



Capítulo I

Justificación y Definición del Problema

1.1. Las Drogas y su Prevalencia

El consumo de drogas es considerado actualmente una pandemia mundial, de difícil prevención e intervención y con posibilidades de generar patrones clínicos de dependencia y abuso, afectando al sujeto en dimensiones de tipo personal, familiar, social, económica y política (Becoña, 2002; Corominas, Roncero, Bruguera y Casas, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2008; Organización Mundial de la Salud –OMS-, 2005; Pérez, Mejía, Reyes y Cardozo, 2015).

En la actualidad el consumo de drogas está desbordado. La marihuana es la droga ilegal de mayor consumo, seguida por la cocaína, muy popular en América y Europa y de opiáceos con mayor uso en Asia con 12.7 millones de consumidores (Echavarría y Giraldo, 2015). También ha aumentado la experimentación de nuevas drogas como el kokodril y se desplazan drogas, como la heroína por opioides sintéticos a morfina, fentanilo y des morfina (Echavarría y Giraldo, 2015) y es frecuente el uso de medicamentos con propiedades relajantes o estimulantes como el metilfenidato (Castellanos y Espinosa, 2013).

El informe mundial sobre las drogas realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNODC – (2018), ha descrito que para el 2016 unas 275 millones de personas en el mundo entre los 15 y 64 años habían consumido una droga, de los cuales 31 millones padecen

trastornos derivados de este consumo y en Sur América en el 2010 hubo un aumento del 60% de consumidores con mayor número en adolescentes y necesitando intervención clínica 2.4 millones de personas (Castaño y Uribe, 2014; Melo y Casthaneria, 2010; Toaza, 2011).

En el 2001 Estados Unidos describió que 70.9 millones de sujetos eran adictos al tabaco con iniciación a los 12 años (National Institute on Drug Abuse –NIDA-, 2010a). En España, el 87% de sujetos entre 15 a 18 años eran fumadores (Lloret, Morell-Gomis, Laguia y Moriano, 2017) y en el mundo existían 1.200 millones con proyección a 2000 millones en el 2020 (Becoña; 2002).

En el 2008, un total de 730.000 sujetos eran adictos a los inhalantes con pico a los 14 años, siendo el popper el producto más consumido en Estados Unidos (Nida, 2011). Pero la droga ilegal con mayor promoción y consumo en el mundo es el cannabis con 192 millones de consumidores de los cuales 13,8 millones son adolescentes (UNODC, 2018) y el 81% de los consumidores de esta droga en Estados Unidos están entre los 12 y 17 años (Nida, 2015) en España uno de cuatro adolescentes escolarizados la consume y el 12% de consumidores de esta droga están entre los 15 y 34 años (Lloret, et al. 2017; Martínez y Ojeda, 2016).

Existen 18 millones de consumidores de cocaína en el mundo (UNODC - 2018) de los cuales uno de seis es un estudiante en Estados Unidos (Hidalgo y Redondo, 2005; Nida, 2009). En España, el 10% de sus consumidores son adolescentes (Lloret, et al. 2017) y 359.000 personas son adictas al crack en Estados Unidos.

Un 9.8% es adicto a los esteroides (Nida, 2010b) y 34 millones de personas en el mundo consumen anfetaminas y estimulantes (UNODC, 2018) solo 21 millones consume éxtasis (UNODC, 2018) e ingresan 2.221 jóvenes a servicios médicos por intoxicación de esta droga en Estados Unidos (Nida, 2007b) en España un 6% de adolescentes la consume (Castellanos y Espinosa, 2013).

En Colombia para el 2013 habían ingresado 480.000 menores a urgencias por abuso de sustancias y en el 2015 un 63% de estudiantes en Bogotá de

seis y once de bachillerato informan ser consumidores de drogas como el tabaco el 24.3%, marihuana el 7%, cocaína el 2.8%, bazuco 0.7%, inhalantes 3.1%, éxtasis 1.2%, ácidos 1.5%, tranquilizantes 1.1%, popper 2.5%, heroína 0.5% y dick el 4.1%. (Andrade, Betancourt, Moreno y Alvis, 2017; Echavarría y Giraldo, 2015; Pérez, et al. 2015) y se clasifican en dependencia de cannabis 250 mil casi el 57% de consumidores de esta droga, 140 mil de cocaína siendo el 60% y 34 mil de bazuco siendo el 78% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

1.2. Drogas: concepto, consecuencias y un modelo social de la problemática

Las sustancias psicoactivas o también denominadas drogas, son un concepto genérico, denominado así, por la capacidad para generar respuestas altamente recompensantes, producto de la activación biológica y neurológica del sistema nervioso central (SNC) (Asociación Psiquiátrica Americana –APA, 2014; OMS, 2005). La sensación de placer y el supuesto bienestar que ofrece, implica costos en la vida de los sujetos; uno de ellos es la ausencia de control de la conducta, que inicia con un consumo recreativo y circunstancial, pasando hacia un comportamiento dependiente y abusador (APA, 2014).

La obsesión por consumir, no es una consecuencia de la consciencia, sino de la modificación biológica del SNC; el cual no puede regularse con estimulación aferente natural, si no que requiere de la sustancia para lograrlo (Alcázar, Verdejo, Bouso y Ortega, 2015; Apa, 2014; Nida, 2012). Resultado del daño en los sistemas de comunicación (Martínez, 2012; Patiño, 2012; Sánchez, Arroyo y Azcona, 2014) modificación molecular y cambios en la regulación de neurotransmisores y receptores especializados (Quintero, 2015) haciendo deficiente la comunicación entre regiones corticales y subcorticales y concluyendo en el desarrollo de comportamientos reflejos, automáticos, impulsivos, obsesivos y patológicos (Ruiz-Sánchez, Pedrero-Pérez, Lozoya-Delgado, Llanero-Luque, Rojo-Mota y Puerta- García, 2012).

La irregularidad en las formas de activación y comunicación en red en especial de la corteza prefrontal, concluyen en un mal funcionamiento ejecutivo, con deficiencias en la atención, memoria de trabajo, flexibilidad, planeación y resolución de problemas; y la afectación en regiones subcorticales generan desordenes afectivos y conductuales como trastornos depresivos, tendencia suicida, dificultades al dormir, comportamiento impulsivo, hiperactivo, agresivo y disocial (Riaño-Hernández, Guillen & Buela-Casal, 2015).

Hay afectación en la neuropsicología de la toma de decisiones (TD) quedando a merced de procesos impulsivos, con desventaja y desprovistos de juicio moral; como lo identifico Pérez –Gómez (2010, citado en Fuenmayor y Saavedra, 2015) en una muestra de 1667 menores infractores y 9.500 adolescentes no infractores; en donde los infractores eran consumidores en una frecuencia 20 veces superior a los no consumidores y consumían 75% tranquilizantes, 50% cocaína, 36% inhalables, 21% bazuco, 12% éxtasis y 6% heroína.

El National Institute on Drug Abuse (NIDA), en sus ediciones 2007a y 2010; ha concluido que el consumo frecuente genera tolerancia, resultado de la modificación de estructuras cerebrales que inhiben la capacidad de receptores y modifican el flujo eléctrico y químico, implicando la necesidad de mayor cantidad del producto para lograr la sensación. La que en inicio es intensa, pero con el tiempo se transforma en experiencias desagradables y dolorosas (abstinencia) y que solo es calmada con un mayor consumo. La falta de conciencia y el aumento compulsivo del producto termina para un 6% de adictos en la muerte por sobredosis (Nida, 2010).

También se afecta el corazón, hígado y riñones y se generan enfermedades como cirrosis, deficiencias cardio pulmonares, cáncer de pulmón, accidentes cerebro vasculares (Nida, 2010a) y de trastornos neurológicos y psiquiátricos (esquizofrenia, síndrome de korsakoff, psicosis, tendencia suicida, síndrome a motivacional) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008; Pérez, et al. 2015).

La afectación implica el desarrollo de comportamientos impulsivos que lleva a los sujetos a realizar conductas de alto riesgo como la sexualidad

sin protección (VIH, hepatitis C, embarazo no deseado y adolescente, enfermedades de transmisión sexual) (Méndez, 2012; OMS, 2005) conducción de automóviles (10% de muertes relacionados con drogas y accidentes de tránsito) (Balogun, Koyanagi, Stickley, Gilmour & Shibuya, 2014 citado en Pérez, et. al 2015) compartir jeringas, habitar lugares insalubres y la realización de conductas de tipo delincencial y disocial.

El costo de la pandemia en Estados Unidos es de 700.000 millones de dólares al año y por consumo de tabaco y alcohol es de 10.7 millones de dólares en el 2005 (López, 2012) sumando la baja productividad de los adictos, que según la OMS con medición de índice AVAD (años de vida ajustados a discapacidad) en el 2000 fue de 59 millones de años de pérdida laboral por consumo de tabaco, 58 millones por alcohol y 20 millones por drogas en Estados Unidos (Martínez, Pérez y De las Heras, 2008).

El innegable daño que produce el consumo y el aumento considerable de sujetos consumidores con consecuencias individuales, sociales, políticas y económicas. Han llevado a los estados a definir políticas para su intervención, incluyendo una visión paradigmática de tipo económico y basada en preceptos de oferta y demanda. La tesis de la oferta sostiene que al eliminar la producción terminaría la problemática y al contrario los teóricos de la demanda consideran que es necesario reducir la posibilidad de compra.

Ante la existencia de dos caminos para intervenir la pandemia, Colombia y otros países han tomado la decisión de intervenir la oferta e incluir una política que elimina a productores y comerciantes y enfocarse en la tesis, que sin producto no hay oferta y sin oferta no hay demanda ni consumo (Thoumi, 2009).

Uno de los ejemplos de esta propuesta es el Plan Colombia, proyecto desarrollado con los Estados Unidos y que hasta el año 2000 había entregado recursos por 18.500 millones de dólares más apoyo militar y permitiendo la creación de batallones especializados, erradicación con glifosfato y aumento del presupuesto para la compra de armamento. Entre sus resultados se cuentan miles de hectáreas destruidas y toneladas de droga incautada, encarcelamiento y muerte de carteles del narcotráfico

ubicados en guerrillas, paramilitares y políticos (Morín y Collins, 2000 citados en Becoña, 2002; Pérez y Mejía; 2015).

Pero el Plan Colombia, también inserto al país en una guerra civil enfrentando a narcotraficantes y militares de zonas urbanas y rurales por más de tres décadas, que como resultado dejó el aumento de la pobreza, desplazamiento y terrorismo (Thoumi, 2009). En un plan fallido que en la actualidad solo puede incautar una de diez drogas que se producen, aumento en el 100% de consumidores en Estados Unidos y Colombia y se ha identificado el involucramiento de nuevas mafias en todos los sectores como el político, económico, justicia y sociedad (Pérez y Mejía, 2015).

El error en la intervención de la oferta ha llevado a diversos países a repensar el paradigma y cambiar sus preceptos que pasan de un concepto de represión a uno de legalización (Castaño y Uribe; 2014). En Colombia, el presidente Juan Manuel Santos, en el marco de la cumbre de los Estados Latinoamericanos realizada en Cartagena en 2012 ha nombrado la idea de legalización de la marihuana y ha estructurado la ley 1566 de 2012 que establece los derechos para el consumidor (Pérez y Mejía, 2015) y diversos países del continente como Bolivia o estados de Estados Unidos han continuado estos preceptos.

La idea de la posible legalización de las drogas, como ha sucedido con el alcohol y tabaco modifican el paradigma de observación del fenómeno. No enfocándose en la oferta o el productor si no en el demandante o comprador. El comprador como responsable de su consumo y como mantenedor de un mercado con graves consecuencias.

La responsabilidad, que tiene el sujeto en el mantenimiento de una problemática mundial; lleva a la necesidad de generar conocimiento que explique el fenómeno; ya no desde condiciones externas, si no desde el análisis de la naturaleza humana y que incluyen elementos como la psicología, la neurología y las neurociencias cognitivas. Disciplinas que actualmente gozan de confiabilidad y validez y podrían dar elementos explicativos de este hecho (Echavarría y Giraldo, 2015; Najul y Witzke, 2008; Papazian, Alfonso y Luzondo, 2006; Portellano, 2005).

1.3. Elección y consumo de una droga, descripción de un problema humano

Los estudios relacionados con las drogas y la conducta de consumo (Ruiz-Sanchez, Pedrero-Perez, Lozoya-Delgado, Llanero-Luque, Rojo-Mota y Puerta- Garcia, 2012; Sanchez, Arroyo y Azcona, 2014; Vivo, Saric, Muñoz, McCoy, Lopez-Peña y Bautista-Arredondo, 2013; Villegas, 2014; Vera, Tanori, Valdes, Martínez y Carlos, 2014; Sanchez, Arroyo y Azcona, 2014) parecieran mostrar una línea que divide dos momentos específicos. Uno antes y otro después de consumir.

Los enfocados en explicar que sucede después de consumir, han logrado profundizar sobre las consecuencias acontecidas en las estructuras neurológicas y neuropsicológicas provocadas por la toxicidad de la sustancia, además han identificado el origen de los trastornos clínicos por consumo, abuso y dependencia a través de la explicación basada en la perversión de los sistemas dopaminérgicos y su afectación en redes, conexiones con la corteza prefrontal y daños en las estructuras moleculares.

Conclusiones, que se han logrado por el uso confiable de tecnologías como el electroencefalograma, resonancia magnética, tractografía e instrumentos neuropsicológicos como test de senso percepción, atención, memoria, funciones ejecutivas, inteligencia, etc.; identificando hallazgos que describen trastornos afectivos, personalidad y cognitivos asociados al consumo. Los productos de esta línea de investigación son brillantes y casi que irrefutables, permitiendo tener certezas sobre la problemática.

La segunda línea de investigación, está centrada en el antes de consumir y tiene como objetivo, comprender los factores que promueven la conducta y llegando a la conclusión, que el consumo tiene relación con factores de tipo político, económico, social, familiar, biológico, afectivo y personalidad; considerando al fenómeno de naturaleza sistémica y complejo, en donde todos los factores son intervinientes en el desarrollo de la conducta, e incluyendo una de sus propuestas de mayor importancia como es la tesis de factores de riesgo y protección (Becoña, 2002).

Los factores de riesgo y protección, son un modelo que describen las relaciones existentes con las micro y macro estructuras del fenómeno, pero sin ánimo de ser concluyentes, ya que el objetivo es caracterizar la población consumidora con factores de tipo externo. Este tipo de análisis permite identificar las influencias del ambiente, pero no logra explicar las condiciones subjetivas que llevan al sujeto a consumir, de ahí que se encuentren resultados que son criticables.

Por ejemplo, los estudios de factores de riesgo identifican a la pobreza y las negativas relaciones afectivas como variables que incrementan la intención de consumo; sin embargo, existen consumidores con condiciones contrarias.

Para esta investigación, el hecho de la conducta de consumo; no es solamente un producto de factores ambientales intervinientes, ya que el sujeto es poseedor de recursos, habilidades y condiciones neurológicas, neuropsicológicas y cognitivas que definen el inicio y acción de un comportamiento. Por lo tanto, la conducta de inhibición o consumo de una droga, no es solamente el producto de los factores ambientales, sino de las dinámicas y procesos mentales en los que se incluyen recursos cognitivos, neuropsicológicos y neurológicos, encargados de procesar la información y de generar las funciones de comportamiento.

Incluso, autores como Ardila y Ostrosky-Solis (2008) describen que los sujetos realizan operaciones de alta complejidad; en los que se denotan procesos de transformación de estímulos ambientales en funciones de tipo eléctrico y neural; sucedidas en el interior del SNC y en sus procedimientos se integran las funciones cognitivas como las memorias, conocimientos y neuropsicológicos como los procesos ejecutivos; terminando en la generación de productos de alta complejidad como es la resolución de problemas y actividad inteligente.

Los movimientos, las acciones, los lenguajes y los comportamientos, que se expresan en los seres humanos, son productos de la acción neurológica, neuropsicológica y cognitivas que se desarrollan entre las redes y regiones del SNC (Martínez-Selva, Sánchez-Navarro, Bechara y Roman, 2006; Sastre-Riba, Merino-Moreno y Poch-Olive, 2007), incluso Ardila y Ostrosky – Solis (2008) afirman que la elección y organización

del comportamiento, tienen origen en la corteza prefrontal y sus redes neurológicas, los que de forma magistral permiten la integración y acción de las funciones ejecutivas, para utilizar los lenguajes tipo conocimiento o representación y generar productos cognitivos de planeación, inhibición, toma de decisiones, entre otros. Estos productos, se remiten a la región sensorio motriz, quienes tienen la capacidad de organizar y planear movimientos estructurados, coherentes y finos, con el objetivo de expresar los productos cognitivos originados en la corteza prefrontal (CPF).

Por lo tanto la acción de inhibición o compra de una droga, sería el resultado de procesos neurológicos, neuropsicológicos y cognitivos; que son necesarios reconocer, clasificar y describir para entender el fenómeno e incluyendo la revisión de elementos paradigmáticos y teóricos que pudieran afianzar el estudio de este fenómeno y que para ello se ha estudiado las teorías de la psicología cognitiva de la representación como una forma de entender las estructuras de conocimiento integradas en la decisión de consumir y de las funciones ejecutivas de planeación, inhibición y toma de decisiones como los elementos neuropsicológicos, relevantes en el procesamiento y tratamiento de la información.

La representación, tiene su origen conceptual en la psicología cognitiva y es considerada como la estructura mental con capacidad de generar comportamientos. Entre sus autores están Bandura (aprendizaje vicario), Beck (ideas racionales – irracionales), Piaget (Constructivismo y desarrollo del pensamiento) (Sánchez, 2009) incluso Vygotsky al describir la existencia de lenguajes internos representados en la mente y construidos en la interacción del ambiente y las funciones neurológicas (Martínez, Pérez y De las Heras, 2008; Torralba, 2015).

Para los cognitivistas, las representaciones y sus cualidades en los contenidos son los que generan las condiciones del comportamiento; por lo tanto, su estudio y análisis permitiría no solo la definición de una conducta, sino además la predicción. Como lo menciona Ajzen (2001) en su teoría de conducta planificada (TCP) y en las que organizaciones como la OMS (2005) y la Organización Panamericana de la Salud (citado en Arbaiza, 2014) han utilizado el modelo con fines de predicción en temas como las drogas, la sexualidad y la prevención de enfermedades (Tort, Cortes, Gimenez, Luque y Gomez, 2011; Peltzer, et al. 2013; Lloret, et al., 2017).

En la TCP emerge el concepto de intencionalidad, el cual es una representación mental tipo creencia con contenido semántico que define y justifica la posibilidad o inhibición de desarrollar una conducta (Ajzen, 1991 citado por Martín, Martínez y Rojas, 2011) esta estructura contiene otras tres creencias que fortalecen la representación, entre ellas; 1) creencias de valoración positiva o negativa hacia la realidad, 2) creencias de percepciones positivas o negativas que tienen los otros respecto a la conducta y 3) creencias sobre la existencia o deficiencia de recursos personales y ambientales para realizar la conducta (Ajzen, 2001; Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 2012; Peltzer, Brandariz, Biscarra, Santángelo, Conde y Cremonte, 2013).

La tesis de los cognitivistas y su uso actual en diferentes campos del análisis de la conducta, permiten inferir que, en la mente, existan este tipo de representaciones centradas en creencias e intencionalidad y las cuales se pudieran identificar según sus contenidos, su influencia en la inhibición o promoción de la conducta de consumo.

Pero el estudio también debe incluir el análisis de los procesos neuropsicológicos tipo función ejecutiva (FE), ya que estos son los responsables de la elección, organización y funcionalidad de una conducta y de ahí que funciones como la inhibición, la planeación y la toma de decisiones (TD), se consideren como claves en el análisis estructural de la intención para consumir (Stelzer, Cervigni y Martino, 2010; Tirapu-Ustarroz, Muñoz-Céspedes y Pelegrin-Valero, 2002).

Por ejemplo, la TD es una funcionalidad neuropsicológica con la capacidad para seleccionar una alternativa dentro de un rango de estímulos (Bausela, 2007b) su elección permite realizar una conducta presente y futura con ventaja, en relación a su consecuencia y contexto (Verdejo, 2006; Oliva, 2007).

Por su parte la planeación es una funcionalidad que genera programas para desarrollar objetivos y metas, resultado de la integración entre estructuras cognitivas y operaciones neurológicas en la CPF y junto con el control inhibitorio, permite desarrollar condiciones para lograr la meta, además de inhibir estímulos, regiones y funcionalidades que no aporten en el cumplimiento del objetivo.

Pero las funciones ejecutivas, no se organizan de forma similar en los sujetos y por el contrario tiene expresiones diferentes (Verdejo, 2006) producto de procesos madurativos, contenidos cognitivos y regulación neurológica (Damazio y Bechara, 2001, citados en De Lorenzo, 2012; Donoghue y Rabin, 2000; Villalba y Verdejo-Garcia, 2012; Asensio, 2011; Caña, Michilini, Acuña y Godoy, 2015).

Un ejemplo son los sujetos con TDAH que difieren de la forma de procesar información con sujetos que no padecen esta sintomatología, en los primeros es frecuente el comportamiento impulsivo y incoherente de contexto (Florez-Lazaro, Castillo-Preciado y Jimenez-Miramonte, 2014; Florez y Ostrosky, 2012).

De igual manera, está la acción madurativa, la cual no solo depende de procesos biológicos, sino de condiciones estimulativas como la crianza, la cultura y educación; y se muestran diferencias en la regulación del FE, en hijos con padres violentadores, maltratadores o negligentes con hijos de padres afectivos, educados y acompañantes, los últimos tienen un mejor desarrollo cognitivo y conductual que los primeros (Rivarola, Pilatti, Godoy, Brussino y Pautassi, 2016; Tirapu-Ustarroz, et al. 2002; Verdejo y Perez-Garcia, 2005; Vivo, Saric, Muñoz, McCoy, Lopez-Peña y Bautista-Arredondo, 2013).

Pero los sujetos deben de una u otra manera realizar procesos de TD, inhibición o planeación, ante la estimulación ambiental para el consumo de una droga, la que se encontrara diferida por las acciones de tipo neurológico o de madurez y que en perspectiva también describe un riesgo en los sujetos.

Los adolescentes, en Sur América, tienen un consumo superior al 16% comparado con otras etapas del desarrollo y esto posiblemente sea debido a que las FE que son un producto de la CPF solo terminan su desarrollo hasta la segunda década de vida (Cookea, Dahdaha, Normanb y Frenche, 2016; Luengo, et al. 2012; Melo y Casthaneria, 2010; Perez y Mejia, 2015).

Esto deja al sujeto adolescente vulnerable ante un alto contenido ambiental de consumo de drogas (música, televisión, cultura adolescente)

(Comisión Económica para América Latina y el Caribe, citado en Vivo, et al. 2013; Nida, 2010b; Ministerio de Protección Social y Salud 2008; Martínez y Ojeda, 2016; Mendez, 2012) y el cual debe procesar en estructuras neuropsicológicas que podrían ofrecer recursos de alta o baja potencia y que dependen de su neurología o madurez; de ahí la diversidad de respuestas en los sujetos, que en unos es de inhibición y en otros de consumo, este es el objetivo de este trabajo de investigación, en el intentar describir e identificar las formas en que se relacionan los contenidos de las representaciones mentales y las dinámicas del funcionamiento ejecutivo.

Por lo tanto, en la elección entre inhibición o consumo de una droga, intervendrían factores neuropsicológicos como la planeación, inhibición y toma de decisiones, pero además factores cognitivos como las representaciones mentales. Las cuales, ante el evento estimulante de la droga, el sujeto tendría que operacionalizar dichos factores y sus resultados llevarían a la acción del fenómeno.

Es de anotar que las formas de procesar esta información dependen de la calidad de las funciones ejecutivas las cuales son producto de la acción neurológica y madurativa y de los contenidos en las representaciones mentales que son de tipo actitudinal e intencional.

Su análisis como estudio descriptivo y correlacional, podría describir los modelos funcionales neuropsicológicos y cognitivos que intervienen en la elección positiva o negativa para consumir una droga y que es el objetivo de esta investigación.

1.4. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre la intencionalidad para el uso de una droga y la planeación, inhibición y toma de decisiones, en estudiantes de diez a quince años de la Institución Educativa José Eusebio Caro?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Identificar, describir y clasificar correlaciones significativas entre la intencionalidad de uso de una droga, la inhibición, planeación y toma de decisiones en estudiantes de diez a quince años de la Institución Educativa José Eusebio Caro del municipio de Popayán – Cauca – Colombia.

1.5.2. Objetivos Específicos

Describir y clasificar la intencionalidad para el uso de una droga en estudiantes de diez a quince años de la Institución Educativa José Eusebio Caro.

Describir y clasificar la inhibición, planeación y toma de decisiones en estudiantes de diez a quince años de la Institución Educativa José Eusebio Caro.

Identificar las relaciones significativas entre la intencionalidad para el uso de una droga con la inhibición, planeación y toma de decisiones en estudiantes entre diez a quince años de la Institución Educativa José Eusebio Caro.

