87
90	3.26	3.35	3.65	3.52	2.00	2.21	2.33	2.44	5.00	5.00	5.00	5.00	2.67	3.00	3.67	4.00

8 LINK INTERESSANTI

CAPPYC (*Cannabis Abuse Prevention Program for Young Consumers*): http://cappyc.eu

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): http://www.emcdda.europa.eu/

9 RIFERIMENTI

Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in social psychology. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 20, pp. 1-63). San Diego, CA: Academic Press.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T

Ajzen, I. y Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. En D. Albarracin, B. T. Johnson y M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Armitage, C. J. y Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology, 40*(4), 471-499. doi: 10.1348/014466601164939

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. y Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries.* Recuperado de la página web de ESPAD http://www.espad.org/uploads/espad_reports/2011/the_2011_espad_report_full_2012_10_29.pdf

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)*. Recuperado de la página web del Plan Nacional sobre Drogas http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/8_ESTUDES_2012_Informe.pdf

Morales, J. F., Rebolloso, E. y Moya, M. (1994). Modelos combinatorios del cambio de actitudes. En J. F. Morales, M. Moya, E. Rebolloso, J. M. Fernández-Dols, C. Huici, J. Marqués, D. Páez y J. A. Pérez (Eds.), *Psicología social* (pp. 555-566). Madrid, España: McGraw-Hill.