

Valores sociales y adicción a la cocaína: diferencias entre adictos en tratamiento y población no clínica

Eduardo J. Pedrero Pérez, Gloria Rojo Mota y Carmen Puerta García

CAD 4 San Blas

Instituto de Adicciones

Ayuntamiento de Madrid

Resumen

El presente trabajo es un estudio de las diferencias en valores sociales preferidos por adictos a cocaína (N=178) y sujetos de población no clínica (N=424). Se ha utilizado el Cuestionario VAL-89 y se han efectuado las comparaciones controlando las variables sexo, edad y nivel de estudios. Los resultados reflejan pocas diferencias entre los adictos a cocaína y las personas de su entorno social. Este hecho parece explicarse a partir de la amplia implantación del consumo en nuestra sociedad y del propio carácter de los valores sociales como estimación de lo deseable, aunque no necesariamente como guía proximal de la conducta.

Palabras Clave

Valores sociales, cocaína, adicción, evaluación, psicopatología.

Summary

Present work studies the differences in social values preferred by cocaine addicts (N=178) and non-clinical population (N=424). Questionnaire VAL-89 has been used and the comparisons have established controlling variables sex, age and level of studies. Result reflects few differences between cocaine addicts and people of their social environment. This seems to be explained from the wide implantation of the cocaine consumption in our society and the own character of the social values like desirable estimations of, although not necessarily as proximal guide of the behaviour.

— Correspondencia a:

Eduardo J. Pedrero Pérez. C/ Alcalá, 527

Tfno: 609587233. C.E.: ejpedrero@yahoo.es



Key Words

Social values, cocaine, addiction, assessment, psychopathology.

INTRODUCCIÓN

El concepto de valor tuvo inicialmente un origen filosófico y sociológico. Desde la perspectiva filosófica, la axiología (teoría de los valores) ha sido objeto de reflexión a lo largo del tiempo, encontrando un momento de auge en la segunda mitad del siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX, especialmente entre las dos guerras mundiales, como una reacción contra el racionalismo kantiano, que ignoraba la facultad de apreciar y preferir, y contra el positivismo y el neopositivismo, que pretenden prescindir de toda "valoración" y confieren importancia únicamente al conocimiento positivo y científico (Frondizi, 1994). Desde la perspectiva sociológica se entendía que valor podía ser entendido como "cualquier dato con un contenido empírico accesible a los miembros de un grupo social y con un significado en relación al cual éste es o puede ser un objeto de actividad" (Thomas y Znaniecki, 1918, p.22) y la estructura y el sistema de estratificación de una sociedad vienen determinados por el consenso o aceptación de un sistema común de valores, lo que diferencia a unas sociedades de otras (Parsons, 1951).

Fue Rokeach (1973) quien recuperó para la Psicología el concepto de valor; entendiéndolo por valores "creencias duraderas de que un modo específico de conducta o un estado final de existencia es personal o socialmente preferible a un modo de conducta o estado final de existencia opuesto." (p.5). Estas creencias acerca de cómo se debe o no se

debe comportar o acerca de algún objetivo en la existencia que es digno de esfuerzo o sacrificio en conseguirlo, estarían emplazadas en el centro del sistema total de creencias de una persona. Los valores son ideales o abstractos independientes de cualquier objeto específico o situación concreta de actitud, que representan las creencias de una persona sobre los modelos ideales de conducta y sobre los fines últimos también ideales. Los valores son un modo de expresar las necesidades humanas, lo que representa adicionalmente un componente motivacional, constituyendo modos idealizados del éxito en metas finales (Rokeach, 1979).

El concepto de valor es también central en el Modelo de Ocupación Humana formulado por Kielhofner (2004), que pretende dar cuenta de los aspectos interrelacionados de los cuales emerge y a partir de los que se mantiene la ocupación humana. Este modelo considera a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, que analizan los estímulos procedentes del entorno (físicos, sociales y culturales), elaboran la información recibida y, a partir de ello, organizan su conducta ocupacional. Los valores serían creencias o ideas (referentes, pautas o abstracciones) que los individuos mantienen acerca de lo que es deseable, apropiado, bueno o malo, en su entorno cultural propio; estas creencias, en tanto que relevantes para el individuo, dirigen su conducta hacia metas y prescriben cómo ocupar el tiempo, qué aspectos del desempeño cotidiano son importantes y qué constituyen un esfuerzo o resultados adecuados (p. 58).



En resumen, define los valores como aquellas convicciones que otorgan significado a las ocupaciones, creando una fuerte disposición para actuar de acuerdo a ellos. El modo en que nos vemos a nosotros mismos refleja el modo en que el mundo nos ha respondido. Los valores para una persona derivan del mundo percibido, comprometen a una forma de vida y le imponen un significado lógico. Este modelo ha estudiado la influencia de los valores en la discapacidad o en situaciones de disfunción, como puede ser la conducta adictiva (Rojo Mota, 2008).

Pocos trabajos han explorado la relación entre los valores sociales asumidos y las conductas adictivas. En opinión de algunos autores la causa debe atribuirse al celo con el cual se ha procedido en las últimas décadas a rechazar cualquier enfoque que pudiera parecer "moralizante", en especial desde el auge del "mito de la enfermedad adictiva" que desafía esencialmente a la asunción de responsabilidad de los sujetos en cualquier conducta relacionada con el consumo de drogas (Peele, 1987). Los tratamientos de la adicción han sufrido los efectos de la ambivalencia derivada de la transformación en problema médico de lo que es, de hecho, un problema socio-cultural (Allamani, 2007; Have y Sporken, 1985). En la génesis y mantenimiento del consumo de drogas se reconoce la existencia de una multiplicidad de factores (Emrich y Eggers, 2001), entre los cuales parecen ubicarse, explícita o implícitamente, determinados valores: muchos estudios vinculan el consumo de drogas con la asunción de valores más próximos a lo individual que a lo social (Allamani, 2007; Alonso, Comas, Megías y Pedrero, 1995). No obstante, estos parecen ser también los valores dominantes en la sociedad actual: existe un amplio consenso en considerar como "deseables" los

valores orientados al otro (tolerancia, solidaridad, cooperación); sin embargo, y aunque la familia desea transmitir valores relacionados con los intereses comunes, en la realidad ven frustrado este deseo y transmiten unos valores más relacionados con el beneficio personal: éxito social, disfrute del presente, competitividad, diversión, bienestar, etc., en la certeza de que "no se puede dejar a los hijos indefensos en una sociedad tan competitiva por mucho que sería bueno que pudieran ser de otra manera" (Megías et al., 2001).

En una encuesta sociológica realizada en nuestro país en el año 2000 se encontró que los valores dominantes en la España actual son: orden social, seguridad y beneficio personal: todos ellos favorecen los nuevos patrones juveniles de consumos de drogas basados en la diversión y el placer (Megías et al., 2001). El consumo de cocaína, a pesar de ser, en último término, un acto individual, está fuertemente influido por variables de tipo sociocultural y económico, como el exceso de oferta, los trayectos del tráfico internacional, la abundancia económica y los cambios de valores en determinados momentos históricos (Saiz Galdós, 2007) o bien por sistemas de valores contradictorios o fraudulentos ofrecidos por los sistemas culturales como metas deseables (Eckersley, 2005).

El instrumento más utilizado para explorar los valores sociales en adictos a sustancias es el **Rokeach Value Survey** (Rokeach, 1973; Rokeach y Reagan, 1980); ha sido aplicado a diversas muestras de adictos a sustancias (Pedrero, Martínez y Olivar, 2002; Rojo, Valdemoro y Cervera, 1994), aunque no se han encontrado estudios recientes (casi todos ellos anteriores a 1990). Por otra parte, el instrumento se ha criticado cuando se han estudiado las representaciones evocadas por los sujetos al responder a las preguntas del cuestionario,



encontrándose que diferentes sujetos interpretan de formas muy distintas las mismas preguntas (Gibbins y Walker, 1993).

Derivado del anterior, Schwartz y Bilsky (1987) construyeron un nuevo formato de cuestionario que superara las críticas recibidas por el anterior (Menezes y Campos, 1997). La Escala de Valores ha sido aplicada a muestras de adictos, encontrándose que éstos suelen mostrar valores más tendentes al hedonismo, estimulación, autodirección y universalidad, y menos al conformismo (Tamayo, Nicaretta y Ribeiro, 1995). Una versión española, denominada VAL-89, ha sido utilizada en el estudio del consumo abusivo de alcohol en la adolescencia (Pons y Berjano, 1999). Recientemente se ha abordado el estudio de las propiedades psicométricas de este cuestionario aplicado a muestras de población general y adictos en tratamiento, encontrando una estructura de escalas diferente a la propuesta por los autores (Pedrero, Rojo y Olivar, en prensa). Un estudio, aplicando el VAL-89 a una muestra de adictos en tratamiento y otra muestra de población general encontró muy pocas diferencias, aunque los adictos parecen guiarse más por valores presentistas y rebeldes, tienen más interés que los no adictos en el triunfo, las posesiones materiales y el control sobre los demás, y rechazan valores relacionados con humildad, moderación, sumisión a las circunstancias de la vida y los deberes y obligaciones (Pedrero, Rojo y Puerta, 2007). Otros estudios, con otros instrumentos, encuentran que valores o actitudes relacionados con el machismo pueden influenciar las decisiones de los adolescentes favoreciendo el consumo de drogas, mientras que otros valores, más próximos a lo familiar, actuarían como factores protectivos (Unger, Ritt-Olson, Teran, Huang, Hoffman y Palmer, 2002).

El objetivo del presente trabajo es explorar las diferencias entre los valores sociales asumidos por sujetos que realizan un tratamiento por problemas relacionados con el consumo de cocaína y los asumidos por la población general, utilizando el VAL-89. Adicionalmente, se explorará la relación entre la preferencia por unos u otros valores y variables psicológicas y psicopatológicas que pudieran justificar o ser consecuencia de tal preferencia. A partir de este estudio, se espera derivar conclusiones que sean de utilidad para la comprensión del fenómeno de la adicción, para su prevención y para el diseño de intervenciones psicosociales en el proceso de rehabilitación.

MÉTODO

Participantes

Se obtuvieron dos muestras: (1) Muestra de 178 personas en tratamiento por abuso o dependencia de cocaína, obtenida mediante muestreo consecutivo; (2) Muestra de 424 sujetos de población general, obtenida mediante la técnica de "bola de nieve" (Goodman, 1961). Las características de ambos grupos se muestran en la Tabla 1.

Instrumentos

- Cuestionario de Valores Sociales (VAL-89; Schwartz y Bilsky, 1987; versión española de Molpeceres, 1991; Pons y Berjano, 1999). El cuestionario fue diseñado a partir del Rokeach Value Survey basado en el modelo de Rokeach (1973) y del Chinese Value Survey (Chinese Culture Connection, 1987). Consta de 56 ítems, que se contestan en una escala de 0 a 10 (desde "nada importante en mi vida" hasta "esencial en mi vida"), en la que



Tabla I. Descriptivos de la muestra.

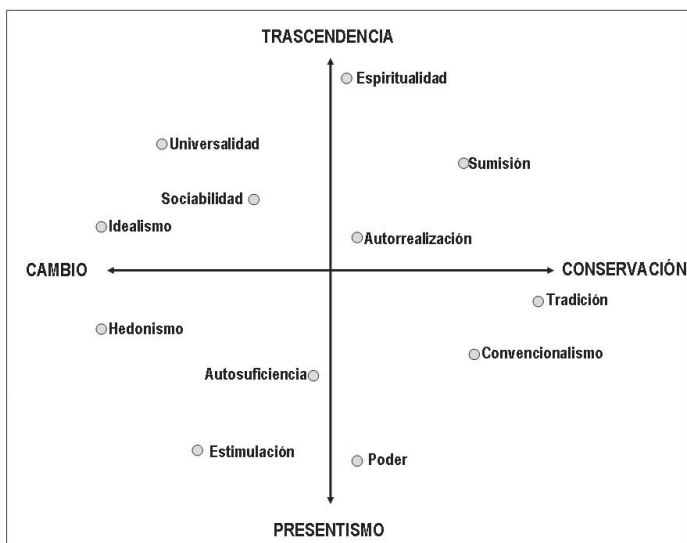
	N	Edad		Sexo		Nivel de estudios				
		Media	D.T.	Rango	Varones	Mujeres	Sin estudios	Estudios secundarios	BUP, COU, FP, Bachillerato	Estudios universitarios
Población no clínica	424	28,64	10,96	18-60	23,6	76,4	0,7%	4,7%	12,3%	82,3%
Adictos a cocaína	178	31,91	8,05	18-61	77,5	22,5	11,2%	48,9%	29,8%	10,1%

Figura I. Descripción de las escalas del VAL-89.

AUTORREALIZACIÓN	Armonía interior, sentido de tener un objetivo en la vida, creencia en el propio valor personal, autodisciplina, ambición, seleccionar los propósitos, sinceridad.
PODER	Control sobre los otros, dominio, posesiones materiales, el derecho de liderar o mandar, influencia social, reputación, triunfo.
ESTIMULACIÓN	Una vida excitante, creatividad, una vida llena de desafíos, novedades y cambios, audacia, aventura y riesgo.
UNIVERSALIDAD	Unión con la naturaleza, sabiduría, un mundo de belleza, protección del medio ambiente.
CONVENCIONALISMO	Sentido de pertenencia, orden social, seguridad familiar, reconocimiento social, respeto, aprobación de los demás, amistad verdadera, lealtad, aseo y presencia física.
ESPIRITUALIDAD	Énfasis en las cosas espirituales y no materiales, amor maduro, profunda intimidad emocional y espiritual, distanciamiento de las cosas mundanas, devoción y dedicación a la fe y a las creencias religiosas.
SUMISIÓN	Moderación, humildad, aceptación de las circunstancias de la vida, obediencia, cumplir deberes y obligaciones.
TRADICIÓN	Cortesía, educación, buenas maneras, seguridad nacional, respeto por la tradición, preservación de costumbres establecidas hace mucho tiempo.
AUTOSUFICIENCIA	Evitar ser deudor de alguien, salud, capaz, competencia, eficacia y eficiencia.
IDEALISMO	Igualdad de oportunidades para todos, paz, libertad, justicia social, independencia.
HEDONISMO	Placer, satisfacción de deseos, libertad de acción y pensamiento, gozar los placeres de la vida.
SOCIABILIDAD	Tolerancia, respeto, racionalidad, servicialidad, responsabilidad, interés por todo, benevolencia.



Figura 2. Estructura motivacional del sistema de valores (reproducido con permiso de Pedrero, Rojo y Olivari, en prensa).



el sujeto valora la importancia que otorga a otros tantos valores. Un estudio psicométrico del cuestionario, aplicado a población general y población adicta en tratamiento, informó de una estructura diferente a la propuesta por los autores. Se encontraron 12 dimensiones que configuraron otras tantas escalas: Poder, Estimulación, Universalidad, Convencionalismo, Sumisión, Tradición, Espiritualidad, Autosuficiencia, Idealismo, Hedonismo, Autorrealización y Sociabilidad (ver Figura 1). La consistencia interna del cuestionario es de $=0,91$, y la estabilidad temporal a un mes de $0,84$; la fiabilidad de las subescalas oscila entre $=0,51$ y $=0,77$, correspondiendo los valores más bajos a las escalas con 3 o 4 ítems. Esta estructura fue validada como la más adecuada mediante análisis factorial confirmatorio (Pe-

drero, Rojo y Olivari, en prensa) y responde fielmente, aunque con diversa estructura de escalas, al modelo teórico dimensional formalizado por los autores (Menezes y Campos, 1997; ver Figura 2).

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, MCMI-II; Millon, 1999; adaptación española de Ávila-Espada, Jiménez y cols.). Se trata de un cuestionario que consta de 175 ítems de respuesta verdadero-falso que informan sobre 10 patrones clínicos de personalidad, 3 formas graves de patología de personalidad, 6 síndromes clínicos de intensidad moderada (ansiedad, somatomorfo, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas) y 3 síndromes clínicos graves (pensamiento psicótico,



depresión mayor y trastorno delirante). En el presente estudio sólo se atendió a los resultados en estas últimas 9 escalas de síndromes clínicos y la escala de personalidad antisocial. La consistencia interna de estas escalas oscila entre 0,81 y 0,94, y ofrece adecuados indicadores de eficiencia diagnóstica.

- Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP; Pedrero et al., 2005), instrumento de 84 ítems que se responden según una escala con cuatro posibilidades, que puntúan de 2 a -2, sin opción intermedia. Permite la estimación de 9 escalas: autoestima, autoeficacia, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol, afrontamiento centrado en la tarea, afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social. Muestra una consistencia interna de 0,93, estando todas las subescalas entre 0,78 y 0,91, salvo la de locus de control interno, con sólo 0,65. La consistencia test-retest entre 4 y 6 semanas es de 0,92. Presenta validez concurrente con cuestionarios que miden los mismos constructos por separado entre 0,85 y 0,91, salvo con la escala LOC, que se reduce a un 0,61.

- Proceso de Acogida y Valoración (PAV). Entrevista semiestructurada de recogida de datos estandarizada para todos los Centros de Atención a Drogodependencias del Instituto de Adicciones (Ayuntamiento de Madrid). Se obtienen de él las variables sexo, edad, nivel de estudios alcanzado, droga principal y criterios diagnósticos para el abuso/dependencia de sustancias.

Procedimiento

Se administró una batería de cuestionarios, que incluía el VAL-89, a los pacientes que inician tratamiento por abuso o dependencia

de cocaína en el Centro de Atención a Drogodependencias CAD 4 San Blas del Instituto de Adicciones de Madrid (Ayuntamiento de Madrid), centro de tratamiento ambulatorio de carácter público y gratuito al que acuden los ciudadanos que padecen problemas asociados al consumo de sustancias u otras conductas adictivas. Si tras un proceso de valoración -que incluye la evaluación psicométrica mediante los citados cuestionarios-, se estima la concurrencia de criterios DSM-IV para considerar la existencia de un trastorno por abuso o dependencia de sustancias, son incluidos en tratamiento, pudiendo posteriormente ser derivados a un recurso convivencial o continuar en régimen ambulatorio. Los participantes no fueron seleccionados, sino que la batería se administró a todos aquellos que iniciaron tratamiento y se hicieron acreedores al diagnóstico de abuso/dependencia de cocaína. Los participantes firmaron el Contrato Terapéutico y un consentimiento para la utilización de los datos resultantes de los cuestionarios en trabajos de investigación. Para la cumplimentación se esperó a que los sujetos se encontraran libres de sintomatología de intoxicación, abstinencia o efectos de la retirada, siendo lo habitual que la evaluación se realizara entre la segunda y la cuarta semana desde la primera entrevista. Fueron excluidos aquellos que presentaban dificultades para la comprensión de los cuestionarios, ya fuere por problemas de lectoescritura o por pobre dominio del idioma castellano (N=11), quienes padecían un trastorno mental severo de tipo psicótico descompensado (N=4) y quienes explícitamente no dieron su consentimiento para la utilización de sus resultados en trabajos de investigación (N=3).

La muestra de población general se ha obtenido utilizando la técnica de "bola de



nieve" (Goodman, 1961) que permitía que los colaboradores buscaran a su vez otros colaboradores que accedieran a participar.

Análisis de datos

Se efectuaron análisis descriptivos, correlaciones lineales, análisis multivariante para comparaciones de medias controlando variables intervinientes, con estimaciones del tamaño del efecto de las diferencias encontradas, y análisis de varianza con prueba de Bonferroni para estimaciones *post hoc* de las diferencias entre grupos.

RESULTADOS

En primer lugar observamos que las muestras que vamos a comparar están desequilibradas en las variables sexo (muchas más mujeres en la muestra no clínica, al revés en la de adictos), nivel de estudios (predominio de universitarios en la muestra no clínica y de estudios secundarios entre los adictos) y edad ($t = 3,59; p < 0,001$). Por otra parte, estas variables también pueden tener una relación con los valores que estudiamos, de modo que predomine la predilección sobre algunos de ellos a determinadas edades, que sea un sexo el que muestre mayor o menor preferencia, o que el nivel de instrucción influya como elemento educativo para la selección de valores. Así aparece en la Tabla 2, en la que puede observarse que la edad muestra correlaciones significativas con 7 valores, hay diferencias en la elección por sexos en 6 valores y el nivel académico influye en la predilección por 3 valores.

Por ello, para establecer las comparaciones entre los valores declarados por adictos y población no clínica utilizamos un modelo lineal general, mediante análisis multivariante, que

nos permita el control de estas tres variables (Dillon y Goldstein, 1984). Los resultados se muestran en la Tabla 3. Se puede apreciar que aparecen correlaciones significativas en 11 de las 12 escalas de valores (todas menos Auto-suficiencia). Sin embargo, y a pesar de que la significación es generalmente alta, el tamaño del efecto de la correlación es muy bajo en todos los casos, siempre con $\eta^2_p < 0,10$.

Para estimar la escala de valores de cada muestra buscamos la puntuación media que cada una de ellas ha obtenido sobre la máxima puntuación posible de cada escala. Como podemos observar en la Tabla 4, apenas hay diferencias en la ordenación y estimación de los valores, de modo que casi se superpone la escala de valores declarada por los adictos y la que se obtiene en la población no clínica.

Efectuamos a continuación un estudio por sexos (Tabla 5). En primer lugar, se exploraron las diferencias entre varones y mujeres en cada muestra. En la muestra de población no clínica, y controlando las variables edad y nivel de estudios, puede observarse que, aunque muchas diferencias presentan significación, únicamente es destacable por su tamaño ($\eta^2_p > 0,10$) que los varones puntúan más en Estimulación y menos en Convencionalismo. En la muestra de adictos existen menos diferencias significativas y sólo es especialmente destacable la mayor puntuación otorgada por los varones a los valores de Universalidad.

Cuando comparamos entre sí a los varones de ambas muestras, aunque los adictos puntúan más en Poder, Convencionalismo, Tradición y Hedonismo, y menos en Universalidad, ninguna de las diferencias muestra un tamaño apreciable ($\eta^2_p < 0,10$ en todos los casos). En las mujeres, y por la misma razón, sólo es destacable la mayor preferencia de las adictas por valores de Estimulación ($\eta^2_p = 0,13$).



Tabla 2. Correlaciones entre las escalas del VAL-89 y las variables edad, sexo (1=varones, 2=mujeres) y nivel de estudios (1= sin estudios, 2= estudios secundarios, 3= BUP, COU, FP, bachillerato, 4= estudios universitarios).

Valores	Edad	Sexo	Nivelest
PODER	-0,12**	-0,09*	-0,06
ESTIMULACIÓN	-0,28***	-0,02	0,04
UNIVERSALIDAD	0,15***	0,03	-0,02
CONVENCIONALISMO	-0,12**	0,20***	-0,04
SUMISIÓN	0,00	0,07	-0,05
TRADICIÓN	0,15***	-0,11**	-0,20***
ESPIRITUALIDAD	0,02	0,17***	0,16***
AUTOSUFICIENCIA	-0,08	0,07	0,04
IDEALISMO	-0,03	0,19***	0,07
HEDONISMO	-0,24***	-0,03	-0,01
AUTORREALIZACIÓN	-0,11**	0,07	-0,03
SOCIABILIDAD	-0,04	0,17***	0,12**

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabla 3. Análisis multivariante de las diferencias en las puntuaciones obtenidas en las escalas del VAL-89 por las muestras de adictos y de población no clínica, controlando la edad, el sexo y el nivel de estudios alcanzado.

Valores	Población no clínica		Adictos a cocaína		F	η^2_p
	Media	D. t.	Media	D. t.		
PODER	32,39	9,47	34,71	11,30	5,67 ***	0,04
ESTIMULACIÓN	25,99	7,32	26,38	8,29	14,00 ***	0,09
UNIVERSALIDAD	29,21	6,24	28,43	7,59	4,86 **	0,03
CONVENCIONALISMO	59,83	7,27	59,26	8,40	10,93 ***	0,07
SUMISIÓN	27,97	6,02	27,62	7,30	2,54 *	0,02
TRADICIÓN	19,20	5,38	20,70	6,41	7,89 ***	0,05
ESPIRITUALIDAD	22,39	6,40	20,07	6,74	6,99 ***	0,04
AUTOSUFICIENCIA	25,00	3,62	24,80	5,04	1,37	0,01
IDEALISMO	35,00	4,06	33,99	5,45	5,45 ***	0,04
HEDONISMO	25,57	3,49	25,92	3,75	10,93 ***	0,07
AUTORREALIZACIÓN	57,57	7,18	57,53	9,95	3,11 *	0,02
SOCIABILIDAD	56,55	6,95	53,65	9,51	5,88 ***	0,04

η^2_p =Eta al cuadrado parcial como estimador del tamaño del efecto. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

**Tabla 4.** Porcentaje medio sobre la puntuación máxima de cada escala obtenido por ambas muestras.

Población no clínica		Adictos a cocaína	
IDEALISMO	87,5%	HEDONISMO	86,4%
CONVENCIONALISMO	85,5%	IDEALISMO	85,0%
HEDONISMO	85,2%	CONVENCIONALISMO	84,7%
AUTOSUFICIENCIA	83,3%	AUTOSUFICIENCIA	82,7%
AUTORREALIZACIÓN	82,2%	AUTORREALIZACIÓN	82,2%
SOCIABILIDAD	80,8%	SOCIABILIDAD	76,6%
UNIVERSALIDAD	73,0%	UNIVERSALIDAD	71,1%
SUMISIÓN	69,9%	SUMISIÓN	69,1%
ESTIMULACIÓN	65,0%	TRADICIÓN	69,0%
TRADICIÓN	64,0%	ESTIMULACIÓN	66,0%
ESPIRITUALIDAD	56,0%	PODER	57,9%
PODER	54,0%	ESPIRITUALIDAD	50,2%

Tabla 5. Diferencias de género en preferencia por valores en las muestras de adictos y no clínica (controlando edad y nivel de estudios).

Valores	Población no clínica					η^2_p	Adictos a cocaína					η^2_p
	Varones		Mujeres		F		Varones		Mujeres		F	
	Media	D.t.	Media	D.t.			Media	D.t.	Media	D.t.		
PODER	32,00	10,65	32,52	9,10	3,85 *	0,03	35,86	11,57	30,78	9,46	2,77 *	0,05
ESTIMULACIÓN	26,08	7,38	25,96	7,31	22,18 ***	0,14	26,51	8,25	25,95	8,52	1,08	0,02
UNIVERSALIDAD	29,06	6,44	29,26	6,19	1,65	0,01	28,47	7,77	28,30	7,01	9,34 ***	0,14
CONVENCIONALISMO	55,79	7,85	61,08	6,62	18,48 ***	0,12	59,28	8,16	59,18	9,31	3,02 *	0,05
SUMISIÓN	26,94	6,40	28,29	5,87	3,33 *	0,02	27,58	7,52	27,78	6,58	2,00	0,03
TRADICIÓN	19,07	5,84	19,24	5,23	5,84 **	0,04	21,35	6,12	18,45	6,96	4,48 **	0,07
ESPIRITUALIDAD	20,89	6,84	22,85	6,19	3,46 *	0,02	19,96	6,91	20,48	6,15	2,07	0,03
AUTOSUFICIENCIA	24,51	3,59	25,16	3,61	2,54	0,02	24,69	4,97	25,18	5,32	0,11	0,00
IDEALISMO	33,81	4,41	35,36	3,88	4,45 **	0,03	33,54	5,48	35,53	5,14	3,69 *	0,06
HEDONISMO	25,22	3,37	25,68	3,53	13,67 ***	0,09	26,22	3,45	24,90	4,53	2,30	0,04
AUTORREALIZACIÓN	55,86	6,91	58,10	7,19	6,41 ***	0,04	57,66	9,64	57,10	11,08	0,41	0,01
SOCIABILIDAD	54,74	6,35	57,10	7,04	3,64 *	0,03	53,52	9,62	54,10	9,20	2,25	0,04

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$



La preferencia por determinados valores muestra un declive significativo entre los grupos de edad: Estimulación, Convencionalismo, Hedonismo ($p < 0,001$), Poder ($p < 0,01$) y Autorrealización ($p < 0,05$). En otros sucede al contrario, aumentando su preferencia con la edad: Tradición, Espiritualidad ($p < 0,001$) y Universalidad ($p < 0,05$). En el resto, las preferencias tienden a ser estables.

La relación con el nivel de estudios no se muestra tan lineal. Sólo aparece clara una mayor preferencia por valores de Espiritualidad a medida que aumenta el nivel académico ($p < 0,001$). En otros casos, como en la Sociabilidad, es preferido por los dos extremos, quienes apenas tienen estudios y quienes los tienen de carácter universitario ($p < 0,001$), pero en menor medida por los grupos intermedios.

Nos interesaba conocer si la elección estaba mediatizada o relacionada de algún modo con variables de índole psicológica o psicopatológica. Puede observarse (Tabla 6) que apenas se observan relaciones entre estas variables. Y ello a pesar de que existen diferencias significativas (una vez controlados el sexo, la edad y el nivel de estudios; $p < 0,001$) entre adictos y población no clínica en todas las escalas de síndromes del Eje I medidas por el MCMI-II (salvo en Trastorno Delirante), siendo, como era esperable, máximas en las escalas de abuso de alcohol ($\eta^2_p = 0,58$) y de drogas ($\eta^2_p = 0,37$), y más moderadas en el resto (entre $\eta^2_p = 0,10$ para la hipomanía y $\eta^2_p = 0,31$ para la depresión mayor). Lo mismo sucede en las escalas de variables psicológicas del VIP: existen diferencias significativas (una vez controlados el sexo, la edad y el nivel de estudios; $p < 0,001$) entre adictos y población no clínica en todas las escalas, salvo en locus de control y habilidades sociales (n.s.).

Finalmente, nos interesaba conocer hasta qué punto la discrepancia entre el valor declarado y la conducta desarrollada se relacionaba con malestar psicológico. Para ello se seleccionó a aquellos sujetos que declaraban puntuaciones muy altas (por encima del percentil 75) y muy bajas (por debajo del percentil 25) en algún valor; por ejemplo, Sociabilidad; y, por otra parte, se seleccionó a los sujetos que obtenían puntuaciones muy elevadas (por encima del percentil 75) y muy bajas (por debajo del percentil 25) en la escala de Personalidad Antisocial del MCMI-II. Así se configuraron cuatro grupos, combinando ambas condiciones. Posteriormente se calcularon las puntuaciones medias obtenidas por cada grupo en ciertas escalas de síndromes del Eje I del MCMI-II y en las escalas de autoestima y optimismo del VIP. La hipótesis principal era que quienes declararan alta Sociabilidad y desarrollaran una mayor conducta Antisocial deberían declarar mayores niveles de malestar y menores de autoestima, al experimentar disonancia cognitiva (Festinger y Carlsmith, 1959). Así lo confirmaron los datos (Tabla 7): el grupo de alta puntuación en el valor Sociabilidad y alta puntuación en Personalidad Antisocial es el que alcanza los mayores niveles de sintomatología psicopatológica y menores de autoestima y optimismo, siendo los de alta Sociabilidad y baja Personalidad Antisocial los que puntúan en sentido contrario en las escalas de malestar. Sin embargo, la relación no es lineal, puesto que la psicopatología se relaciona más con la conducta antisocial que con los valores: el grupo de baja Sociabilidad y alta Personalidad Antisocial debería puntuar muy bajo en las escalas psicopatológicas si su conducta antisocial estuviera de acuerdo con sus valores; sin embargo, sus puntuaciones se sitúan en segundo lugar de severidad.

**Tabla 6.** Correlaciones entre las escalas del VAL-89 y las de síndromes del Eje I del MCMI-II y de variables psicológicas del VIP.

	VALORES SOCIALES											
	PODER	ESTIMULACIÓN	UNIVERSALIDAD	CONFORMIDAD	SUMISIÓN	TRADICIÓN	ESPIRITUALIDAD	AUTOSUFICIENCIA	IDEALISMO	HEDONISMO	AUTORREALIZACIÓN	SOCIABILIDAD
ANSIEDAD	0,07	0,01	0,22*	0,22*	0,17	0,22*	0,00	0,05	0,14	0,04	0,08	0,07
SOMATOFORME	0,17	0,19*	0,13	0,15	-0,02	0,09	0,08	0,04	0,13	-0,07	0,02	0,02
HIPOMANIA	0,21*	0,43***	0,02	0,15	-0,09	-0,04	0,14	0,04	0,03	0,15	0,08	0,11
DISTIMIA	0,09	-0,08	0,15	0,22*	0,15	0,21*	-0,01	0,20	-0,04	0,17	0,21	0,15
ABUSO ALCOHOL	0,20	0,33**	0,01	-0,21*	-0,07	-0,02	0,05	-0,04	-0,07	0,20*	0,00	-0,12
ABUSO DROGAS	0,22*	0,41***	-0,11	-0,01	-0,09	-0,06	0,08	0,06	-0,01	0,17	0,13	-0,04
PENSAMIENTO PSICÓTICO	0,04	0,18	0,08	0,05	0,14	0,03	0,07	0,14	0,00	0,04	0,11	0,17
DEPRESIÓN MAYOR	0,04	0,12	0,12	0,12	0,10	0,12	0,08	0,03	0,22*	-0,12	-0,01	0,07
DELIRANTE	0,07	0,09	-0,01	0,00	0,02	0,09	-0,01	0,14	0,02	-0,00	0,11	-0,13
AUTOESTIMA	-0,09	-0,05	-0,03	-0,07	-0,19*	-0,07	-0,16	-0,03	-0,13	0,11	-0,04	-0,13
AUTOEFICACIA	0,13	0,19	-0,03	-0,07	-0,31**	-0,01	0,01	-0,05	0,02	0,14	0,19*	-0,03
OPTIMISMO	-0,10	0,01	-0,08	-0,14	-0,23*	-0,03	0,02	-0,05	-0,09	0,08	0,09	-0,08
LOCUS DE CONTROL	-0,28**	0,01	0,08	-0,24*	-0,20*	-0,03	-0,02	-0,23*	-0,12	-0,05	-0,11	-0,18
HABILIDADES SOCIALES	0,22*	0,17	-0,13	0,01	-0,26**	0,10	-0,09	-0,05	-0,05	-0,00	0,12	-0,04
AUTOCONTROL	-0,21*	-0,25**	0,02	-0,10	0,01	0,06	-0,04	-0,17	-0,12	-0,0	-0,04	-0,09

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$



Tabla 7. Diferencias en escalas de síndromes del Eje I del MCMI-II y en autoestima y optimismo del VIP entre los grupos 2 X 2 de alta (por encima del percentil 75) y bajas (por debajo del percentil 25) Sociabilidad (VAL-89) y Personalidad Antisocial (MCMI-II).

	Sociabilidad		Alta		Baja		Baja		F
	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja	
Conducta Antisocial	Media	D. t.	Media	D. t.	Media	D. t.	Media	D. t.	
Ansiedad	66,1	36,5	23,9	25,6	58,3	35,1	25,8	17,5	9,0 ***
Somatoforme	49,1	28,4	26,0	19,1	46,0	19,2	23,9	11,9	7,3 ***
Distimia	57,6	37,2	21,2	16,4	50,3	32,3	23,7	16,6	7,9 ***
Abuso Alcohol	83,5	17,0	22,7	23,1	78,4	14,6	18,7	24,9	56,1 ***
Abuso Drogas	89,1	14,0	27,3	17,4	88,7	12,6	12,7	16,9	125,2 ***
Pensamiento Psicótico	71,6	17,4	24,7	24,3	60,7	24,5	9,1	18,0	28,1 ***
Depresión Mayor	60,7	23,6	8,2	19,3	57,0	24,7	9,6	19,7	30,7 ***
Autoestima	-22,0	56,2	54,2	37,0	-4,2	44,0	42,7	33,7	12,4 ***
Optimismo	3,2	51,3	32,2	45,2	5,9	34,1	33,5	22,0	3,0 *

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

DISCUSIÓN

Los datos del presente estudio sugieren que las diferencias encontradas entre los valores sociales preferidos por adictos a cocaína que se encuentran en tratamiento y los preferidos por una muestra amplia de población no clínica son de poca entidad. De hecho, cuando estudiamos los valores

escalados según la preferencia (correspondiendo al término común de "escala de valores"), prácticamente se superponen los de adictos y población no clínica. Este resultado puede resultar contraintuitivo en la medida en que se supone habitualmente que la adicción es una conducta guiada por valores diferentes de los socialmente admitidos.



Dos son las razones que proponemos para explicar estos resultados: las propias características del consumo de cocaína y la consideración de los valores sociales como guía de la conducta.

En primer lugar, las características del consumo de cocaína no son asimilables a las que presenta el consumo de otras sustancias, como puede ser la heroína, que configuran el ideario social sobre la adicción. Según la última Encuesta Domiciliaria del Plan Nacional sobre Drogas (2005) la prevalencia del consumo de cocaína en los últimos 12 meses superaba el 3% de la población. No parece que la prevalencia en la edad adulta haya disminuido sensiblemente en los siguientes años, al menos atendiendo a los datos de otras encuestas, como la Encuesta Estatal en Estudiantes de Secundaria (2006), en la que se informaba de que un 9% en 2004 y un 5,7% en 2006 de todos los estudiantes entre 14 y 18 años ya habían probado la cocaína. De hecho, la ONU, a través de su Oficina contra la Droga y el Delito, informó en 2007 de que España se encontraba a la cabeza del mundo en consumo de cocaína, y que más de una quinta parte del total de consumidores de cocaína europeos se encuentra en España (ONUDD, 2007). Tal implantación del consumo no se correspondería con una perspectiva de marginalidad similar a la que acompañaba al consumo de heroína en la década de los 80 y 90 en nuestro país.

Por tanto, el consumo de cocaína está fuertemente arraigado en la sociedad española actual y los consumidores, más o menos problemáticos, de esta droga no se encuentran exclusivamente en segmentos marginales de la población. En esa medida, es probable que compartan los valores sociales con sus conciudadanos no consumidores. Tanto más

cuanto que los valores que podrían atribuirse al consumo de cocaína, de carácter individualista, competitivo y hedonista, no distan mucho de aquellos que parecen guiar la conducta de la población general española (Megías et al., 2001). Cuando se estudia a consumidores de otras sustancias (Pedrero, Rojo y Puerta, 2007) aparecen diferencias que no se encuentran en los consumidores de cocaína: las personas con problemas por consumo de alcohol son más proclives a valores tradicionales, que prescriben comportamientos sociales correctos, guardando las formas, cívicos, que aprecian la seguridad de su nación y el respeto a costumbres y formas socialmente aceptadas de comportamiento; mientras que los consumidores de heroína son los que con menos intensidad admiten valores de índole prosocial y los consumidores de cocaína apelarían a valores coincidentes con el tipo del triunfador; pragmático y materialista.

En segundo lugar, hay que admitir explícitamente que asumir un determinado esquema de valores no implica necesariamente comportarse de acuerdo a él. Los valores que guían la conducta son predictores distales de actuación en situación de conflicto (Hobfoll, 2001). Cuando una persona cumplimenta un cuestionario como el VAL-89 probablemente está expresando su conocimiento sobre qué es lo más adecuado, lo más valorable, lo más deseable. La crítica principal que soportan los instrumentos de evaluación de los valores sociales es la facilidad con la cual puede introducirse un sesgo de deseabilidad por parte de quien cumplimenta el test: es muy probable que diga aquello que cree que se espera que diga, si desea mantener una imagen loable frente al encuestador. Sin embargo, si los valores se definen como las creencias o ideas que los individuos y los grupos humanos

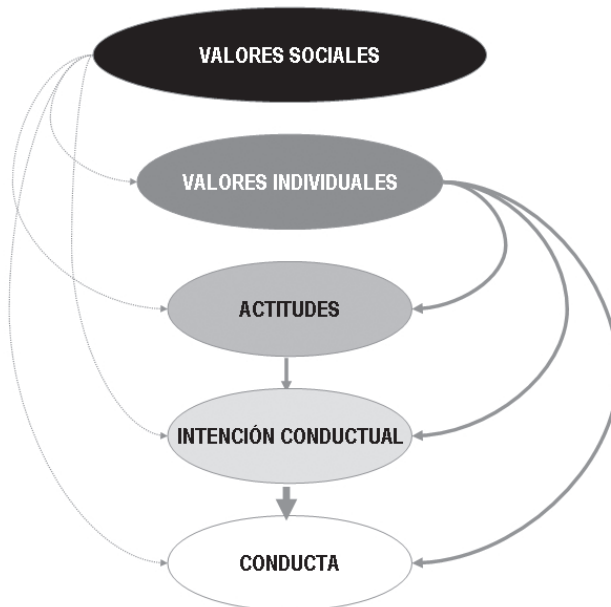


mantienen acerca de lo que es deseable y apropiado ¿puede hablarse en realidad de un sesgo? Cuando una persona cumplimenta un test de valores y para hacerlo infiere qué es lo deseable para los otros, para quienes puedan conocer los resultados, está infiriendo en realidad cuáles son los valores más deseables en su contexto social y, en consecuencia, está respondiendo adecuadamente al test que se le propone.

Lo que la prueba utilizada mide en realidad son los valores sociales asumidos por los sujetos, pero no necesariamente los valores individuales. Mientras los valores sociales representan una guía distal de la actuación en términos de lo que se espera de un mismo, cada persona transforma lo ideal en un modelo individual en función de los propios ob-

jetivos. Esto no sólo es aplicable a los adictos: como encontraban Megías et al. en su trabajo (2001), la gente, en general, sabe distinguir entre lo que sería deseable y lo que hay que transmitir a los hijos para favorecer su supervivencia y desarrollo. En un esquema gráfico (Figura 3) los valores sociales se relacionarían con la conducta a través, en primer lugar, de la jerarquía de valores asumida por el sujeto y, en segundo lugar, de las actitudes, consideradas como predisposiciones a comportarse de un modo u otro (3). Como predictor distal: (1) el esquema social de valores asumido tendría una baja correlación con la conducta, (2) aunque, al tratarse de guías prescriptivas de lo que debe y no debe hacerse, su trasgresión debería tener consecuencias negativas para el individuo.

Figura 3. Interrelación entre valores sociales y conducta.





Para comprobar este extremo, hemos utilizado dos cuestionarios que miden diversas variables psicológicas (VIP) y psicopatológicas (MCMI-II). En ambos casos se aprecian diferencias altamente significativas entre los adictos a cocaína y la población general, que se traducen, en términos generales, en menor autoestima, menor autoatribución de eficacia, menor optimismo de cara al futuro, menor capacidad de autocontrolar la conducta y mayor sintomatología ansiosa, depresiva, somatoforme, etc. Sin embargo, apenas se encuentra relación entre la sintomatología psicopatológica y la elección de valores, de modo que esta elección no parece mediatizada por factores como la depresión, la ansiedad o la baja autoestima.

Sin embargo, existe otra relación posible: la disonancia cognitiva (Festinger y Carlsmith, 1959) entre los valores asumidos y la conducta desarrollada. Dicho de otro modo, si alguien asume como valor que debe guiar su conducta la Sociabilidad (tolerancia, respeto, racionalidad, servicialidad, responsabilidad) y en la práctica se comporta de modo intolerante, impulsivo, irrespetuoso, irresponsable y abusivo (Personalidad Antisocial) debería experimentar un cierto grado de malestar. Así lo confirman los datos en parte. Pero, por encima de los efectos de la disonancia cognitiva el malestar parece relacionarse con la propia conducta antisocial, pues son los dos grupos que más puntúan en esta escala los que presentaron más malestar (ansiedad, depresión, distimia, somatización). La conducta antisocial puede rendir beneficios a corto plazo, pero aliena el apoyo que otros pudieran dar en situaciones futuras, traduciéndose en malestar en el medio plazo (Monnier, Stone, Hobfoll y Johnson, 1998) y ello con cierta independencia de los ideales de conducta escogidos.

En resumen, los datos obtenidos sugieren que los adictos a cocaína que están realizando un tratamiento conocen y asumen los valores sociales de su grupo social de referencia, principalmente porque forman parte del grupo social, sin ocupar necesariamente espacios marginales. Tanto entre los adictos a cocaína como entre la población no clínica los valores principales son los de Idealismo, vinculado a la búsqueda de un mundo justo, el Hedonismo, vinculado a la búsqueda del placer y la huída del sufrimiento, y el Convencionalismo, conectado con el respeto a formas de comportamiento acomodaticias y basadas en hábitos mayoritariamente aceptados. Del mismo modo, ambos grupos rechazan por igual (o, al menos, sitúan en los últimos escalones de importancia) los valores de Poder, relativos al dominio sobre otros y el triunfo, y la Espiritualidad, relacionados con visiones místicas o religiosas de la existencia. Sin embargo, y como ya se constató en estudios previos (Pedrero, Rojo y Puerta, 2007), la asunción de estos valores no pasa de ser una formulación ideal de intenciones, pudiendo mostrar una conducta contraria a esta escala de valoración. Aún cuando se escojan ideales prosociales, es frecuente que los adictos se comporten de modo antisocial, no tanto por "trastorno mental", sino posiblemente porque estas formas de comportamiento adquieren valor de supervivencia en el mundo de la droga (Lavelle, Hammersley y Forsyth, 1991). Sin embargo, en el núcleo de esta trasgresión se encuentra una parte de su malestar y éste podría operar en el sentido de mantener la conducta adictiva configurando un círculo vicioso bien conocido en los dispositivos de tratamiento. Esta contradicción entre lo que se considera deseable y lo que se hace no es exclusiva de los adictos: forma parte de



la dinámica social en la que se desenvuelven. Las instancias educativas (familia, escuela, comunidad) intentan transmitir simultáneamente valores difícilmente compatibles como son los fundamentativos (solidaridad, tolerancia, etc.) por un lado, y los utilitarios (competitividad, éxito, logro, etc.) por el otro (Alonso et al., 1995), lo que es coherente con los hallazgos de estudios más recientes ya citados (Megías, 2001). A pesar de ello, los programas de tratamiento, y en concreto las intervenciones psicoeducativas, deberían mantener una doble vertiente: Transmitir valores fundamentativos (por mantener la terminología de Alonso), preparar para la circulación adecuada en la red social -competencia principal de la Educación Social; Olivar, 2005- y modificar actitudes para acortar el camino entre lo que se tiene por deseable y la conducta real de los individuos.

REFERENCIAS

- Allamani, A. (2007). Addiction, risk, and resources. *Substance Use & Misuse*, 42, 421-439.
- Alonso, C., Comas, D., Megías, E. y Pedrero, Y. (1995). Los valores de los adolescentes y el consumo de drogas. *Adicciones*, 7, 77-90.
- Chinese Culture Connection (1987). Chinese values and the search for culture-free dimensions of culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 18, 143-164. Citado en J. Pons y E. Berjano, *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas, 1999.
- Dillon, W. y Goldstein, M. (1984). *Multivariate análisis, methods and applications*. Nueva York: Wiley.
- Eckersley, R. M. (2005). 'Cultural fraud': the role of culture in drug abuse. *Drug and Alcohol Review*, 24, 157-163.
- Emrich, H. M. y Eggers, C. (2001). Addiction as a life style: on the social anthropology of addiction. *Psychiatrische Praxis*, 28, 55-59.
- Festinger, L. y Carlsmith, J. M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 203 - 210
- Fronzizi, R. (1994). *¿Qué son los valores? : Introducción a la axiología* (3ª Ed.). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Gibbins, K. y Walker, I. (1993). Multiple Interpretations of the Rokeach Value Survey. *Journal of Social Psychology*, 133, 797-805.
- Goodman, L. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32, 148.
- Have, H. y Sporken, P. (1985). Heroin addiction, ethics and philosophy of medicine. *Journal of Medical Ethics*, 11, 173-177.
- Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing Conservation of Resource Theory. *Applied Psychology*, 50, 337-370.
- Kielhofner, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. 3ª Ed. Buenos Aires: Panamericana.
- Lavelle, T. L., Hammersley, R. H. & Forsyth, A. J. M. (1991) Personality as an Explanation of Drug Use, *Journal of Drug Issues*, 21, 593 - 604.
- Megías, E. (coord.), Elzo, J., Comas, D., Rodríguez, E., Megías, I., Navarro, J., Romani, O. (2001). *Valores sociales y drogas*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).



- Menezes, I. y Campos, B.P. (1997). The process of value-meaning construction: A cross-sectional study. *European Journal of Social Psychology*, 27, 55-73.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual*. Adaptación española de A. Ávila-Espada (Dir.), F. Jiménez Gómez (Coord.) y cols. Madrid: TEA.
- Molpeceres, M. A. (1991). Sistemas de valores, estilos de socialización y colectivismo familiar: Un estudio exploratorio de sus relaciones. Tesis de Licenciatura. Citado en J. Pons y E. Berjano, *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas, 1999.
- Monnier, J., Stone, B.K., Hobfoll, S.E. y Johnson, R.J. (1998). How antisocial and prosocial coping influence the support process among men and women in the U.S. Postal Service. *Sex Roles*, 39, 1-20.
- Olivar, Á. (2005). La Educación Social en el tratamiento de drogodependencias. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 3, 159-186.
- ONUDD (2007). *Informe mundial sobre las drogas*. ONU: Oficina de las Naciones Unidas, contra la Droga y el Delito.
- Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pedrero, E. J., Martínez, I. y Olivar, Á. (2002). Desarrollo y validez de un cuestionario para medir el cambio educativo en comunidades terapéuticas para drogodependientes. *Adicciones*, 14, 33-46.
- Pedrero, E. J., Pérez-López, M., De Ena, S y Garrido, C. (2005). Validación del cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas "guiado por la personalidad". *Trastornos Adictivos*, 7, 166-186.
- Pedrero, E. J., Rojo, G. y Olivar, Á. (2008). Valores sociales y adicción: estudio psicométrico del cuestionario VAL-89 en población general y adictos en tratamiento. *Adicciones*, en prensa.
- Pedrero, E. J., Rojo, G. y Puerta, C. (2007). *Valores sociales: diferencias entre población general y adictos en tratamiento*. X Jornadas de Aproda. San Roque: Cádiz. Documento no publicado.
- Peele, S. (1987). How people's values determine whether they become and remain addicts. *Journal of Drug Issues*, 17, 187-215.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional sobre Drogas (2006). *Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Rojo, M. J., Valdemoro, G. C. y Cervera, G. (1994). Análisis de los valores en toxicómanos, medidos mediante la escala de valores de Rokeach. *Anales de Psiquiatría*, 10, 272-278.
- Rojo Mota, G. (2008). Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastornos Adictivos*, 10, 88-97.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Rokeach, M. (1979). *Understanding human values. Individual and societal*. Nueva York: Free Press.
- Rokeach, M. y Reagan, J. F. (1980). The role of values in the counseling situation. *Personnel and Guidance Journal*, 58, 576-82.



Saiz Galdós, J. (2007). El abuso de cocaína, ¿problema de oferta o de demanda social?: un estudio transcultural y correlacional que compara variables macrosociales, económicas y culturales. *Adicciones*, 19, 35-44.

Schwartz, S. H. y Bilsky, W. (1987). Towards a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 550-562.

Tamayo, A., Nicaretta, M., Ribeiro, R. y Barbosa, L. (1995). Prioridades axiológicas y consumo de drogas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 41, 300-307.

Thomas, W. I. y Znaniecki, F. (1918-20). *The polish peasant in Europe and America*. 5 volúmenes. Boston. Badger.

Unger, J. B., Ritt-Olson, A., Teran, L., Huang, T., Hoffman, B. R. y Palmer, P. (2002). Cultural values and substance use in a multiethnic sample of California adolescents. *Addiction Research & Theory*, 10, 257-279.