



RESUMEN CIENTÍFICO-TÉCNICO FINAL PROYECTO INVESTIGACIÓN

EXPEDIENTE: 2018I006

TÍTULO DEL PROYECTO: Análisis de la efectividad de la narración de historias (storytelling) como estrategia para la prevención selectiva del consumo perjudicial y de la dependencia al cannabis en menores infractores.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Isabel María Herrera Sánchez

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (nombre y apellidos del resto del equipo de investigación):

Silvia Medina Anzano

Samuel Rueda Méndez

Rocío Guil Bozal

Violeta Luque Ribelles

José Cuenca Martínez (investigador contratado adscrito al proyecto de investigación)

ENTIDAD BENEFICIARIA Y CENTRO DE INVESTIGACIÓN:

Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

RESUMEN (1) (2):

Diferentes teorías del cambio de conducta ofrecen explicaciones y guías útiles para el cambio de comportamientos de riesgo para la salud. Todas ellas ahondan en un momento crucial de este cambio que es el estado motivacional. En este sentido, investigaciones recientes han señalado cómo las intervenciones basadas en la técnica de narración de historias (Storytelling) pueden potenciar la motivación en el abandono de las conductas de riesgo. Por otra parte, desde los presupuestos de estos modelos de cambio también es necesario generar creencias de capacidad. Generada la creencia de capacidad, se creará la intención de cambio conductual o querer abandonar el hábito. En este sentido, para superar el vacío existente entre intención de cambio y la conducta, y apoyándonos en el Modelo de Acción a favor de la Salud (HAPA) de Schwarzer (1992, 2008), es necesario ayudar a que las personas con problemas por el consumo de drogas elaboren un plan de acción para el cambio y dotarlos de estrategias que le permitan el control del consumo perjudicial. En este estudio se quiere encontrar evidencia empírica con relación al papel que juega la persuasión narrativa en los procesos de cambio de conducta y de manera particular como proceso mediador para incrementar la autoeficacia o creencia de capacidad para no consumir cannabis. La población objeto de este estudio es el colectivo de menores infractores (entre 14 y 18 años) que se encuentran en una situación de riesgo o alto riesgo de consumo perjudicial y de dependencia del cannabis, ya que son más propensos a usar drogas antes, de manera más frecuente o de forma más problemática, lo cual puede facilitar una rápida progresión a problemas más graves de consumo de drogas. El objetivo fue



analizar la efectividad de la técnica narrativa como estrategia de cambio dentro de un programa de prevención selectiva con menores infractores basado en el modelo HAPA. Se empleó un diseño mixto secuencial con dos fases. En la primera fase se desarrolló un estudio cualitativo donde se abordó el fenómeno del consumo de cannabis en colectivos vulnerables desde el análisis de las experiencias personales en torno al consumo perjudicial por parte de los propios menores infractores en centros de internamiento y de los/as profesionales que los atienden. Este acercamiento a la problemática del consumo de cannabis sirvió como base narrativa para la elaboración de los mensajes persuasivos que formaron parte de la intervención desarrollada en la siguiente fase del estudio. Para ello se elaboró un protocolo de intervención en prevención selectiva de cannabis con menores infractores en centros de internamiento y se evaluaron los resultados alcanzados tras la implementación que constituyó la segunda fase cuantitativa del estudio. En esta fase se evaluó la efectividad de la intervención.

ABSTRACT (English):

Different theories of behavior change offer useful explanations and guidelines for changing health risk behaviors. All of them delve into a crucial moment of this change, which is the motivational state. In this sense, recent research has pointed out how interventions based on the storytelling technique can enhance motivation in the abandonment of risk behaviors. On the other hand, from the assumptions of these models of change it is also necessary to generate capacity beliefs. Once the capacity belief is generated, the intention to change behavior or to abandon the habit will be created. In this sense, to overcome the existing gap between intention to change and behavior and based on Schwarzer's (1992) health action process approach, it is necessary to help people with drug use problems to develop an action plan for change and to provide them with strategies that allow them to control harmful use. This study aims to find empirical evidence regarding the role of narrative persuasion in behavior change processes and as a mediating process to increase self-efficacy or belief in the ability of the person to abandon the harmful use of cannabis. The target population of this study is the group of juvenile offenders (between 14 and 18 years old) who are at risk or high risk of harmful use and cannabis dependence, as they are more likely to use drugs earlier, more frequently or in a more problematic way, which can facilitate a rapid progression to more serious drug use problems. The objective was to analyze the effectiveness of the narrative technique as a change strategy within a selective prevention program for juvenile offenders based on health action process approach. A mixed sequential design with two phases was used. In the first phase, a qualitative study was carried out in which the phenomenon of cannabis use in vulnerable groups was approached from the analysis of personal experiences of harmful use by the juvenile offenders themselves in detention centers and the professionals who attend them. This approach to the problem of cannabis use served as a narrative basis for the elaboration of the narrative persuasive messages that formed part of the intervention developed in the next phase of the study. To this end, an intervention protocol for the selective prevention of cannabis use in juvenile offenders in detention centers was developed and the results achieved after implementation were evaluated, which constituted the second quantitative phase of the study. In this phase, the effectiveness of the intervention was evaluated.

PALABRAS CLAVE (3):

Prevención selectiva, cannabis, adolescentes, infractores

KEY WORDS (English):

Selective prevention, cannabis, adolescent, criminal



JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO Y OBJETIVOS:

Entre las conductas de riesgo para la salud destaca el consumo abusivo de sustancias psicoactivas por su impacto negativo en el funcionamiento físico, psíquico y social de las personas (Donovan & Marlatt, 1988), y el colectivo de adolescentes se encuentra entre los grupos más vulnerables a estos efectos adversos. Por esta razón, se reconoce que es un problema de salud pública el consumo de sustancias en adolescentes (Olagunju et al. 2021). Utilizando indicadores mundiales, el cannabis es la sustancia psicoactiva más consumida entre los/as adolescentes. A nivel global, se estima una prevalencia anual del consumo de cannabis del 5,7% en el grupo de edad de 15 a 16, que es la más alta con respecto a otros grupos de edad. Considerando a toda la población, se ha observado un aumento del 18% del consumo de cannabis entre los años 2010 y 2019 y este incremento ha venido acompañado al mismo tiempo de una mayor nocividad de su consumo al introducirse en el mercado productos con niveles más altos de su potencial, circunstancia que contrasta con el dato de que ha disminuido un 40% los adolescentes que perciben el cannabis como una sustancia dañina (UNODC, 2021). Esta tendencia ascendente de la prevalencia del consumo de cannabis se observa también con datos nacionales (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022a). En España los datos más recientes entre estudiantes de 14 a 18 años muestran una prevalencia de quienes han consumido cannabis alguna vez en la vida del 29,3% en hombres y 28% en mujeres, que baja al 15,7% y 14,1% cuando refieren al consumo en los últimos 30 días meses, siendo el 2,1% y 1,1% respectivamente cuando señalan un consumo diario en los últimos 30 días (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022b). Estos datos muestran cómo la experimentación con el cannabis es altamente prevalente entre los/as adolescentes, aunque no tiene por qué derivar en un trastorno por consumo de sustancias (Olagunju et al. 2021).

En el caso de los/as adolescentes involucrados en el sistema de justicia (de ahora en adelante menores infractores), este consumo conlleva un mayor riesgo frente al resto de adolescentes. Se ha observado que estos/as menores se inician en las drogas a edades más tempranas y su consumo es más problemático, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias (Duke et al., 2020; Olagunju et al. 2021; Tolou-Shams et al., 2021). Algunos estudios sitúan la prevalencia del consumo de cannabis en este grupo en torno al 80%, y otros en torno al 50% (Feldstein et al., 2014). En el marco de la justicia española, diferentes estudios realizados con menores infractores señalaron también que el cannabis es la sustancia más consumida entre los/as menores infractores que consumen sustancias psicoativas (Boscà, 2017).

El consumo de sustancias al ser muy extendido entre los/as menores infractores suele vincularse con la conducta delictiva. Se ha visto cómo el aumento de consumo de sustancias está relacionado con la gravedad y duración del comportamiento delictivo (Sales et al., 2018) así como una mayor permanencia en los centros de internamiento (Chassin et al. 2016). La coocurrencia de la conducta delictiva y el consumo de sustancias puede sugerir una relación causal en un sentido o en otro, sin embargo, parece más adecuado adoptar un enfoque bidireccional o relación recíproca entre ambas conductas. Esta reciprocidad se fundamenta principalmente porque ambos comportamientos comparten factores de riesgos precipitantes. Entre estos factores se observan la conducta de consumo y/o delictiva de sus progenitores, la afiliación con iguales desviados, la impulsividad y búsqueda de sensaciones o la práctica de otras conductas externalizantes problemáticas (véase Chassin et al., 2016).

En consecuencia, esta estrecha relación entre el consumo de sustancias con mayor riesgo de desarrollo de trastornos por consumo de sustancias y la carrera delictiva de estos/as menores (más graves cuanto más presencia del consumo de sustancias), revelan la importancia de abordar la problemática del consumo de sustancias y los trastornos por consumo de sustancias dentro del sistema de justicia juvenil.

Las medidas judiciales varían de manera sustancial dependiendo de la gravedad del delito y del problema de drogas con el que se asocia. Una de las que más se aplican son las disposiciones legales



donde los tribunales de menores adoptan medidas específicas para el tratamiento del consumo problemático de drogas de los/as menores infractores en relación con la sanción aplicada. En este caso se aplican regularmente dos medidas: 1) Internamiento terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto. En estos centros se presta atención educativa especializada o tratamiento específico dirigido a personas que sufren trastornos mentales, dependencia del alcohol y las drogas o alteraciones de la percepción que conducen a una grave alteración de su conciencia de la realidad; y 2) Tratamiento ambulatorio. Los/as jóvenes acuden a un centro específico y siguen las pautas marcadas por el/la especialista para el tratamiento adecuado. En un segundo grupo se incluyen medidas de actuación que favorecen la permanencia de los/as menores en entornos familiares con la provisión de programas de desarrollo prosocial con atención a las drogas y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, estas acciones van dirigidas a jóvenes infractores que no presentan una situación muy grave. En un tercer grupo se encuentran los programas basados en la evidencia que se desarrollan en otros entornos institucionales, tales como la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento de reemplazo de la agresión, la transición familiar integrada, la entrevista motivacional o la intervención breve (Clair-Michaud et al. 16; Dembo et al, 2013; Greenwood, 2008).

El encarcelamiento como acción judicial puede ser un momento crucial para la prevención y el tratamiento con adolescentes que entran en una dinámica de consumo perjudicial de sustancias evitando que no progresen en su consumo o abordando de manera más directa los problemas de dependencia en el caso de que se diagnostique en estos/as menores. Aunque ambas estrategias son cruciales, el tratamiento y la rehabilitación parecen predominar en estos contextos, siendo más escasas las acciones preventivas.

La prevención no es una alternativa al tratamiento, sino que es anterior a las medidas terapéuticas o de reducción de los daños. Requiere una fuerte coordinación entre los servicios judiciales y los diversos recursos de la comunidad (servicios sociales, servicios de salud, centros educativos, etc.), aunque esto sea complicado (Nissen & Pearce, 2011). A pesar de estas dificultades, es fundamental recordar que el sistema judicial se encuentra en un contexto de primer orden no sólo para la prestación de servicios de tratamiento a las personas internadas con problemas de drogas, sino también para la prevención selectiva (EMCDDA, 2003), intervención que se aplica en contextos (o áreas) identificados como de riesgo con grupos vulnerables específicos. Esta perspectiva evita un "enfoque demasiado individual y patológico" en las aproximaciones cercanas a la terapia o incluso la prevención indicada que se centra en factores de vulnerabilidad específicos que actúan a nivel individual.

La población objeto de este estudio es el colectivo de menores infractores (entre 14 y 18 años) que se encuentran en una situación de riesgo o alto riesgo de consumo perjudicial y de dependencia del cannabis. Hemos seleccionado esta población diana basándonos en la directriz europea del Consejo de 26 de marzo de 2003, que señala la necesidad de centrar la prevención en jóvenes en el desarrollo de estrategias y programas de prevención selectiva. En este sentido entendemos la prevención selectiva como aquella prevención dirigida a adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad quienes, aun no siendo identificados como grupos con problemas específicos, pertenecen a un perfil sociodemográfico y poseen factores de riesgo que incrementan su susceptibilidad al consumo y abuso de sustancias adictivas lo que aumenta su riesgo de desarrollar problemas de dependencia. Como ya se ha señalado, la población de menores infractores es considerada como un grupo vulnerable al consumo, ya que son más propensos a usar drogas antes, de manera más frecuente o de forma más problemática, lo cual puede facilitar una rápida progresión a problemas más graves de consumo de drogas (EMCDDA, 2008). En definitiva, la prevención juega un papel fundamental para evitar el desarrollo de trayectorias vitales vinculadas al delito y al consumo.

Diferentes teorías del cambio de conducta como la Teoría de la Autoeficacia (Bandura, 1997), la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991), el Proceso de Acción a Favor de la Salud-HAPA (Schwarzer, 1992, 2008) y el Modelo Transteórico (Prochaska et al., 1992) se han mostrado como posibles explicaciones del proceso de cambio de conducta de personas que consumen de forma



perjudicial o abusiva cannabis, bien para que no consuman o con el fin de lograr un consumo controlado (Medina-Anzano et al., 2021). Estos modelos explicativos del comportamiento de salud coinciden en señalar que, en un primer momento, es necesario motivar a las personas que tienen un consumo perjudicial para que se planteen modificar su conducta, generando percepciones de riesgo que aumenten la vulnerabilidad percibida a tener problemas de salud si continúan con su pauta de consumo y, que les hagan percibir que las consecuencias negativas de continuar consumiendo de forma perjudicial. Existe evidencia de que las intervenciones basadas en la técnica de narración de historias (Storytelling) pueden potenciar la motivación en el abandono de las conductas de riesgo (Hinyard & Kreuter, 2007; Moghadam et al., 2016; Moyer-Gusé, 2008). En particular, la técnica narrativa ayuda a normalizar ciertas conductas por lo que pueden incrementar la motivación para la búsqueda de ayuda, el tratamiento y la recuperación. De este modo, las características que proyectan las narrativas pueden influir en procesos de cambio de actitudes, creencias y cambios de conductas. Factores como el atractivo de la historia, la raíz cultural de los personajes, los eventos o el lenguaje, permiten una mayor identificación con el personaje o el/la narrador/a, generando una mayor disposición para el cambio de conducta (Gubrium et al., 2014; Moyer-Gusé, 2008). Si la historia de quien escucha encuentra elementos comunes con la historia narrada puede generar una mayor receptividad de otros aspectos del programa en el que participe (Strobbe & Kurtz, 2012).

Por otra parte, desde los presupuestos de estos modelos también es necesario generar creencias de capacidad. La literatura científica actual considera la autoeficacia como una de las variables psicosociales con mayor poder explicativo y predictivo de la conducta de salud de las personas (León & Medina, 2002). Generada la creencia de capacidad, se creará la intención de cambio conductual o querer abandonar el hábito. Ahora bien, para superar el vacío existente entre intención de cambio y la conducta, y apoyándonos en el Modelo HAPA (Schwarzer, 1992, 2008; Schwarzer & Hamilton, 2020), es necesario ayudar a que las personas con problemas por el consumo de drogas elaboren un plan de acción para el cambio y dotarlos de estrategias que le permitan el control del consumo perjudicial. Por ello, en este estudio se quiere encontrar también evidencia empírica sobre el papel de la persuasión narrativa como proceso mediador para incrementar la autoeficacia para el abandono del consumo, y en consecuencia para aumentar la probabilidad de generar la intención de no consumir cannabis. Este proceso mediador se sustenta sobre la base de que en estas historias existen componentes que se identifican también desde la teoría sociocognitiva como potenciadores de la autoeficacia, que son el modelado, las experiencias de éxito y la persuasión verbal (Bandura, 1997). Por ello, cabe esperar la influencia de la exposición a estas historias sobre la autoeficacia.

La meta del proyecto ha sido comprobar la efectividad de la técnica de narración de historias en la prevención del consumo de cannabis en menores infractores que comienzan a experimentar con esta sustancia evitando que el consumo actual no derive en consumo perjudicial, y en la prevención de la dependencia al cannabis en menores infractores que ya manifiestan consumo perjudicial para que reduzcan este patrón de consumo.

De manera específica se establecieron los siguientes objetivos de investigación:

1. Determinar los perfiles psicosociales de riesgo de consumo de cannabis en menores infractores adoptando una perspectiva de género.
2. Conocer historias de jóvenes que muestran sus experiencias de consumo, las consecuencias perniciosas que han padecido y los esfuerzos y logros que les han permitido adquirir un mayor control de su consumo.
3. Desarrollar una herramienta con soporte digital y escrito dirigida a los/as menores infractores en situación de riesgo y alto riesgo de consumo de cannabis que muestren diferentes narrativas de consumo (storytelling), ofreciendo una visión realista, creíble y contextualizada de los mensajes de salud que transmiten estas historias.
4. Desarrollar un protocolo de intervención que incorpore la herramienta audiovisual y el trabajo en grupos psicoeducativos con menores infractores.
5. Evaluar la efectividad de la intervención en la que se establecieron las siguientes hipótesis del estudio:



1. Los/as menores infractores en situación de internamiento expuestos a las narrativas de consumo de cannabis de personas con características psicosociales similares obtendrán puntuaciones altas en la identificación con el modelo y su historia de consumo (transporte narrativo).
2. No se esperan diferencias significativas de género en la identificación con el modelo y su historia de consumo al exponerse cada uno de ellos/as al visionado de modelos referentes de su propio género.
3. Comparado con los/as menores infractores en situación de internamiento que no hayan recibido la intervención, los/as menores infractores que reciben la intervención obtendrán puntuaciones significativamente más altas en percepción del riesgo del consumo perjudicial de cannabis, autoeficacia percibida para la intención de reducir el consumo, intención para reducir el consumo de cannabis, desarrollo de un plan de acción para la reducción de consumo perjudicial y autoeficacia de rechazo.
4. La intención de consumo tras la intervención estaría explicada por los factores de identificación y transporte, percepción del riesgo del consumo perjudicial de cannabis, autoeficacia percibida para la intención de reducir el consumo, desarrollo de un plan de acción para la reducción de consumo perjudicial y autoeficacia de rechazo.
5. El grado de implementación de la intervención (adherencia, exposición, adecuación, implementación) moderará los cambios producidos en la intención de consumo.
6. La percepción del riesgo, autoeficacia y su interacción promoverán una predisposición al cambio (intención y plan de acción) que perdurará en la evaluación de seguimiento de la intervención.
7. La autoeficacia para iniciar el plan de acción, la autoeficacia de rechazo y su interacción influirán en el mantenimiento del plan de acción en el seguimiento de la intervención.

METODOLOGÍA Y DESARROLLO DEL PROYECTO:

Planteamiento global metodológico

Se adoptó un diseño mixto secuencial (Creswell 2002, 2009), con dos fases de estudio claramente identificadas. En la primera fase se desarrolló un estudio cualitativo donde se abordó el fenómeno del consumo de cannabis en colectivos vulnerables desde el análisis de las experiencias personales en torno al consumo perjudicial por parte de los/as menores infractores en centros de internamiento y de los/as profesionales que los atienden. Este acercamiento a la problemática del consumo de cannabis sirvió como base narrativa para la elaboración de los mensajes persuasivos narrativos que formaron parte de la intervención desarrollada en la siguiente fase del estudio. Para ello se elaboró un protocolo de intervención en prevención selectiva de cannabis en menores infractores en centros de internamiento y se evaluaron los resultados alcanzados tras la implementación que constituyó la segunda fase cuantitativa del estudio.

Participantes

A continuación, se indican los/as participantes o, en su caso, la muestra seleccionada, para cada una de las fases programadas en el estudio.

Participantes del estudio cualitativo (primera fase).

- Profesionales que atienden a menores infractores. Se entrevistaron a dos grupos de profesionales: profesionales de los centros de tratamiento de adicciones (CTA) y profesionales de los Centros de Internamiento de Menores Infractores (CIMI). Previamente se celebraron sesiones informativas del proyecto con las personas responsables y el equipo de profesionales. También se concertaron reuniones por videoconferencia con las personas responsables de los CIMIs que participan en el estudio con el objetivo de presentar el proyecto y programar la fase de trabajo de campo que se llevarían a cabo en estos centros. Todas las entrevistas realizadas con los/as profesionales bajo consentimiento informado



fueron transcritas siguiendo un protocolo específico de transcripción diseñado de manera específica para este estudio.

- Participantes en las historias de vida del consumo de cannabis y dependencia. Se realizó un muestreo teórico con los siguientes criterios de inclusión: menores infractores que en el momento del estudio se encontraban en la fase de salida del centro de internamiento, hayan sido usuarios de un servicio de tratamiento de drogodependencias, incluyendo el cannabis entre las principales sustancias de consumo y que en el momento del estudio hayan logrado una estabilización en su proceso terapéutico. Entre sus antecedentes deben haberse identificado la carencia de factores de protección en el momento de inicio de su tratamiento y presencia de factores de riesgo o alto riesgo de consumo de sustancias con especial incidencia en el consumo de cannabis (por ejemplo, antecedentes familiares de dependencia; familias desestructuradas; privación social del entorno; reincidencia de consumo). Todas las entrevistas realizadas con los/as menores infractores requirieron el consentimiento informado tanto de los/as menores como de sus responsables legales, también se notificó a los juzgados de menores correspondientes la realización de este estudio. Las entrevistas se transcribieron siguiendo un protocolo específico de transcripción diseñado de manera específica para este estudio.

Participantes del estudio cuantitativo (segunda fase).

- Muestra de menores en centros de internamiento. El estudio se llevó a cabo en los tres CIMIs de la provincia de Sevilla y los dos CIMIs de la provincia de Cádiz. Para el reclutamiento se utilizó un muestreo intencional en el que se contemplaron los siguientes requisitos de inclusión: a) haber consumido cannabis (marihuana o hachís) antes de entrar en el CIMI, ya sea de forma experimental o abusiva; b) haber superado la fase de observación en el CIMI acorde al Decreto 98/2015, de 3 de marzo; c) quienes se encuentren en cualquier tipo de régimen (cerrado, semiabierto o abierto), con medidas cautelares o que dispongan de sentencia firme; y d) hayan accedido de manera voluntaria a la participación del estudio. Los criterios de exclusión fueron: a) que presenten un trastorno mental o cualquier otro tipo de trastorno psicopatológico diagnosticado, b) que en el momento del estudio manifiesten algún tipo de comportamiento disruptivo, antisocial o de tipo desafiante que a criterio del equipo técnico del centro pudiera dificultar su participación en el estudio. Se planificaron tres fases de reclutamiento (cohortes) al ser una población de la que no se puede disponer en su totalidad en un momento puntual. El primer periodo de reclutamiento tuvo lugar entre los meses de septiembre y octubre de 2021, el segundo periodo entre los meses de febrero y marzo de 2022 y el tercero en el mes de junio de 2022. También fue necesario el consentimiento informado de los/as menores y de sus responsables legales y notificación a los juzgados de menores.

Instrumentos

Fase cualitativa:

- Entrevistas a profesionales. Para el desarrollo de las entrevistas con los/as profesionales se diseñaron dos protocolos de entrevistas, uno para profesionales de CTA y un protocolo de entrevista para profesionales de los CIMIs. Estas entrevistas tenían como finalidad identificar los perfiles de riesgo y alto riesgo de consumo de cannabis en colectivos vulnerables, así como de los principales recursos y servicios existentes. Estos protocolos se revisaron en mayo de 2020 para incorporar información acerca del impacto del COVID-19 en la dinámica de estos centros y en los/as menores.
- Entrevistas de historias de vida. Se diseñó un protocolo de entrevista de historia de vida a menores infractores, que contiene dos formatos de entrevista: la primera de ellas se basa en el protocolo de entrevistas de historias de vida McAdams (1995) y la segunda en la entrevista episódica de Flick (2012). Se diseñaron con la finalidad de que se pudiera analizar toda la trayectoria del consumo de cannabis y su experiencia de cambio en un CIMI.



Fase cuantitativa:

- Para la evaluación de resultados se revisaron y adaptaron, en su caso, los instrumentos de medida para las evaluaciones pretest, posttest, y seguimiento. Acorde a las hipótesis planteadas se utilizaron las siguientes medidas e instrumentos: preguntas sociodemográficas (género, edad, residencia) y edad de inicio del consumo de cannabis; escala Cannabis Abuse Screening Test-CAST (adaptación española de Klempova et al., 2009); Percepción del riesgo de consumo de cannabis (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs- ESPAD), expectativas de resultados (ad hoc), autoeficacia no consumo de cannabis (adaptado de Schwarzer et al., 2003), intención de evitar consumo de cannabis (adaptado de Schwarzer et al., 2003), plan de acción (adaptado de Schwarzer et al., 2003), autoeficacia rechazo consumo cannabis (Cannabis Refusal SelfEfficacy Questionnaire-CRSEQ, adaptado de Young et al., 2012), la escala de identificación con el personaje (adaptación de Tal-Or & Cohen, 2010), transporte narrativo (Escala Transportation Scale-Short Form, Appel et al, 2015) y listado de pensamientos. Las escalas adaptadas requirieron la autorización previa de sus autores.
- Para el estudio de la implementación de la intervención se elaboró una ficha de control que se utilizó durante el programa para obtener los indicadores de adherencia, exposición y adecuación.

Procedimiento

Para el desarrollo del estudio en los CIMIs se requirió la firma de un convenio entre la Universidad de Sevilla y la Consejería de Turismo, Regeneración, Justicia y Administración local de la Junta de Andalucía. En el caso de las entrevistas a profesionales de los Centros de Tratamiento de las Adicciones (CTA), al ser de gestión provincial (diputaciones), se contactaron con los responsables provinciales en las dos provincias donde se desarrolla el estudio (Cádiz y Sevilla) y se obtuvieron sendos permisos para acceder a estos centros.

Una vez realizadas y analizadas las entrevistas con el equipo de profesionales y con los/as menores infractores, el equipo de investigación procedió a elaborar el material que serviría como herramienta de persuasión narrativa en la intervención posterior con los/as menores infractores. Concretamente se elaboraron dos historias ficticias de menores infractores que mostraban una conducta de transición de la conducta de riesgo a la conducta de salud que van desde el inicio del consumo de cannabis y escalada, ingreso en el CIMI y adopción de planes de acción posterior a la intención de no continuar con el consumo de cannabis una vez salgan del centro. Estas dos historias ficticias debían tener una perspectiva de género. Se crearon dos personajes ficticios *Laura* y *Manu* que contaban de manera testimonial sus historias personales siguiendo un guion pautado acorde al modelo HAPA; con cada uno de estos personajes se muestra también del testimonio del/la profesional de la psicología que había acompañado a estos menores en sus trayectorias de cambio. En una primera fase de la creación de estos mensajes persuasivos narrativos se elaboró una plantilla con la síntesis de la información recogida disponible en el momento del inicio de esta actividad (perfiles de menores infractores). De esta primera información se elaboró una primera versión de los guiones de las historias de vidas ficticias de menores infractores que consumen cannabis (storytelling) donde se concretaron la trama, los personajes y los escenarios que contendrían cada una de las historias. Con esta primera versión escrita se realizó una primera consulta a los/as profesionales que trabajan con menores infractores que originó una segunda versión del guion, siendo sometida de nuevo a evaluación. En el proyecto inicial estaba previsto realizar la revisión a partir de un estudio con grupos focales. Debido a las restricciones de acceso a los CIMIs se adaptó el diseño para que se realizara de forma individual a través de una encuesta en Google Forms. El análisis de las respuestas a este cuestionario confirmó que el guion estaba sustentado a la teoría de cambio del Modelo HAPA al mismo tiempo que la línea argumental desarrollada en cada uno de los guiones favorecía el realismo percibido, la identificación con los personajes y el transporte narrativo. Se introdujeron algunas adaptaciones al guion recogiendo las sugerencias de los/as profesionales que participaron en la validación. Para la elaboración de la herramienta audiovisual donde están insertadas estas narrativas



a modo de cortometrajes, se contrataron los servicios técnicos encargados de la grabación y edición del material audiovisual y la agencia para la contratación de actores que representarían los personajes ficticios creados para este material persuasivo. En estas reuniones entre el equipo investigador y el equipo técnico audiovisual se discutieron la forma de adaptar el lenguaje narrativo al lenguaje audiovisual con carácter previo a la grabación de los cortometrajes. Para la grabación de los escenarios donde tendrían lugar estas historias se intentó que fuesen lo más realistas posibles (en los propios CIMIs), pero debido a los protocolos de seguridad COVID de los centros coincidiendo con la Pandemia COVID-19, el rodaje se trasladó a dos espacios diferentes. Se utilizó una sala de la Facultad de Psicología de la US para la grabación del monólogo de los profesionales mientras que la grabación de los protagonistas que interpretaban a dos menores infractores tuvo lugar en el Albergue Inturjoven Sevilla de la Junta de Andalucía intentando que los escenarios fuesen lo más realistas posibles. Todas las grabaciones tuvieron lugar en marzo de 2021.

Posteriormente se elaboró un protocolo de intervención en prevención selectiva de menores infractores que se encuentran en los CIMIs para el estudio de su efectividad.

Para el trabajo de campo se contactaron de nuevo con los responsables de los CIMIs que participaron en las fases anteriores del estudio donde se explicó el contenido del protocolo de intervención y de manera particular los criterios de inclusión/exclusión de las personas participantes al estudio dado que ellos/as se encargarían del reclutamiento de los/as participantes. También fue necesario el consentimiento informado de los/as menores y de sus responsables legales y notificación a los juzgados de menores.

En el estudio de la efectividad de la intervención se aplicó de un diseño cuasiexperimental de cohortes que contemplaba una evaluación pretest, evaluación posttest y seguimiento con tres medidas a los 3 meses (seguimiento 1), a los 6 meses (seguimiento 2) y a los 12 meses (seguimiento 3). Sin embargo, por las razones expuestas más arriba, el estudio de campo no se pudo iniciar hasta septiembre de 2021, por lo que no se pudieron llevar a cabo los seguimientos 2 y 3.

Modelo lógico del programa (protocolo de intervención)

Acorde a los objetivos del estudio se elaboró un modelo lógico de intervención donde se explicitan los objetivos de cambio, los objetivos operativos, así como las estrategias y actividades que se derivan de estos objetivos. Véase el cuadro 1.

La intervención consistió en una sesión de una duración aproximada de 150 minutos que se realizó preferentemente en horario de tarde. La intervención estaba dirigida por dos miembros del equipo de investigación con roles diferentes según se realice la intervención grupal/individual. En las actividades grupales (actividades 1, 2 y 3) uno/a asumía el rol de aplicador/a que presentaba la sesión grupal y se encargaba de la dinamización del grupo mientras que su colega se encargaba de cumplimentar la ficha de control de las actividades grupales. Cada grupo estaba conformado entre 4 y 6 participantes. En las actividades 4 y 5, cada uno/a de los/as investigadores trabajaba de manera individualizada con cada menor y cumplimentaba la ficha de control de estas actividades. La intervención tiene perspectiva de género, las trayectorias de adicción de hombres y mujeres son diferentes, por ello, como material para el storytelling se elaboraron dos guiones distintos para trabajar con menores, buscando una mayor identificación con los personajes. En consecuencia, los grupos conformados en la intervención también se diferenciaron por sexo.



Cuadro 1. Modelo lógico de intervención

OE1. Reducir la resistencia al mensaje persuasivo. Indicadores: Identificación con el/la protagonista, transporte narrativo, y contraargumentos al mensaje.		
OO1. Proporcionar mensajes persuasivos en formato narrativo que favorezcan la identificación con el/la protagonista, el transporte en la historia y la reducción de la contraargumentación.	Estrategia	Actividades y duración
	Storytelling	1. Presentación sesión (10') 2. "El relato de..." (30')
OE2. Incrementar la percepción del riesgo, expectativas de resultados y autoeficacia. Indicadores: Percepción del riesgo, expectativas de resultados y autoeficacia.		
OO2. Favorecer la comprensión y aceptación de los mensajes persuasivos con apoyo de información, modelado y persuasión verbal. OO3. Abordar las percepciones de riesgos, expectativas de resultados y la autoeficacia mediante información, modelado y persuasión verbal.	Estrategia	Actividad
	Discusión de los contenidos del storytelling	3. Análisis de la narrativa (50')
OE3. Incrementar la intención de evitar consumir de cannabis. Indicador: intención de reducción del consumo de cannabis. OE4. Adquirir la capacidad para desarrollar un plan de acción y de afrontamiento. Indicadores: plan de acción, autoeficacia para el rechazo del cannabis.		
OO4. Instruirlas para que establezcan un plan de acción personal. OO5. Desarrollar de forma individual un plan que pueda conducir la acción de no consumir cannabis tras salir del centro, reforzando las expectativas de resultados y autoeficacia. OO6. Anticipar situaciones de riesgo o barreras que faciliten el consumo de cannabis. OO7. Reflexionar sobre estrategias de afrontamiento útiles o búsqueda de recursos que puedan utilizarse ante cada una de las situaciones de riesgo o barreras que puedan aparecer ante el consumo.	Estrategia	Actividades
	Implementando intenciones	4. "Mi plan de acción" (45') 5. Cierre (15')

OE-Objetivos específicos: se especifican los resultados que se quieren alcanzar.

OO- Objetivos operativos: se especifican las acciones que deben realizarse para lograr los cambios deseados.

Consideraciones éticas

Para la realización del estudio cualitativo se obtuvo el Dictamen Favorable del Comité de Ética de Investigación de la Junta de Andalucía con fecha del 24/03/2019, y para el estudio cuantitativo se obtuvo el Dictamen Favorable del Comité de Ética de Investigación de la Junta de Andalucía con fecha del 28/06/2021.



PRINCIPALES RESULTADOS:

A continuación, se detallan los resultados acordes con los objetivos del estudio.

Objetivo 1. Determinar los perfiles psicosociales de riesgo de consumo de cannabis de menores infractores adoptando una perspectiva de género.

Los análisis cualitativos mostraron un perfil de menores infractores que consumen sustancias muy heterogéneo. No obstante, al mismo tiempo que se diversifica, también se normaliza este perfil resaltando la presencia de algunos perfiles alejados de los entornos marginales. En lo que se refiere al consumo de cannabis se caracterizan por un consumo precoz y con escalada de consumo. Son perfiles también diversos en cuanto a la gravedad: desde quienes están experimentando hasta los más deteriorados con problemas de adicción. Son menores con problemas de autoestima, una baja tolerancia a la frustración, actitudes desafiantes, falta de motivación (síndrome amotivacional), impulsividad, carencia de habilidades sociales, conducta agresiva (accesos de ira no controlada), con dificultades de concentración (o hiperactividad). Presentan dificultades para seguir los estudios. Entre los/as menores que presentan una mayor problemática aparecen problemas de comorbilidad, con síntomas de psicosis asociadas al consumo (psicosis cannábica) o trastornos antisociales. En lo que se refiere al género los/as profesionales observan patrones específicos en lo que se refiere a la accesibilidad (las mujeres acuden menos a los CTA), o gravedad asociada al consumo, cuando entran en el centro vienen con un perfil más deteriorado. También observan roles masculinos y femeninos muy marcados entre estos/as menores.

Objetivo 2. Conocer historias de jóvenes que muestran sus experiencias de consumo, las consecuencias perniciosas que han padecido y los esfuerzos y logros que les han permitido adquirir un mayor control de su consumo.

El análisis de las historias de vida permitió realizar una cronología de los acontecimientos relacionados con el consumo y su paso por el centro: (a) Antes de la entrada en el centro de menores infractores; (b) Durante la estancia en el centro de menores y; (c) Al salir del centro de menores. Antes de entrar en el centro, se analiza el inicio del consumo, las relaciones familiares, la frecuencia, nivel de consumo y situación de salud, así como eventos clave. Para el momento del paso por el centro de menores se analiza, para el caso de ellas, los motivos para dejar de consumir y/o consecuencias de dejar de consumir en el marco del centro de menores, la visión del centro de menores y la visión de las drogas. En ellos se analizan las circunstancias en las que se produjo la entrada en el centro, y, los cambios habidos durante el internamiento en los centros. Por último, estos/as reconocen sus planes de futuro para cuando tenga lugar la salida en libertad del centro de menores infractores.

Objetivo 3. Desarrollar una herramienta con soporte digital y escrito dirigida a los/as menores infractores en situación de riesgo y alto riesgo de consumo de cannabis que muestren diferentes narrativas de consumo (storytelling), ofreciendo una visión realista, creíble y contextualizada de los mensajes de salud que transmiten estas historias.

Este material audiovisual se pudo validar con el equipo de profesionales que trabajan con estos menores en los CIMIs a partir de un cuestionario. El análisis de las respuestas a este cuestionario confirmó que el guion estaba sustentado en el Modelo HAPA al mismo tiempo que la línea argumental desarrollada en cada uno de los guiones favorecían el realismo percibido, la identificación con los personajes y el transporte narrativo (factores considerados intervinientes en la persuasión persuasiva).

Objetivo 4. Desarrollar un protocolo de intervención que incorpore la herramienta audiovisual y el trabajo en grupos psicoeducativos con menores infractores.

Se diseñó un protocolo de intervención en prevención selectiva de menores infractores sustentado en dos premisas básicas: 1) Si se quiere utilizar la técnica narrativa como estrategia de persuasión,



debe estar fundamentada en teorías que expliquen el cambio de conducta (Petraglia, 2007). 2) Para ello, y apoyándonos más específicamente en el Modelo HAPA (Schwarzer, 1992, 2008; Schwarzer & Hamilton, 2020) es necesario ayudar a que las personas con problemas por el consumo de drogas elaboren un plan de acción para el cambio y dotarlos de estrategias que le permitan el control del consumo perjudicial.

Objetivo 5. Evaluar la efectividad de la intervención. Se sometieron a prueba las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Los/as menores infractores en situación de internamiento expuestos a las narrativas de consumo de cannabis de personas con características psicosociales similares obtendrán puntuaciones altas en la identificación con el modelo y su historia de consumo (transporte narrativo).

H1.1.: Según el tipo de infracción

Tabla 1.
Comparación según los tipos de infracción en el factor de identificación

Variable dependiente	(I) Tipo infracción	(J) Tipo infracción	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
Identificación	HSD Tukey	Contra el patrimonio y el orden socioeconómico	Contra la libertad e indemnidad sexuales	.810	2,653	1,000	-6,93	8,54
			Lesiones	.833	2,814	1,000	-7,37	9,04
			Más de una infracción	1,750	1,816	.928	-3,55	7,05
		Contra la libertad e indemnidad sexuales	Violencia Doméstica	-1,074	1,769	.990	-6,23	4,08
			Otros	-2,833	2,814	.914	-11,04	5,37
			Lesiones	.024	3,382	1,000	-9,84	9,88
		Lesiones	Más de una infracción	.940	2,611	.999	-6,67	8,55
			Violencia Doméstica	-1,884	2,578	.978	-9,40	5,63
			Otros	-3,643	3,382	.889	-13,50	6,22
		Más de una infracción	Más de una infracción	.917	2,775	.999	-7,17	9,01
			Violencia Doméstica	-1,907	2,744	.982	-9,91	6,09
			Otros	-3,667	3,510	.901	-13,90	6,57
		Violencia Doméstica	Violencia Doméstica	-2,824	1,705	.564	-7,80	2,15
			Otros	-4,583	2,775	.567	-12,67	3,51
			Otros	-1,759	2,744	.987	-9,76	6,24

Tabla 2.
Comparación según los tipos de infracción en el factor de transporte narrativo

Variable dependiente	(I) Tipo infracción	(J) Tipo infracción	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
Factor Transporte	HSD Tukey	Contra el patrimonio y el orden socioeconómico	Contra la libertad e indemnidad sexuales	3,714	3,301	.870	-5,91	13,34
			Lesiones	1,143	3,502	.999	-9,07	11,35
			Más de una infracción	3,601	2,260	.605	-2,99	10,19
		Contra la libertad e indemnidad sexuales	Violencia Doméstica	1,476	2,201	.985	-4,94	7,89
			Otros	.643	3,502	1,000	-9,57	10,85
			Lesiones	-2,571	4,208	.990	-14,84	9,70
		Lesiones	Más de una infracción	-.113	3,249	1,000	-9,59	9,36
			Violencia Doméstica	-2,238	3,208	.982	-11,59	7,12
			Otros	-3,071	4,208	.978	-15,34	9,20
		Más de una infracción	Más de una infracción	2,458	3,453	.980	-7,61	12,53
			Violencia Doméstica	.333	3,414	1,000	-9,62	10,29
			Otros	-.500	4,367	1,000	-13,23	12,23
		Violencia Doméstica	Violencia Doméstica	-2,125	2,122	.916	-8,31	4,06
			Otros	-2,958	3,453	.956	-13,03	7,11
			Otros	-.833	3,414	1,000	-10,79	9,12

Según la prueba de Tukey, tanto el nivel de identificación con el modelo como el transporte narrativo generado por la herramienta narrativa son independientes de los distintos tipos de infracción cometidos por los/las menores.



H1.2.: Según la medida de internamiento

Tabla 3.

Comparación según la medida de internamiento en el factor de identificación

Variable dependiente	(I) Medida de Internamiento	(J) Medida de Internamiento	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Factor Identificación	HSD Tukey	Semiabierto	,188	2,705	,997	-6,27	6,64
		Cerrado	-2,701	1,554	,197	-6,41	1,01
		Cerrado	-2,889	2,944	,591	-9,91	4,14

Tabla 4.

Comparación según los tipos de infracción en el factor de transporte narrativo

Variable dependiente	(I) Medida de Internamiento	(J) Medida de Internamiento	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Factor Transporte	HSD Tukey	Semiabierto	-2,972	3,458	,667	-11,22	5,28
		Cerrado	-2,561	1,987	,405	-7,30	2,18
		Cerrado	,411	3,765	,993	-8,57	9,39

Interpretación: Según la prueba de Tukey, tanto el nivel de identificación con el modelo como el transporte narrativo generado por la herramienta narrativa son independientes del tipo de medida de internamiento que tengan los/las menores.

H1.3.: Según meses de estancia

Tabla 5.

Correlaciones de Pearson entre el factor de identificación y el factor de transporte narrativo con el tiempo de estancia en el centro (en meses)

		Meses de estancia	Factor Identificación	Factor Transporte
Meses de estancia	Correlación de Pearson	1	,011	-,026
	Sig. (bilateral)		,918	,810
	N	88	88	88
Factor Identificación	Correlación de Pearson			,720**
	Sig. (bilateral)			,000
	N			93

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación: Según la prueba de correlación de Pearson, el factor de identificación con el/la personaje presentado en la herramienta y el transporte narrativo generado por la historia correlacionan de manera significativa ($r = .720$; $p < .01$). Sin embargo, ninguno de estos factores correlaciona de manera significativa con el tiempo de estancia de los/las menores en el centro.

H1.4.: Según si ha tenido permiso

Tabla 6.

Prueba T de comparación de medias del factor de identificación y el factor de transporte en función de si los/as menores ha tenido permisos fuera del centro

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Factor Identificación	Se asumen varianzas iguales	3,719	,057	,993	86	,324	1,317	1,327	-1,321	3,955
	No se asumen varianzas iguales			,932	56,511	,355	1,317	1,413	-1,512	4,146
Factor Transporte	Se asumen varianzas iguales	3,516	,064	3,062	86	,003	4,763	1,555	1,670	7,855
	No se asumen varianzas iguales			2,956	62,316	,004	4,763	1,611	1,543	7,983

Interpretación: Según la prueba T de contraste de medias del factor de identificación y el factor de transporte en función de si los/as menores han tenido permisos fuera del centro, comprobamos que aquellas personas que han disfrutado de algún permiso se han dejado llevar menos por la historia (factor de transporte) que aquellos que no han tenido dicho permiso ($t = 3,062$; $p < .01$). Esto se puede deber a que en el video se mostraba al protagonista relatando una situación de recaída en una salida y, muchos de los/as menores saben las consecuencias negativas que eso tiene y afirmaban que esa



conducta no era muy creíble.

Sin embargo, no existen diferencias significativas entre ambos grupos de personas para el factor de identificación, por lo que podemos afirmar que ambos se han identificado por igual.

H1.5.: Según edad

Tabla 7.

Correlaciones de Pearson entre el factor de identificación y el factor de transporte narrativo con la edad

		Factor Identificación	Factor Transporte	Edad
Factor Identificación	Correlación de Pearson	1	,720**	,139
	Sig. (bilateral)		,000	,188
	N	93	93	91
Factor Transporte	Correlación de Pearson			,250*
	Sig. (bilateral)			,017
	N			91

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Interpretación: La prueba de correlación de Pearson entre el factor de identificación y el factor de transporte con la edad nos indica que las personas de más edad tuvieron unos niveles de transporte narrativo significativamente mayores ($r = .250$; $p < .05$). Por otro lado, no se encontró relación entre la identificación con el modelo del video y la edad.

H.1.6.: Según procedencia

Tabla 8.

Prueba T de comparación de medias del factor de identificación y el factor de transporte en función del lugar de procedencia de los/las menores

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Factor Identificación	Se asumen varianzas iguales	3,678	,058	,274	89	,785	,544	1,985	-3,399	4,488
	No se asumen varianzas iguales			,216	11,503	,833	,544	2,525	-4,983	6,072
Factor Transporte	Se asumen varianzas iguales	2,790	,098	-.056	89	,955	-.136	2,426	-4,956	4,684
	No se asumen varianzas iguales			-.046	11,669	,964	-.136	2,971	-6,630	6,358

Interpretación: Según la prueba de comparación de medias de T de Student, no existen diferencias significativas ni el factor de identificación ni en el factor de transporte en función del lugar de procedencia de los/as menores.

H.1.7.: Según el tipo de familia con la que convivían

Tabla 9.

ANOVA entre factor de identificación y factor de transporte según el tipo de familia con la que vivía antes de entrar en el centro

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Factor Transporte	Entre grupos	323,685	5	64,737	1,161	,335
	Dentro de grupos	4741,040	85	55,777		
	Total	5064,725	90			
Factor Identificación	Entre grupos	114,302	5	22,860	,593	,706
	Dentro de grupos	3278,687	85	38,573		
	Total	3392,989	90			

Interpretación: La prueba de ANOVA demuestra que los/as menores no mostraron unos niveles diferentes de identificación con el/la personaje o de implicación con la historia narrada en función del tipo de familia con la que convivía antes de entrar en el CIMI.



H.1.8: Según si estudia

Tabla 10.

Prueba T de comparación de medias del factor de identificación y el factor de transporte en función de si los/las menores estudian

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Factor Identificación	Se asumen varianzas iguales	,764	,384	-,076	89	,940	-,164	2,168	-4,472	4,144
	No se asumen varianzas iguales			-,093	11,188	,927	-,164	1,760	-4,029	3,701
Factor Transporte	Se asumen varianzas iguales	,551	,460	-,576	89	,566	-1,523	2,644	-6,777	3,731
	No se asumen varianzas iguales			-,685	10,894	,508	-1,523	2,224	-6,425	3,379

Interpretación: Según la prueba de comparación de medias de T de Student, no existen diferencias significativas ni el factor de identificación ni en el factor de transporte en función de si los/las menores estudian o no.

H.1.9: Según el nivel de estudios en el que están matriculados

Tabla 11.

ANOVA entre factor de identificación y factor de transporte según el nivel de estudios

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Factor Transporte	Entre grupos	68,208	2	34,104	,576	,565
	Dentro de grupos	4621,965	78	59,256		
	Total	4690,173	80			
Factor Identificación	Entre grupos	4,001	2	2,000	,048	,953
	Dentro de grupos	3258,888	78	41,781		
	Total	3262,889	80			

Interpretación: La prueba de ANOVA demuestra que los/as menores no mostraron unos niveles diferentes de identificación con el/la personaje o de implicación con la historia narrada en función del nivel de estudios que están cursando en la actualidad.

H.1.10. Según la edad de inicio del consumo

Tabla 12.

Correlaciones de Pearson entre el factor de identificación y el factor de transporte narrativo con la edad de inicio del consumo

		Factor Identificación	Factor Transporte	Inicio Consumo
Factor Identificación	Correlación de Pearson	1	,741**	,016
	Sig. (bilateral)		,000	,886
	N	81	81	81
Factor Transporte	Correlación de Pearson			,023
	Sig. (bilateral)			,842
	N			81

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Interpretación: La prueba de correlación de Pearson informa que no existe una relación significativa entre la edad de comienzo de consumo y los factores de identificación y transporte.



H.1.11. Según el nivel de consumo problemático de cannabis

Tabla 13.

ANOVA entre factor de identificación y factor de transporte según el nivel de consumo de cannabis antes del ingreso (CAST- categorías)

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Factor Transporte	Entre grupos	54,712	2	27,356	,484	,618
	Dentro de grupos	5082,535	90	56,473		
	Total	5137,247	92			
Factor Identificación	Entre grupos	8,424	2	4,212	,112	,894
	Dentro de grupos	3391,382	90	37,682		
	Total	3399,806	92			

Tabla 14.

Correlaciones de Pearson entre el factor de identificación y el factor de transporte narrativo con el nivel de consumo de cannabis antes del ingreso (CAST- puntuación total)

		Factor Identificación	Factor Transporte	Puntuación CAST
Factor Identificación	Correlación de Pearson	1	,720**	,100
	Sig. (bilateral)		,000	,339
	N	93	93	93
Factor Transporte	Correlación de Pearson			,082
	Sig. (bilateral)			,433
	N			93

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación: Los factores de identificación y de transporte no se relacionan de manera significativa con los niveles de consumo problemático de cannabis (CAST) ya estén categorizados según los niveles de consumo o medidos de manera global. Esto indica que los/as menores se identifican y se implican en la historia con independencia de los niveles de consumo que presentaban antes de entrar en el CIMI. Es decir, la herramienta narrativa produce los efectos deseados de identificación e implicación entre los/as menores para todos los niveles de consumo.

HIPÓTESIS 2: No se esperan diferencias significativas de género en la identificación con el modelo y su historia de consumo (Transporte) al exponerse cada uno de ellos/as al visionado de modelos referentes de su propio género.

Tabla 15.

Prueba T de comparación de medias del factor de identificación y el factor de transporte en función del género

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas				prueba t para la igualdad de medias			95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Factor Identificación	Se asumen varianzas iguales	2,497	,118	1,140	91	,257	1,816	1,593	-1,349	4,980
	No se asumen varianzas iguales			,978	22,195	,339	1,816	1,857	-2,034	5,665
Factor Transporte	Se asumen varianzas iguales	4,551	,036	1,481	91	,142	2,887	1,949	-,984	6,758
	No se asumen varianzas iguales			1,240	21,771	,228	2,887	2,328	-1,944	7,718

Interpretación: La prueba T de Student muestra que no existen diferencias significativas en los factores de identificación e implicación con la narrativa en función del sexo. Esto indica que las historias narradas en los videos diferenciadas por géneros no producen efectos diferenciales significativos entre los chicos y las chicas. Esto confirma uno de los objetivos del proyecto, que implicaba la generación dos historias con perspectiva de género, con historias de vida adaptadas a las características específicas de cada género, pero que siguiera el mismo patrón teórico y persuasivo.



HIPÓTESIS 3: Comparado con los menores infractores en situación de internamiento que no hayan recibido la intervención (CG), los/as menores infractores del GE obtendrán puntuaciones significativamente más altas en percepción del riesgo del consumo perjudicial de cannabis, autoeficacia percibida para la intención de reducir el consumo, intención para reducir el consumo de cannabis, desarrollo de un plan de acción para la reducción de consumo perjudicial y autoeficacia de rechazo.

Se han realizado pruebas estadísticas para comprobar la igualdad de medias entre las cohortes en las mediciones pretest de las variables de estudio y se han encontrado diferencias significativas en algunas de ellas. Por tanto, no podemos considerar que los grupos sean equivalentes entre ellos y, por tanto, no pueden ejercer como grupos control. Así pues, hemos considerado realizar pruebas estadísticas de pretest y postest como grupo único sin grupo control.

Tabla 16.

Prueba T para muestras relacionadas para la comparación de medidas en la percepción del riesgo del consumo de cannabis en pretest, postest y seguimiento

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Percepción Riesgo pretest -								
Percepción Riesgo postest	-0,372	2,890	,312	-,992	,248	-1,194	85	,236
Percepción Riesgo postest -								
Percepción Riesgo seguimiento	-0,805	3,068	,479	-1,773	,163	-1,680	40	,101
Percepción Riesgo pretest -								
Percepción Riesgo seguimiento	-1,415	2,966	,463	-2,351	-,478	-3,054	40	,004

Interpretación: Según la prueba T para muestras relacionadas para la comparación de medias de la variable percepción del riesgo del consumo de cannabis, podemos observar cómo no se han encontrado diferencias significativas entre el pretest y postest, ni entre el postest y el seguimiento. Sin embargo, si han aparecido diferencias entre la percepción del riesgo que tiene consumir en el pretest y en el seguimiento de la intervención ($t = -3,054$; $p = ,004$).

Tabla 17.

Prueba T para muestras relacionadas para la comparación de medidas en la autoeficacia percibida la intención de reducción del consumo de cannabis en pretest, postest y seguimiento

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Autoeficacia pretest -								
Autoeficacia postest	-0,459	1,979	,215	-,886	-,032	-2,137	84	,035
Autoeficacia postest -								
Autoeficacia seguimiento	-0,585	2,345	,366	-1,326	,155	-1,598	40	,118
Autoeficacia pretest -								
Autoeficacia seguimiento	-1,244	2,416	,377	-2,007	-,481	-3,296	40	,002

Interpretación: Según la prueba T para muestras relacionadas para la comparación de medias de la variable autoeficacia percibida la intención de reducción del consumo de cannabis en pretest, postest y seguimiento, se observa que existen diferencias significativas entre la medición en pretest y postest ($t = -2,137$; $p < .05$), así como entre la observación pretest y el seguimiento ($t = -3,296$; $p < .05$). Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas entre el postest y el seguimiento.



Tabla 18.

Prueba T para muestras relacionadas para la comparación de medidas en la intención de consumo de cannabis en pretest, postest y seguimiento

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Intención consumo pretest - Intención Consumo postest	,788	2,315	,251	,289	1,288	3,139	84	,002
Intención Consumo postest - Intención Consumo seguimiento	-,049	2,747	,429	-,916	,818	-,114	40	,910
Intención consumo pretest - Intención Consumo seguimiento	,927	3,243	,507	-,097	1,951	1,830	40	,075

Interpretación: Según la prueba T para muestras relacionadas para la comparación de medias de la variable intención de consumo de cannabis en pretest, postest y seguimiento, encontramos que los/as menores redujeron su intención de consumo del cannabis tras la intervención de manera significativa ($t= 3,139$; $p< .005$). Sin embargo, dicha reducción, aunque permanece en el tiempo, no se produce de manera significativa.

Tabla 19.

Prueba T para muestras relacionadas para la comparación de medias de la variable desarrollo de un plan de acción para la reducción del consumo de cannabis en pretest, postest y seguimiento

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Plan pretest - Plan postest	-,256	,750	,083	-,421	-,091	-3,090	81	,003
Plan postest - Plan seguimiento	-,289	1,063	,172	-,639	,060	-1,679	37	,102
Plan pretest - Plan seguimiento	-,512	,952	,149	-,813	-,212	-3,445	40	,001

Interpretación: Según la prueba T para muestras relacionadas para la comparación de medias de la variable desarrollo de un plan de acción para la reducción del consumo de cannabis en pretest, postest y seguimiento, se observa que existen diferencias significativas entre la medición en pretest y postest ($t= -3,09$; $p< .005$), así como entre la observación pretest y el seguimiento ($t= -3,445$; $p= .001$). Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas entre el postest y el seguimiento. Por tanto, podemos concluir que un número significativo de los/as menores consideraron que tenían un plan de acción para evitar el consumo de cannabis en distintas situaciones de su vida cotidiana tras la implementación de la intervención.

Tabla 20.

Prueba T para muestras relacionadas para la comparación de medias de la variable autoeficacia de rechazo del consumo de cannabis en pretest, postest y seguimiento

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Autoeficacia Rechazo pretest - Autoeficacia Rechazo postest	-,071	11,210	1,216	-2,489	2,347	-,058	84	,954
Autoeficacia Rechazo postest - Autoeficacia Rechazo seguimiento	-6,325	17,687	2,797	-11,982	-,668	-2,262	39	,029
Autoeficacia Rechazo pretest - Autoeficacia Rechazo seguimiento	-5,400	17,888	2,828	-11,121	,321	-1,909	39	,064

Interpretación: Según la prueba T para muestras relacionadas para la comparación de medias de la variable autoeficacia de rechazo del consumo de cannabis en pretest, postest y seguimiento, podemos observar que sólo se encontraron diferencias significativas entre la autoeficacia de rechazo en postest y en seguimiento ($t= -2,262$; $p< .005$). Este fenómeno es coherente con la naturaleza del concepto de la autoeficacia, ya que al ser una variable motivacional, los resultados generados en ella por una intervención no siempre se pueden observar a corto plazo, sino más bien a medio plazo.



HIPÓTESIS 4: La intención de consumo tras la intervención estaría explicada por los factores de identificación y transporte, percepción del riesgo del consumo perjudicial de cannabis, autoeficacia percibida para la intención de reducir el consumo, desarrollo de un plan de acción para la reducción de consumo perjudicial y autoeficacia de rechazo.

Tabla 21.

Regresión lineal de la variable intención de consumo tras la intervención (método por pasos)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar		Estadísticos de cambio			Sig. Cambio en F
				de la estimación	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	
1	,739 ^a	,546	,541	1,427	,546	96,288	1	80	,000
2	,758 ^b	,575	,564	1,390	,029	5,365	1	79	,023

Modelo 1: Autoeficacia posttest

Modelo 2: Autoeficacia posttest y Autoeficacia Rechazo posttest

Tabla 22.

ANOVA del modelo de regresión lineal para la intención de consumo

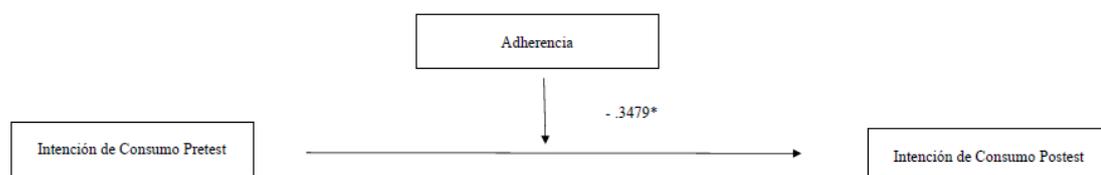
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	196,079	1	196,079	96,288	,000
	Residuo	162,909	80	2,036		
	Total	358,988	81			
2	Regresión	206,439	2	103,219	53,454	,000
	Residuo	152,549	79	1,931		
	Total	358,988	81			

Interpretación: Según la prueba de regresión lineal por el método de pasos establece que la intención de consumo después de la intervención se explica en un 57,5% por las variables de la autoeficacia para la intención de no consumir ($F=96,288$; $p=.000$) y la autoeficacia de rechazo del consumo de cannabis ($F=53,454$; $p=.000$). Este resultado concuerda con tanto con el modelo teórico usado en la investigación como en los resultados obtenidos en muchas otras investigaciones, donde se afirma que el antecedente más explicativo de la intención de la conducta de salud es la autoeficacia percibida.

HIPOTESIS 5: El grado de implementación de la intervención (Adherencia, Exposición, Adecuación, Implementación) moderará los cambios producidos en la intención de consumo de cannabis.

Gráfica 1.

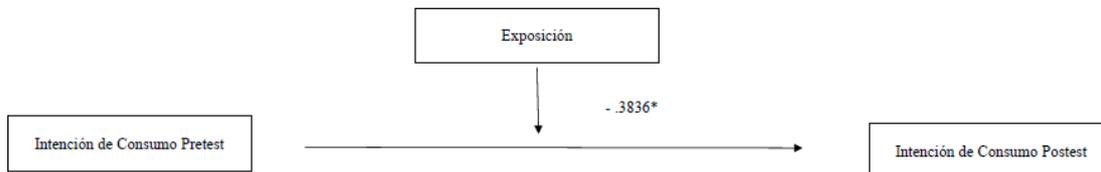
Análisis de la moderación de la variable adherencia a la intervención en los cambios en la variable intención de consumo de cannabis



Interpretación: Se realizó un análisis de moderación usando la macro PROCESS. La variable dependiente para analizar fue la intención de consumo de cannabis después de la intervención, mientras que la variable predictora fue la intención de consumo antes de la intervención. La variable moderadora analizada fue el nivel de adherencia a la intervención. La interacción entre la variable predictora y la moderadora fue estadísticamente significativa ($b = -.348$, 95% I.C., $p < .05$). Estos datos indican que la adherencia a la intervención ejerció un efecto significativo en la reducción de la intención de consumo de cannabis, ya que las personas que más se adhirieron, más redujeron su intención de consumo.

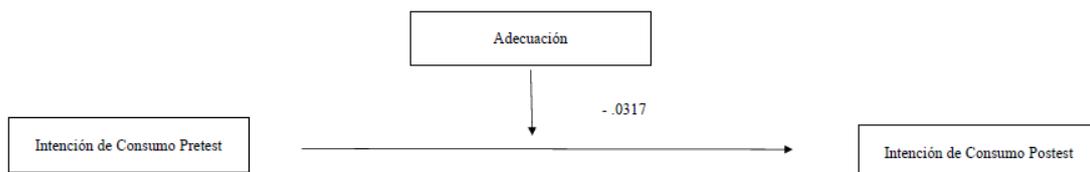


Gráfica 2.
Análisis de la moderación de la variable exposición a la intervención en los cambios en la variable intención de consumo de cannabis



Interpretación: Se realizó un análisis de moderación usando la macro PROCESS. La variable dependiente para analizar fue la intención de consumo de cannabis después de la intervención, mientras que la variable predictora fue la intención de consumo antes de la intervención. La variable moderadora analizada fue el nivel de exposición a la intervención. La interacción entre la variable predictora y la moderadora fue estadísticamente significativa ($b = -.383$, 95% I.C., $p < .05$). Estos datos indican que la exposición a la intervención ejerció un efecto significativo en la reducción de la intención de consumo de cannabis, ya que las personas que más tiempo dedicaron a la intervención redujeron en mayor grado su intención de consumo.

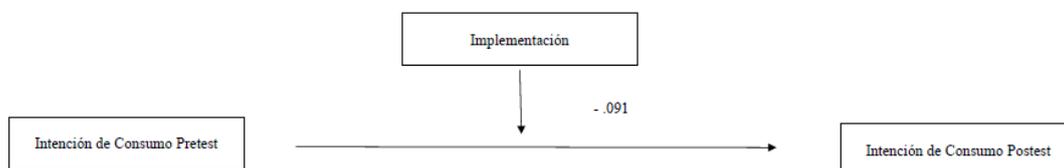
Gráfica 3.
Análisis de la moderación de la variable adecuación de la intervención en los cambios en la variable intención de consumo de cannabis



Interpretación: Se realizó un análisis de moderación usando la macro PROCESS. La variable dependiente para analizar fue la intención de consumo de cannabis después de la intervención, mientras que la variable predictora fue la intención de consumo antes de la intervención. La variable moderadora analizada fue el nivel de adecuación de la intervención. La interacción entre la variable predictora y la moderadora no fue estadísticamente significativa ($b = -.032$, 95% I.C., $p > .05$). Estos datos indican que la adecuación de la intervención no ejerció un efecto significativo en la reducción de la intención de consumo de cannabis. Esto puede ser debido a que los criterios de selección previa de los/as participantes provocaron que la muestra fuera homogénea en para esta variable.

Gráfico 4: Intención e Implementación

Análisis de la moderación de la variable implementación global de la intervención en los cambios en la variable intención de consumo de cannabis



Interpretación: Se realizó un análisis de moderación usando la macro PROCESS. La variable dependiente para analizar fue la intención de consumo de cannabis después de la intervención, mientras que la variable predictora fue la intención de consumo antes de la intervención. La variable moderadora analizada fue el nivel de implementación global de la intervención. La interacción entre la variable predictora y la moderadora fue estadísticamente significativa ($b = -.091$, 95% I.C., $p < .05$). Estos datos indican que la medida de implementación global de la intervención ejerció un efecto significativo en la reducción de la intención de consumo de cannabis. Es decir, que aquellos/as participantes que completaron la intervención, permanecieron más tiempo en ella y su perfil de



consumo era el adecuado para la intervención generó que disminuyera mayor grado su intención de consumo de cannabis.

HIPÓTESIS 6: La percepción del riesgo, autoeficacia y su interacción promoverán una predisposición al cambio (intención y plan de acción) que perdurará en el seguimiento de la intervención.

Tabla 23
Correlaciones de Pearson entre la percepción del riesgo, la autoeficacia para el no consumo, su interacción y la intención de consumo y el plan de acción en postest

		Percepción		Interacción		Intención	
		Riesgo	Autoeficacia	Riesgo x Autoeficacia	Consumo	Plan	
Percepción Riesgo	Correlación de Pearson	1	,457**	,906**	-,453**	,352**	
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,001	
	N	86	85	85	85	82	
Autoeficacia	Correlación de Pearson		1	,754**	-,738**	,494**	
	Sig. (bilateral)			,000	,000	,000	
	N		85	85	85	82	
Interacción Riesgo x Autoeficacia	Correlación de Pearson			1	-,625**	,461**	
	Sig. (bilateral)				,000	,000	
	N			85	85	82	
Intención Consumo	Correlación de Pearson				1	-,477**	
	Sig. (bilateral)					,000	
	N				85	82	

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación: Como se puede ver en la tabla 23, las correlaciones de Pearson entre las variables de la hipótesis tras la intervención tienen una relación significativa negativa entre la intención de consumo de cannabis y la percepción de riesgo ($r = -.453$; $p < .01$), la autoeficacia para el no consumo ($r = -.738$; $p < .01$) y por supuesto con la interacción entre ambas ($r = -.625$; $p < .01$). En relación con la variable plan de acción, también ocurre lo mismo, correlacionan significativamente con ambas variables y su interacción, pero en esta ocasión de manera positiva: percepción de riesgo ($r = .352$; $p < .01$), autoeficacia ($r = .494$; $p < .01$) y la interacción ($r = .461$; $p < .01$). Por tanto, podemos afirmar que la percepción de riesgo del consumo de cannabis, la autoeficacia para no consumir y el efecto interactivo entre ambas varían junto con la intención de no consumir cannabis y con tener un plan de acción para evitar su consumo. Es decir, cuanto más alta sea la percepción del riesgo que conlleva el consumo del cannabis y mayor sea la autoeficacia para no consumirla menor será la intención de consumir cannabis. Y, por otro lado, a mayor percepción de riesgo para la salud del consumo del cannabis y autoeficacia para no consumirla mayor probabilidad existe que los participantes tengan un plan de acción para evitar dicho consumo.



Tabla 24.
Regresión lineal de la variable intención de consumo tras la intervención (método por pasos)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio en R cuadrado	Estadísticos de cambio			Sig. Cambio en F
						Cambio en F	gl1	gl2	
1	,738*	,545	,539	1,436	,545	99,309	1	83	,000

a. Predictores: (Constante), Autoeficacia

Tabla 25.
ANOVA del modelo de regresión lineal para la intención de consumo

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	204,793	1	204,793	99,309	,000 ^b
	Residuo	171,160	83	2,062		
	Total	375,953	84			

Si realizamos una prueba de regresión lineal (método por pasos) para conocer cuál de estas variables explica en mayor medida la intención de no consumo obtenemos que la autoeficacia para el no consumo explica un 54,5% de su varianza (Tabla 24), con $F= 99.31$ y $p= .000$ (Tabla 25).

Tabla 26.
Regresión lineal de la variable plan de acción tras la intervención (método por pasos)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio en R cuadrado	Estadísticos de cambio			Sig. Cambio en F
						Cambio en F	gl1	gl2	
1	,494*	,244	,234	,739	,244	25,761	1	80	,000

a. Predictores: (Constante), Autoeficacia

Tabla 27.
ANOVA del modelo de regresión lineal para el plan de acción

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	14,059	1	14,059	25,761	,000
	Residuo	43,660	80	,546		
	Total	57,720	81			

Del mismo modo y con el mismo objetivo, realizamos una regresión lineal con el mismo método para conocer la influencia de estas variables con el plan de acción. En esta ocasión obtuvimos de nuevo que la variable autoeficacia explicaba por sí misma una 24,4% de la varianza del plan de acción ($F= 25.76$; $p= .000$) (Tabla 26 y Tabla 27).



Tabla 28.

Correlaciones de Pearson entre la percepción del riesgo, la autoeficacia para el no consumo, su interacción y la intención de consumo y el plan de acción en fase de seguimiento

		Percepción Riesgo	Autoeficacia	Interacción Riesgo x Autoeficacia	Intención Consumo	Plan
Percepción Riesgo	Correlación de Pearson	1	,370*	,893**	-,296	,293
	Sig. (bilateral)		,015	,000	,054	,057
	N	43	43	43	43	43
Autoeficacia	Correlación de Pearson		1	,714**	-,556**	,657**
	Sig. (bilateral)			,000	,000	,000
	N		43	43	43	43
Interacción Riesgo x Autoeficacia	Correlación de Pearson			1	-,456**	,485**
	Sig. (bilateral)				,002	,001
	N			43	43	43
Intención Consumo	Correlación de Pearson				1	-,295
	Sig. (bilateral)					,055
	N				43	43

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Para comprobar si estos resultados se mantienen en la fase de seguimiento, realizamos una nueva correlación de Pearson entre las variables ya mencionadas. Como se puede apreciar en la Tabla 28, los efectos de la percepción de riesgo del consumo del cannabis se han disipado, ya que no existe una correlación significativa ni con la intención del consumo ni con el plan de acción. Sin embargo, la autoeficacia para no consumir mantiene sus efectos significativos tanto para la intención ($r = -.556$; $p < .01$) como para el plan de acción ($r = .657$; $p < .01$), al igual que la interacción entre la percepción del riesgo y la autoeficacia para la intención ($r = -.456$; $p < .01$) y el plan de acción ($r = .485$; $p < .01$).

HIPÓTESIS 7: La autoeficacia para iniciar el plan de acción, la autoeficacia de rechazo y su interacción influirán en el mantenimiento del plan de acción en el seguimiento de la intervención.

Tabla 29.

Correlaciones de Pearson entre la autoeficacia para iniciar el plan de acción, la autoeficacia de rechazo, su interacción y el mantenimiento del plan de acción en la fase de seguimiento

		Plan de acción	Autoeficacia Rechazo	Autoeficacia para inicio del plan de acción	Interacción Autoeficacia de rechazo x Autoeficacia para inicio del plan
Plan de acción	Correlación de Pearson	1	,319*	-,135	,027
	Sig. (bilateral)		,040	,454	,882
	N	43	42	33	32
Autoeficacia Rechazo	Correlación de Pearson		1	,426*	,756**
	Sig. (bilateral)			,015	,000
	N		42	32	32
Autoeficacia para inicio del plan de acción	Correlación de Pearson			1	,900**
	Sig. (bilateral)				,000
	N			71	32

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 30.

Correlación de Pearson entre el mantenimiento del plan de acción y las situaciones de autoeficacia de rechazo en seguimiento

		Fiesta	Ofrecen fumar	Inquieto	Preocupado	Molesto	Decaido	Triste
Plan de acción	Correlación de Pearson	,488**	,622**	,432**	,456**	,465**	,464**	,565**
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,004	,002	,002	,002	,000
	N	43	43	43	43	42	43	43

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación: Para poner a prueba esta hipótesis hemos realizado correlaciones bivariadas de Pearson. Como se observa en la tabla 29, en la fase de seguimiento el mantenimiento de la idea de tener un plan de acción para dejar de consumir cannabis tan sólo correlaciona de manera significativa con la autoeficacia para rechazar el consumo de cannabis en distintas situaciones cotidianas ($r = .319$; $p < .05$). Es decir, aquellas personas que tienen mayor sentimiento de seguridad



para rechazar el consumo son las que mantienen activo su plan de acción para dejar de consumir cannabis al salir del centro o cuando se acaben las medidas judiciales en la fase de seguimiento de la intervención.

En concreto, hemos encontrado que aquellas personas que se sienten más seguras o eficaces para resistirse al consumo de cannabis en situaciones como cuando le ofrecen fumar, se sienten tristes, molestos o decaídos (principalmente) son aquellas que más mantendrán su plan de acción para dejar el consumo de cannabis en activo (Tabla 30).

DISCUSIÓN:

En términos generales se obtienen los siguientes resultados:

1. Se ha determinado un perfil psicosocial de riesgo y alto riesgo de consumo de cannabis con atención a variables de vulnerabilidad social en adolescentes y jóvenes que nos permite delimitar a quién, cómo, cuándo y dónde dirigir los programas de prevención selectiva e indicada en nuestro contexto.
 2. La herramienta para la persuasión narrativa diseñada para menores infractores genera el mismo efecto (identificación y transporte narrativo) a los/as menores infractores con independencia de: la infracción que hayan cometido, la medida de internamiento, el tiempo de estancia en los menores en el centro de internamiento, según el lugar de procedencia, convivencia familiar antes del internamiento, estudios, edad de inicio del consumo, y gravedad del consumo problemático de cannabis y género. El único factor para tener en cuenta con efectos diferenciales es la edad, hay más identificación y transporte con la historia en los de mayor edad. En consecuencia, cabe señalar que esta herramienta es válida para todos los/as menores infractores de centros de internamiento que hayan consumido cannabis antes de su ingreso.
 3. Con respecto a la línea base, los/as menores que han participado en la intervención muestran una mayor percepción del riesgo del consumo perjudicial en el seguimiento, incrementan la autoeficacia percibida en la intención de reducción del consumo de cannabis tras la intervención que se mantiene en el seguimiento; redujeron su intención de consumir cannabis una vez salgan del centro tras la intervención aunque esta intención no se mantiene en el seguimiento; consideraron que tenían un plan de acción para evitar el consumo de cannabis en distintas situaciones de su vida cotidiana tras la intervención aunque no se mantiene en el seguimiento; incrementan su autoeficacia del rechazo del consumo de cannabis en el seguimiento.
 4. Las variables autoeficacia para la intención de no consumir y la de rechazo para el consumo de cannabis son las que explican los efectos sobre la intención del consumo. Sin embargo, las variables asociadas a la persuasión narrativa (identificación y transporte narrativo) no contribuyeron a explicar estos efectos.
 5. Los variables de implementación, esto es, intervención acorde al diseño inicial (adherencia), más permanencia en el tiempo (exposición) y objetivos adecuados al perfil de participantes (adecuación), moderaron los resultados sobre la intención de consumo de cannabis. Se puede concluir por tanto que los efectos observados se pueden atribuir a la intervención.
 6. Cuanto más alta sea la percepción del riesgo que conlleva el consumo del cannabis y mayor sea la autoeficacia para no consumirla menor será la intención de consumir cannabis. Por otro lado, a mayor percepción de riesgo para la salud del consumo del cannabis y autoeficacia para no consumirla mayor probabilidad existe de que los/as participantes tengan un plan de acción para evitar dicho consumo.
 7. Cuanto más alta sea la percepción del riesgo que conlleva el consumo del cannabis y mayor sea la autoeficacia para no consumirla menor será la intención de consumir cannabis. Por otro lado, a mayor percepción de riesgo para la salud del consumo del cannabis y autoeficacia para el no consumo (interacción) mayor probabilidad existe que los/as participantes tengan un plan de acción para evitar dicho consumo. La variable que explica en mayor medida los efectos sobre la intención de no consumo y el plan de acción es la autoeficacia para el no consumo y mantiene sus efectos significativos en el seguimiento, mientras que en el seguimiento se disipan los efectos de la
-



percepción del riesgo.

8. Aquellas personas que tienen mayor sentimiento de seguridad para rechazar el consumo son las que mantienen activo su plan de acción para dejar de consumir cannabis al salir del centro o cuando se acaben las medidas judiciales en la fase de seguimiento de la intervención. Esto es, que aquellas personas que se sienten más seguras o eficaces para resistirse al consumo de cannabis en situaciones tales como cuando le ofrecen fumar, se sienten tristes, molestos o decaídos, principalmente, son aquellas que más se comprometerán con su plan de acción para dejar el consumo de cannabis.

Se puede concluir que la intervención en prevención selectiva de menores infractores que se ha diseñado en este estudio tiene efectos sobre una parte significativa de los resultados deseados. El análisis de los procesos de cambio valida el modelo HAPA (Schwarzer, 1992, 2008; Schwarzer & Hamilton, 2020) siendo la autoeficacia la que ofrece un mayor poder explicativo. Se han observado también efectos de la persuasión narrativa sobre variables como la identificación y el transporte narrativo, sin embargo, estas variables no alcanzan a explicar de manera significativa los efectos del programa. En cuanto a la permanencia en el tiempo de los cambios observados, los efectos se disipan a excepción de la autoeficacia. Dado que las variables asociadas a la persuasión narrativa no moderaron los efectos asociados al programa es necesario indagar si se asocian a otros efectos no examinados en este estudio como pueden ser una posible resistencia a la persuasión o las expectativas asociadas al consumo de sustancias o su abandono. Esta intervención se desarrolló sólo en una única sesión con independencia de que estos/as menores se encontraran en la fase de salida del centro. Este formato de intervención breve favorece que estas actividades se puedan incorporar de manera complementaria dentro de las actividades psicosociales y educativas que se desarrollan con estos menores en los CIMIs. Dada la efectividad demostrada es necesario analizar en qué un incremento en el número de sesiones (dosis del programa) con sesiones cercanas al momento de salida del centro mejoran los resultados y se mantienen en el tiempo.

En consecuencia, cabe afirmar que la técnica narrativa como medio de transmisión del comportamiento deseado es un procedimiento útil para potenciar la motivación para el cambio del comportamiento de riesgo para la salud y, para facilitar el abandono de la conducta de riesgo y el control del comportamiento de salud (Hinyard & Kreuter, 2007; Herrera et al, 2019, 2022). En el ámbito de la comunicación de salud, se ha visto cómo frente a las estrategias de comunicación basadas en la lógica-científica, las basadas en las narrativas son de más fácil comprensión para las audiencias, generan mayor interés y suscitan una mayor oportunidad para la identificación (Dahlstrom, 2014; Moyer-Gusé, 2008). Este proceso se refuerza si se tienen en cuenta los siguientes principios en los programas preventivos: a) potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo (Hawkins et al. 2002); b) transmitir mensajes consistentes con el ambiente específico en el que se desarrolla la intervención (Chou et al, 1998); c) dirigir los mensajes al colectivo de manera estructurada y selectiva (Palmgreen et al. 2001) y; d) han de ser sensibles a la cultura y permitir la incorporación de las normas culturales, cuando éstas son apropiadas (Kloos et al., 2012).

Además, si se quiere utilizar la técnica narrativa como estrategia de persuasión, ésta debe estar fundamentada en teorías que expliquen el cambio de conducta (Petraglia, 2007). En este sentido, es necesario desarrollar la competencia personal y social de niños/as y adolescentes, y de manera particular los/as menores infractores, ya que si disponen de recursos desarrollarán sentimientos de control sobre su vida y podrán ser optimistas ante el futuro, buscarán separarse del conflicto en el hogar o en el vecindario y obtener apoyo fuera del entorno familiar. Para ello, y apoyándonos más específicamente en el Modelo HAPA (1992, 2008) es necesario ayudar a que las personas con problemas por el consumo de drogas elaboren un plan de acción para el cambio y dotarlos de estrategias que le permitan el control del consumo perjudicial.



APLICABILIDAD E IMPACTO SOCIO-SANITARIO DEL PROYECTO:

Se proporciona un protocolo de intervención en prevención selectiva del cannabis con menores infractores que se encuentran en los CIMI. Este protocolo se sustenta en las bases teóricas y mecanismo de cambios del modelo HAPA (Schwarzer, 1992, 2008; Schwarzer & Hamilton, 2020) reforzado con estrategias de persuasión narrativa. Este protocolo identifica dos componentes centrales en la intervención que son la persuasión narrativa y plan de acción. Se trata de un programa prometedor al comprobarse su efectividad y dado su formato de intervención breve es complementario a la intervención psicosocial y psicoeducativa que se desarrolla tanto en los CTA como en los CIMIs.

SÍNTESIS DE LOS ASPECTOS MÁS RELEVANTES QUE APORTA EL ESTUDIO:

El enfoque que adopta esta investigación se basa en dos premisas básicas para la intervención preventiva con menores infractores. La primera de ellas es la necesidad de abordar su problemática desde un enfoque contextualizado, siendo fundamental la perspectiva de género, en este estudio se ha demostrado cómo la técnica narrativa de presentación de historias de vida conocida como storytelling favorece este abordaje al considerar la particularidad de los patrones de consumo que muestran estos/as jóvenes y las circunstancias que lo rodean (Herrera-Sánchez et al. 2019; 2022). Estas historias se encuentran intrínsecamente relacionadas con la identidad cultural, se crean significados compartidos, se fomenta el sentido de pertenencia y sirven de guía gracias a la comprensión compartida de las historias que se narran.; y la segunda de ellas, es que, sin olvidar que para erradicar el problema del consumo abusivo de drogas se requieren intervenciones complejas a nivel estructural, cuando éstas se dirijan a la población objetivo deben estar encaminadas al desarrollo de competencias de “agenciación”, es decir, que los/as menores se conviertan en una parte activa del proceso de cambio partiendo de sus objetivos personales y su capacidad de autodeterminación (Beccaria & Rolando, 2019). En este sentido, es necesario desarrollar la competencia personal y social de niños/as y adolescentes, y de manera particular los/as menores infractores, ya que si disponen de recursos desarrollarán sentimientos de control sobre su vida y podrán ser optimistas ante el futuro, buscarán separarse del conflicto en el hogar o en el vecindario y obtener apoyo fuera del entorno familiar (Barkin, et al., 2002; Caplan et al., 1992).

ENLACES O REFERENCIAS PARA AMPLIAR INFORMACIÓN ACERCA DEL PROYECTO (en su caso):

La página web del grupo de investigación <http://grupo.us.es/psycoms/> ha creado dos secciones específicas para este proyecto de investigación en el que se irán incorporando toda la producción científica y los materiales asociados al proyecto (<http://grupo.us.es/psycoms/proyectos/> <http://grupo.us.es/psycoms/recursos/>)

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS GENERADAS (4):

Publicación de un protocolo de un estudio de revisión en Open Science Framerwor: Herrera-Sánchez, I. M. (2020, February 23). Prevention interventions on substance abuse in juvenile offenders: Scoping Review with Evidence Gap Mapping Protocol. Retrieved from osf.io/7ej6k. Los resultados de este estudio de revisión se publicarán en una revista científica.

Se están redactando los siguientes artículos para su publicación en revistas indexadas:

- Factores Moderadores de las variables del Modelo del Proceso de Acción a favor de la Salud en la Intención del No Consumo de Cannabis en Menores Infractores en Centros de Internamiento.
 - Salvando barreras: Una teoría fundamentada de la experiencia de los/as profesionales sanitarios en la atención de menores infractores que abusan de las drogas.
 - Salvando barreras: Una teoría fundamentada de la experiencia de los/as profesionales que atienden a menores infractores en los centros de internamiento.
-



- Historias de vida con perspectiva de género de menores infractores que consumen cannabis.
- Análisis de la identificación de los personajes, el transporte narrativo y la contraargumentación como persuasión narrativa en la prevención del consumo de cannabis con menores infractores.
- Análisis de la efectividad del programa Cannbiando-Menores Infractores.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS (CONGRESOS, JORNADAS Y ACTIVIDADES DE DISEMINACIÓN CIENTÍFICA Y TÉCNICA):

Se ha participado en diferentes encuentros científicos para la presentación del proyecto y sus resultados:

El proyecto se presentó en el XVI Congreso Europeo de Psicología celebrado en Moscú los días 2-5 de Julio de 2019.

Herrera Sanchez, Isabel Maria, Medina Anzano, Silvia, Rueda Mendez, Samuel: Storytelling As a Strategy for the Selective Prevention of Harmful Use and Dependence on Cannabis in Juvenile Offenders. Comunicación en congreso. XVI European Congress of Psychology. Moscú, Rusia. 2019

También se presentaron resultados parciales del proyecto en la 11th European Conference on Community Psychology (Oslo 2-4 de Junio de 2021) y Congreso Nacional de Psicología (CNP2021 Virtual) que se celebró los días 9-11 de Julio de 2021:

Herrera Sánchez, Isabel Maria, Luque Ribelles, Violeta, Rueda Mendez, Samuel, Cuenca Martínez, José Medina Anzano, Silvia, Guil Bozal Rocío (2021). Overcoming barriers: A grounded theory of the professionals' experience in dealing with young offenders. Comunicación en Congreso. 11th European Conference on Community Psychology.

Herrera Sánchez, Isabel Maria, Medina Anzano, Silvia, Rueda Mendez, Samuel, Cuenca Martínez, José, Luque Ribelles, Violeta, Guil Bozal Rocío (2021). Protocolo de intervención breve para la prevención del consumo de cannabis en menores infractores. Comunicación en congreso. V Congreso Nacional de Psicología.

Cuenca Martínez, José, Medina Anzano, Silvia, Rueda Mendez, Samuel, Herrera Sanchez, Isabel Maria, Luque Ribelles, Violeta, Guil Bozal Rocío (2021). Elaborando narrativas para la prevención del consumo de cannabis en menores infractores. Comunicación en congreso. V Congreso Nacional de Psicología.

Se tiene previsto presentar una comunicación de los resultados del estudio en el Congreso Europeo de Psicología que se celebrará en Brighton en el mes de julio de 2023 (pendiente aceptación de la comunicación).

Herrera Sánchez, Isabel Maria, Medina Anzano, Silvia, Rueda Méndez, Samuel, Luque Ribelles, Violeta, Guil Bozal Rocío (2023). Effectiveness of storytelling as a strategy for the selective prevention of harmful use and dependence on cannabis among juvenile offenders.



Se han elaborado materiales audiovisuales como materiales para la persuasión sobre el consumo perjudicial del cannabis dirigido de manera específica al colectivo de menores infractores. Estos materiales están disponibles en abierto:

Silvia Medina Anzano, Samuel Rueda Méndez, José Cuenca Martínez e Isabel M. Herrera Sánchez (2022). Cannbiando: el relato de Laura. Prevención Selectiva del consumo de cannabis. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8ja7p5Ucdek>

Silvia Medina Anzano, Samuel Rueda Méndez, José Cuenca Martínez e Isabel M. Herrera Sánchez (2022). Cannbiando: el relato de Laura. Prevención Selectiva del consumo de cannabis. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=gw6o3BcOcMs>

Se ha diseñado una infografía explicativa del modelo que sustenta esta intervención que estará disponible a partir de noviembre de 2022 en <http://grupo.us.es/psycoms/recursos/>

El 28 de junio de 2022 se organizó un Workshop abierto a profesionales, investigadores/as y estudiantes de doctorado en donde se presentó la investigación y sus resultados. Esta actividad se anunció en el boletín de noticias de la US. <https://investigacion.us.es/noticias/5246>

PATENTES Y MODELOS DE UTILIDAD (en su caso) :

BIBLIOGRAFÍA (4):

- Ajzen, I. (1991). The theory or planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes* 50 (2), 179-211.
- Appel, M., Gnambs, T., Richter, T., & Green, M. C. (2015). The transportation scale–short form (TS–SF). *Media psychology*, 18(2), 243-266.
- Bandura, A (1997). *Self-efficacy the exercise of control* New York: W. H. Freeman.
- Barkin, S. L., Smith, K. S., & DuRant, R. H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 30(6), 448-454. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00405-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00405-0)
- Beccaria, F., & Rolando, S. (2019). The role of critical moments in young offenders' drug-using trajectories. *Drugs and Alcohol Today*, 19(3), 197-207. doi:<https://doi.org/10.1108/DAT-12-2018-0073>
- Boscà, M. (2017). El menor infractor de internamiento terapéutico. *RES: Revista de Educación Social*, 25, p.p, 203-218.
- Caplan, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S., Sivo, P. J., Grady, K., & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 56-63.
- Chassin, L., Mansion, A. D., Nichter, B., & Pandika, D. (2016). Substance use and substance use disorders as risk factors for juvenile offending. In K. Heilbrun, D. DeMatteo & N. E. S. Goldstein (Eds.), *APA handbook of psychology and juvenile justice; APA handbook of psychology and juvenile justice* (pp. 277-305, Chapter xxvi, 735 Pages). Washington, DC: APA, American Psychological Association. doi:<https://doi.org/10.1037/14643-013>
- Clair-Michaud, M., Martin, R. A., Stein, L. A. R., Bassett, S., Lebeau, R., & Golembeske, C. (2016). The impact of motivational interviewing on delinquent behaviors in incarcerated adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, 13-19. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.003>
- Creswell, J.W. (2002). *Educational research. Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River, New Jersey: Merrill Prentice Hall.
- Creswell, J.W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*
-



-
- (3rd ed.). Thousand Oaks, CA.: Sage Publications
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2003). Selective prevention: First overview on the European situation. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). Selected Issues 2008: Drugs and vulnerable groups of young people. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
- Dahlstrom, M. F. (2014). Using narratives and storytelling to communicate science with nonexpert audiences. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(Supplement 4), 13614-13620.
- Dembo, R., Briones-Robinson, R., Barrett, K., Winters, K. C., Schmeidler, J., Ungaro, R. A., . . . Gullledge, L. (2013). Mental health, substance use, and delinquency among truant youth in a brief intervention project: A longitudinal study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(3), 176-192. doi:<https://doi.org/10.1177/1063426611421006>
- Donovan, D. M., & Marlatt, G. A. (1988). *Assessment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Duke, K., Thom, B., & Gleeson, H. (2020). Framing 'drug prevention' for young people in contact with the criminal justice system in England: Views from practitioners in the field. *Journal of Youth Studies*, 23(4), 511-529.
- Feldstein, S. W. F., Schmiege, S. J., & Bryan, A. D. (2014). Continued detention involvement and adolescent marijuana use trajectories. *Journal of Correctional Health Care*, 20(1), 31-44.
- Greenwood, P. (2008). Prevention and intervention programs for juvenile offenders. *The Future of Children*, 18(2), 185-210. doi:<https://doi.org/10.1353/foc.0.0018>
- Gubrium, A. C., Hill, A. L., & Flicker, S. (2014). A situated practice of ethics for participatory visual and digital methods in public health research and practice: A focus on digital storytelling. *American Journal of Public Health*, 104(9), 1606-1614.
- Herrera-Sánchez, I. M., Medina-Anzano, S. & Rueda-Méndez, S (2022). Narrativas de cambio para la prevención del consumo de cannabis. *CANNBIANDO*, los relatos de Paula y de Alex. *Apuntes de Psicología*, 40 (1), págs. 3-11
- Herrera-Sánchez, I. M., Rueda-Méndez, S., & Medina-Anzano, S. (2019). Storytelling in addiction prevention: A basis for developing effective programs from a systematic review: Postdisciplinary humanities & social sciences quarterly. *Human Affairs*, 29(1), 32-47. doi:<https://doi.org/10.1515/humaff-2019-0004>
- Hinyard, L.J. & Kreuter M. W. (2007). Using Narrative Communication as a Tool for Health Behavior Change: A Conceptual, Theoretical, and Empirical Overview. *Health Education&Behavior*, vol. 34 (5), 777-792.
- Klempova, D., Sánchez, A., Vicente, J., Barrio, G., Domingo, A., Suelves, J. M., & Ramirez, V. (2009). Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: Validación de escalas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Kloos, B., Hill, J., Thomas, E., Wandersman, A., & Elias, M. J. (2012). *Community psychology: Linking individuals and communities*. Cengage Learning.
- León, J.M. y Medina S. (2002). *Psicología Social de la Salud. Fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social.
- Medina-Anzano, S., Rueda-Méndez, S. y Herrera-Sánchez, I.M. (2021). *CaNNbiando: las historias de Paula y de Álex. Prevención del consumo de cannabis en adolescentes*. Salamanca: Comunicación Social.
- Moghadam, M. P., Sari, M., Balouchi, A., Madarshahian, F., & Moghadam, K. (2016). Effects of Storytelling-Based Education in the Prevention of Drug Abuse among Adolescents in Iran Based on a Readiness to Addiction Index. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 10(11), IC06.
- Moyer-Gusé, E. (2008). Toward a Theory of Entertainment Persuasion: Explaining the Persuasive Effects of Entertainment-Education Messages. *Communication Theory*, 18(3), 407-425 [DOI: 10.1111/j.1468-2885.2008.00328.x]
-



- Nissen, L. B., & Pearce, J. (2011). Exploring the implementation of justice-based alcohol and drug intervention strategies with juvenile offenders: Reclaiming futures, enhanced adolescent substance abuse treatment, and juvenile drug courts. *Children and Youth Services Review*, 33, S60-S65. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.06.014>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022a). Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022. 293 p. INFORME 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (sanidad.gob.es)
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022b). ESTUDES 2021. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994-2021. ESTUDES 2021. ESTUDES 2021 Informe de Resultados definitivo (sanidad.gob.es)
- Olagunju, A.T., Milin, R., Gray, K.M. (2021). Adolescent Substance Misuse/Use Disorders: Characteristic Features. In: el-Guebaly, N., Carrà, G., Galanter, M., Baldacchino, A.M. (eds) *Textbook of Addiction Treatment*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_105
- Palmgreen, P.; Donohew, L.; Lorch, E.P.; Hoyle, R.H.; and Stephenson, M.T. Television campaigns and adolescent marijuana use: Tests of sensation seeking targeting. *American Journal of Public Health* 91(2):292–296, 2001.
- Petraglia, J. (2007). Narrative Intervention in Behavior and Public Health. *Journal of Health Communication*, 12(5), 493-505 [DOI: 10.1080/10810730701441371].
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Reboloso, E. Fernández-Ramírez, B., y Cantón, P. (2008). *Evaluación de programas de intervención social*. Madrid: Síntesis.
- Sales, J. M., Wasserman, G., Elkington, K. S., Lehman, W., Gardner, S., McReynolds, L., . . . Knudsen, H. (2018). Perceived importance of substance use prevention in juvenile justice: A multi-level analysis. *Health & Justice*, 6(1), 12. doi:<https://doi.org/10.1186/s40352-018-0070-9>
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behavior theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.) *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Washington, D.C: Hemisphere
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied psychology*, 57(1), 1-29.
- Schwarzer, R., & Hamilton, K. (2020). Changing behavior using the health action process approach. In M.S. Hagger, L.D. Cameron, K. Hamilton, N. Hankonen, & T. Lintunen, T. (Eds.). *The handbook of behavior change* (pp. 89-103). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schwarzer, R., Sniehotta, F. F., Lippke, S., Luszczynska, A., Scholz, U., Schüz, B., ... & Ziegelmann, J. P. (2003). On the assessment and analysis of variables in the health action process approach conducting an investigation. Disponible en: [hapa_full_final_web\(uzh.ch\)](http://hapa_full_final_web(uzh.ch))
- Strobbe, S. & Kurtz, E. (2012) Narratives for Recovery: Personal Stories in the 'Big Book' of Alcoholics Anonymous, *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 7:1, 29-52, DOI: 10.1080/1556035X.2012.632320
- Tal-Or, N. & Cohen, J. (2010). Understanding audience involvement: Conceptualizing and manipulating identification and transportation. *Poetics*, 38(4), 402-418.
- Tolou-Shams, M., Folk, J. B., Marshall, B. D. L., Dauria, E. F., Kemp, K., Li, Y., . . . Brown, L. K. (2021). Predictors of cannabis use among first-time justice-involved youth: A cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 225, 8. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108754>
- Young, R. M., Gullo, M. J., Feeney, G. F., & Connor, J. P. (2012). Development and validation of the Cannabis Refusal Self-Efficacy Questionnaire (CRSEQ) in adult cannabis users in treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(3), 244-251.
- UNODC (2021). *World Drug Report 2021*. United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8. WDR21_Booklet_2.pdf (unodc.org).



COFINANCIACIÓN (APARTE DE LA DELGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS), en su caso:

AGRADECIMIENTOS:

Nuestro agradecimiento a las personas e instituciones que han hecho posible la realización del trabajo:

- DG de Justicia Juvenil y Cooperación. Consejería de Turismo, Regeneración, Justicia y Administración local de la Junta de Andalucía.
- Centro Provincial de Drogodependencias de las Diputaciones de Sevilla y Cádiz.
- Profesionales de los siguientes Centros de Tratamiento de Adicciones (CTA): En la provincia de Cádiz, CTA Sanlúcar, CTA Chiclana, CTA de Jerez de la Frontera, CTA Puerto de Santa María, CTA Cádiz. En la provincia de Sevilla: CTA Polígono Norte, CTA Torreblanca, CTA Polígono Sur, CTA Alcalá de Guadaira
- Entidades que gestionan los CIMIs de la Provincia de Sevilla:
Afanas El Puerto y Bahía. CIMI “Bahía de Cádiz”
Ginso. CIMI “La Marchenilla”
Fundación Diagrama: CIMI “Los Alcores”, CIM I “La Jara” y CIMI “El limonar”
- Albergue Inturjoven Sevilla
- A estudiantes del Grado en Psicología y del Máster en Psicología de la Intervención Social y Comunitaria de la Universidad de Sevilla que han colaborado en el estudio: Laura María Gómez López, Lidia Hidalgo Pérez, M^a del Carmen Almudena Miró Montero, Hugo Raya Villar, José María Rojas Robles, Melania Orellana León.

CONTACTO (dirección de correo electrónico para consultas al equipo de investigación):

iherrera@us.es

NOTAS:

(1): Este resumen está dirigido a dar a conocer los aspectos sustanciales de los proyectos financiados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas tanto a la población general como a profesionales, a través de su publicación en la página web del Ministerio de Sanidad. Procure ser conciso en las exposiciones. Incluya las gráficas y tablas que considere oportunas. En el caso de precisar otro tipo de información (audiovisuales, archivos de datos, etc.), consulte con el órgano instructor para valorar procedimiento de difusión.

(2): Máximo 500 palabras.

(3): Utilice como fuente el Medical Subjects Headings, MeSH, del Index Medicus.

(4) Se recomienda seguir los Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas conforme a las normas de la US National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?amp=&depth=2>).