



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE NICARAGUA UNAN –LEON**

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFIA Y SALUD**

**CIDS UNAN LEON**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

**Tesis para optar al título de Máster en Adicciones y Salud Mental**

**Tema:**

**Exploración de los programas de Rehabilitación para las adicciones, en Jóvenes que asisten a las Iglesias católicas y evangélicas de la ciudad de León, que ofertan estos programas.**

**Autor:**

**Lic. José Ramón Morales Alfaro. Msc.**

Psicólogo

Docente Escuela de Psicología

**Tutor:**

**Dr. Andrés Herrera Rodríguez. Ph.**

Profesor Titular

León, Noviembre 2013

“A la liberta por la Universidad”

## **AGRADECIMIENTO**

**A los pastores y sacerdotes miembros de las iglesias participantes en este estudio, a quienes sin su valioso apoyo este trabajo no hubiese sido posible.**

**Al Dr. Andrés Herrera, quien desde el primer momento apoyo la idea de este trabajo y durante su desarrollo y ejecución, como tutor del mismo, fue una fuente de apoyo segura y estable, dando opiniones, sugerencias y comentarios que facilitaron de manera sustancial la conclusión del mismo.**

**Al Msc. Ever Téllez, su apoyo incondicional ayudó a concretizar esta tarea.**

**Al pequeño grupo de estudiantes de 4to y 5to año de Psicología, con quienes formamos equipo para recoger la información.**

**A Lelis, Luismarie y Carlos Alberto, por regalarme parte de su tiempo y acompañarme en esta aventura.**

## **DEDICATORIA**

**A Lelis, mi esposa, mi pilar, mi sostén, mi punto de apoyo.  
Juntos durante estos 25 años hemos construido sueños, esperanzas e ilusiones.**

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo principal explorar las características de los programas de rehabilitación en jóvenes drogodependientes y la percepción de eficacia que sobre los mismos tienen iglesias católicas y evangélicas que brindan atención a jóvenes con problemas de adicción en la ciudad de León Nicaragua.

Estudio de tipo cualitativo, se entrevistaron a 11 personas. 2 sacerdotes y 9 pastores de la ciudad de León.

Dentro de los principales resultados tenemos que los sacerdotes y pastores de las iglesias participantes en el estudio, coinciden que el problema de drogas es un problema social, y familiar, que destruye al ser humano y la sociedad, que se presenta con mayor frecuencia en los jóvenes varones. Generalmente, está asociado a personas con desesperanza, sin rumbo en su vida, estas iglesias cuentan con grupos de jóvenes o miembros de la iglesia que brindan apoyo a esta población. En las acciones de rehabilitación estas iglesias hacen visitas domiciliarias, imparten charlas, les ofrece comida, ropa y los educan con la palabra de DIOS, la percepción de eficacia de los programas rehabilitativos que implementan es relativa y carece de estructura organizacional, ya que se definen como programas no formales enfocados a la convivencia espiritual. Refieren recaídas o reincidencia de los jóvenes, sin embargo consideran que un grupo considerable se rehabilita con éxito.

Los jóvenes con problemas de adicción atendidos por estas iglesias en su mayoría son jóvenes que frecuentan la iglesia o son amigos de feligreses que se congregan en estas iglesias.

### **Palabras claves:**

Iglesias católicas y evangélicas, programas de rehabilitación, drogodependencia, jóvenes, eficacia.

## ÍNDICE

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Introducción .....	6
Antecedentes .....	8
Justificación.....	12
Planteamiento del problema .....	13
Objetivos .....	14
Objetivo General: .....	14
Objetivos Específicos:.....	14
Marco Teórico .....	15
Material y Método .....	29
Diseño de estudio .....	29
Área de Estudio .....	29
Población de Estudio.....	29
Procedimiento de Recolección de Información .....	29
Técnicas de Recolección de la Información.....	29
Plan de Análisis.....	30
Criterios de Inclusión .....	30
Consideraciones Éticas.....	30
Facilidades y dificultades .....	30
Resultados .....	32
Discusion.....	40
Conclusiones .....	43
Recomendaciones.....	44
Referencias Bibliográficas.....	45
ANEXOS.....	48

## Introducción

El uso y la dependencia de alcohol y otras drogas es un fenómeno complejo determinado por factores genéticos, psicológicos y sociales (Amoateng & Bahr, 2001). Desde la prehistoria los miembros de las diferentes culturas han sabido utilizar plantas o algunas sustancias de origen animal para provocar alteraciones de la conciencia con los más variados fines. Así cilindros babilónicos, imágenes de cultura cretenses-micénica y jeroglíficos egipcios, ya mencionan los usos medicinales del opio y el propio Homero lo menciona en la Odisea como algo que “puede desaparecer cualquier sufrimiento” (Escohotado, 1994).

El mal uso, abuso y adicción a las drogas, son en la actualidad problemas de máxima importancia en nuestra sociedad que pueden ser etiquetados como problemas de Salud Pública en la mayoría de los países, porque son problemas globales, con asombrosos costos económicos y sociales, generan múltiples consecuencias negativas sobre el desarrollo emocional y físico de las personas. (Franey, Aldhous, Burion, Checkele & Arent, 1988). Éstas alimentan una expectativa de “bienestar” que se transforma, con mucha frecuencia, en sufrimiento y aflicción, que conduce a los consumidores a destruir sus relaciones, entorno, futuro e incluso la muerte. (Conclusiones V Conferencia General del Episcopado Latinoamericano y del Caribe, 2007). Por lo tanto, *prevenir* la toxicomanía, *curar* y *rehabilitar* al toxicómano, son las palabras claves para evitar que varias personas se integren al mundo de las drogas o renuncien a seguir en él (Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, 2010).

Sabemos, que para el afrontamiento y tratamiento de problemas complejos depende de diversos ámbitos de actividad y de muchos protagonistas. Es aquí donde ha surgido el rol de la Iglesia, como actor que desempeña su papel y su misión evangélica, para afrontar las cuestiones que se plantean en las situaciones y en los fenómenos vinculados a la droga. (Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, 2010). La Iglesia está comprometida a favor de los toxicómanos con la acción pastoral de numerosos sacerdotes, religiosas y laicos, en el seno de instituciones o en medios abiertos, en espacios creados para que las personas que consumen sustancias enfrenten sus problemas personales. La Iglesia desarrolla programas de ayuda a los toxicómanos y programas de reinserción. Los adictos responden a las iglesias que los acepten y les demuestren la gracia de Dios al ofrecer amor incondicional, porque los adictos necesitan aceptación para dar

un contra-golpe a su intenso sentido de vergüenza y culpabilidad. Tal vez, la manera más eficaz de comunicar aceptación sea el proporcionar grupos de apoyo eficaz.

Bajo esta realidad y tomando en cuenta que las iglesias poseen voluntad para ayudar a sus feligreses que asisten o se congregan en sus organizaciones religiosas, se hace importante explorar los programas de rehabilitación para las adicciones, en Jóvenes que asisten a las iglesias católicas y evangélicas de la ciudad de León, que ofertan estos programas.

### Antecedentes

La relevancia de la práctica de una religión y de la fe, en el establecimiento adecuado de la salud, en diversos niveles, viene siendo estudiado y confirmado por muchos medios (Moreira–Almeida et al, 2006; Chanberlain & Hall, 2000. Koenic et al, 2001). Actualmente existe literatura substancial y concreta asociada positivamente a la religiosidad y al bienestar físico y mental del ser humano (Plante & Sherman, 2001; Seybold & Hill, 2011; Geroge et al, 2002; Miller & Thoresen, 2003).

Estudios científicos aportan un papel fundamental de la religiosidad, principalmente en el tratamiento de enfermedades crónicas y severas. Estos pacientes son beneficiados en los periodos en que están sujetos a cambios sociales y psicológicos estresantes, producidos por condiciones generadas por la patología (Koenig, 2003). Además la religiosidad puede estar asociados a un papel preventivo primario en las enfermedades cardiacas y cánceres, a la mejoría de la calidad de vida de pacientes que ya desarrollaron la enfermedad, y al retardo de la muerte (Powell et al, 2003).

El médico e investigador Harold Koenig, director del Centro para Estudios de la Religión y la Espiritualidad de la Universidad de Duke, publicó en el año 2001 el mayor tratado jamás escrito sobre el tema de Religión y Salud, este copiló y debatió todas las publicaciones indexadas del siglo XX, en esta área, enfatizando los beneficios físicos y mentales de la religiosidad, en especial proporcionando un sistema inmunológico más resistente y menor propensión a padecer de ciertas enfermedades. Sin embargo no dejó de aportar algunos efectos negativos de la religiosidad, relacionados al fanatismo religioso y la autopunición o castigo, o sea una creencia de que las enfermedades son un castigo de Dios. (Koenic et al, 2001).

En el campo de la Salud Mental, hasta el inicio del siglo XX, reinaba la absoluta opinión que Marx (2005) expresa en su Publicación “Crítica de la Filosofía del Derecho de Hegel”. De 1893, en que afirma que la “*Religión es el suspiro de la criatura oprimida, el corazón de un mundo sin corazón y el alma de condiciones desalmadas. Es el opio del pueblo*”. Según él, la religión refleja lo que hace falta en la sociedad, es una idealización de las aspiraciones del pueblo, que no pueden ser satisfechas, a lo inmediato, como Opio, analgésico, alivia el dolor, más no vuela alienados, oscureciendo su percepción de la realidad.

A inicios del siglo XX comienzan a surgir estudios que hacían referencia a una posible influencia positiva de la religión en la vida de sus practicantes, contrariando a la postura radical de Freud, S. (1927) que categoriza a la religiosidad como una psicopatología por sí sola, afirmando que la “*Religión es una neurosis obsesiva, una enfermedad psíquica alimentada por la represión sexual*” en esa época de la historia. En cambio Jung, contrariando las teorías freudianas, afirma que en ausencia de la religión, no es su presencia, la que lleva a la neurosis; Einstein es más contundente al afirmar que “*la Ciencia sin Religión es manca y la Religión sin ciencia es Ciega*”, sugiriendo que los dos campos de estudios son complementarios y no antagónicos. Fue a apenas a finales del siglo XX que todos los estudios tomaron cuerpo y fueron identificados como líneas de investigación de grandes aportes (Koenig et al 2001).

Actualmente, el bienestar espiritual es una dimensión de la evaluación que se toma en cuenta para el estado de salud, junto a dimensiones corporales, psíquicas y sociales, conforme lo propuesto por la OMS (Fleck et al, 2003). Además de eso, un Manual de Religión y Salud Mental publicado en 1998 muestra decenas de evidencias científicas que aportan una relación positiva directa entre religiosidad y el enfrentamiento de estresores o de eventos negativos de la vida y una relación negativa de esta variable con patologías como la depresión, ansiedad, psicosis y dependencia (Koenig, 1998).

En un estudio desarrollado en el Canadá con 2066 adolescentes y donde se examinó la relación entre el uso de drogas y las diversas formas de participación religiosa, dentro de estas: afiliación religiosa, religiosidad y frecuencia en la iglesia, la afiliación religiosa no difirió entre los usuarios de droga de las clases católica, protestante o sin religión. No obstante, la Religiosidad y la frecuencia a la iglesia difirieron entre usuarios y no usuarios de droga de forma significativa. Aquellos que poco frecuentaban las iglesias y que no practicaban su religión de alguna forma eran más propensos a ser usuarios de alcohol y otras drogas. (Adlaf e Smart, 1985).

En el estudio de Lorch e Hughes (1985), investigación realizada con 13,878 estudiantes sobre la importancia que daban a la religión como factor protector fundamental en el consumo de drogas. Arrojó que cuanto mayor importancia los estudiantes daban a la religión, menor era el involucramiento en las drogas.

En un estudio realizado en los países de América Central, fue posible identificar a la religiosidad como un factor protector. Un estudio epidemiológico entre casi trece mil estudiantes de esta región, identificó que la práctica religiosa, expresada por la frecuencia a la iglesia católica o protestante, estaba inversamente relacionada a consumos prematuros de cigarro, marihuana, además de disminuir la oportunidad de exposición al alcohol. (Chen, 2004)

Las creencias religiosas han pasado a considerarse como un tema de interés de estudio en cuanto al mantenimiento y recuperación de la salud desde mitad del siglo XX y sobre todo en el último decenio, existiendo una amplia lista de trabajos que abordan el tema de cómo inciden las creencias religiosas en la recuperación de la salud, (Fernández-Ríos & García-Fernández, J, 2000) y que incluyen variados aspectos, que toman desde la evolución positiva de síntomas y conductas, hasta las intervenciones de salud, entre los que se encuentran: la relevancia que tiene la religión para la psicoterapia (Bergin, 1991), el fomento del estado de ánimo más positivo, la satisfacción hacia la vida, la menor probabilidad de implicarse en la conducta de fumar, la recuperación ante el alcoholismo y el de uso de drogas en general (Avants, Warburton, & Margolin, 2001), el control de la tensión arterial. (Steffen, Hinderliter, Blumenthal, & Sherwood, 2001); el pronóstico del cáncer (Feher & Maly, 1999) la reducción de la ansiedad. (Koenig, 2001) o el alivio de la depresión. (Commenford & Reznikoff, 1996) y de los eventos estresantes en general (Shams & Jackson, 1993) además de otros aspectos más específicos.

Muchas de las investigaciones consideran como variable independiente, la asistencia a los servicios religiosos, a través de la cual se explican los beneficios que se observan sobre la salud (sobre todo en lo que a morbilidad y mortalidad menor se refiere) al compararlos con aquellas personas que no van o que acuden con menos frecuencia. Estos resultados que envuelven a la variante extrínseca de la religión (que incluye además: intercambiar con religiosos en ceremonias o realizar misiones), por sí sola, ha sido objetada (Thoresen & Harris, 2002). Las Creencias Religiosas y su relación con el proceso por considerarse que la situación evaluada tiene una naturaleza más compleja que la de acudir o no a las ceremonias o iglesias; ante esto y para contrarrestar esta deficiencia se han incluido en las investigaciones, nuevas variables a controlar, entre las que se encuentran datos socio demográficos, el estado y conductas de salud, el apoyo social y la salud mental, obteniéndose con su añadidura, en muchos de los estudios, resultados similares a los anteriores.

El carácter intrínseco de la religión (que incluye: la fe, la oración, la lectura personal de las escrituras, el meditar, etc.) ha sido motivo también de análisis, con conclusiones favorables a los beneficios que aportan a la salud. Como ejemplo de ello se tiene el artículo publicado por Loewenthal, Cinnirella, & Murphy, (2010) en el Reino Unido, quienes estudiaron la eficacia de la religión como afrontamiento ante la depresión, entre cristianos, hindúes, judíos, musulmanes, otras religiones y personas no religiosas, siendo los musulmanes los que mostraron una más fuerte creencia en ella y por tanto la búsqueda preferencial de su apoyo antes que la de los recursos sociales (entre los que se incluye al médico), al compararlos a los restantes grupos.

La oración, por su parte, entre otros integrantes de la actividad intrínseca, ha pasado a constituirse en uno de los más significativos por la influencia positiva que ejerce en el mantenimiento y restitución de la salud, o en la prolongación de la vida de quienes la emplean (Helm HM et al. 2001) y en los últimos años el interés por su estudio se ha ampliado, al extenderse el dominio de la oración no sólo hacia la propia persona que la realiza, sino, hacia el influjo que ejerce a distancia sobre otras personas.

A nivel nacional no se ha encontrado ninguna investigación que esté relacionada con el trabajo que realizan las iglesias en el trabajo tanto de prevención o de rehabilitación con personas que están en riesgo de consumir o que consumen sustancias.

A nivel local tampoco se han encontrado trabajos investigativos relacionados con el tema, siendo este un trabajo pionero cuyos resultados serán base para nuevos estudios que sobre el tema se pretendan hacer.

## **Justificación**

A nivel internacional el aumento del consumo de sustancias psicoactivas cada vez es mayor, Nicaragua también se incluye. Con mayor frecuencia incrementa el número de personas que hacen uso o consumen sustancias y la edad de consumo es cada vez menor. Si tenemos en cuenta que Nicaragua por su posición geográfica tradicionalmente ha servido como puente para el tráfico de drogas, también ha sido histórico el hecho de que mucha de esa droga que se transporta para el uso y consumo de una gran población de adictos o consumidores de países ricos como EEUU o Europa, se queda en nuestras tierras para el consumo interno de un gran margen de la población que por diferentes motivos han caído en las garras de este flagelo de la drogas. Gran parte de esta población consumidora de drogas, generalmente no cuenta con espacios o lugares adecuados para una rehabilitación o tratamiento especializado para dejar de consumir sustancias.

El surgimiento frecuente de sectas o iglesias nuevas se incrementan en todos los espacios sociales de la realidad nicaragüense, muchas de estas nuevas iglesias ofrecen una serie de alternativas, no sólo en el ámbito religioso sino también en el ámbito social, incluido programas de rehabilitación de adictos a sustancias.

Por todo lo antes descrito se hace importante este estudio el cual pretende explorar los programas de Rehabilitación a las adicciones, en Jóvenes que asisten a las Iglesias católicas y evangélicas de la ciudad de León, que ofertan estos programas.

### **Planteamiento del problema**

El tema de las adicciones sigue siendo un desafío para la salud pública. El fenómeno de las adicciones a sustancias psicoactivas es muy complejo de abordar y de investigar. En este desafío los países pobres llevan la peor parte en relación a las adicciones en cuanto a morbilidad y mortalidad. Las drogas siguen siendo un fenómeno masculino, sin embargo es cada vez común que las mujeres asumen patrones de consumo muy comunes como es el caso del cigarrillo y el consumo de alcohol. Para las investigaciones sobre adicciones el abordaje del componente de valores religiosos sugiere particular importancia. Por tal razón se quiere responder la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el rango de servicios y la percepción de éxito sobre esos servicios, que poseen las Iglesias Católicas y Evangélicas que brindan atención a jóvenes con problemas de adicción?

## Objetivos

### Objetivo General:

Explorar las características de los programas y la percepción de eficacia que sobre los mismos tienen las iglesias católicas y evangélicas que brindan atención a jóvenes con problemas de adicción en la ciudad de León Nicaragua.

### Objetivos Específicos:

- Describir cómo perciben el problema de adicción desde la perspectiva de las iglesias.
- Conocer los diferentes modelos de intervención que utilizan las diferentes iglesias en el trabajo con jóvenes con problemas de adicción.
- Caracterizar la población de usuarios, los tipos de apoyo social y reincidencia en estos jóvenes

## Marco Teórico

La religión fue concebida por Marx en su momento, como “el opio del pueblo” por considerar que tiende a la conformidad de sus creyentes e impide que éstos luchen por transformar el mundo de las injusticias que lo dominan; pero los tiempos han cambiado y las religiones no se han quedado atrás, y muchas de ellas ya se han sumado a la búsqueda de dar solución a los grandes problemas de que es víctima la humanidad, y constituyen, una estrategia de afrontamiento activo para superar mejor los problemas de la existencia, puesto que le permiten al individuo:

1. Buscar significado existencial para ciertas situaciones estresantes de la vida.
2. Construir o reconstruir los eventos o problemas de la vida en términos de significado.
3. Aportar un sistema de orientación existencial a los procesos de afrontamiento.
4. Trasladar el sistema de orientación en métodos específicos de afrontamiento.
5. Buscar significado en el proceso de afrontamiento a través de mecanismos de conservación y transformación de significado de los acontecimientos vitales.
6. Tratar de solucionar los problemas mediante diversas formas que son convincentes para ellos.
7. Resolver los problemas a través de mecanismos que están insertados en su sistema cultural (Pargament, 1997)

Actualmente las creencias religiosas han pasado a considerarse como un tema de interés de estudio en cuanto al mantenimiento y recuperación de la salud desde mitad del siglo XX y sobre todo en el último decenio, existiendo una amplia lista de trabajos, algunos de ellos citados en otras publicaciones (Fernández-Ríos y García-Fernández, 2000) y que incluyen variados aspectos, que toman desde la evolución positiva de síntomas y conductas, hasta las intervenciones de salud, entre los que se encuentran: la relevancia que tiene la religión para la psicoterapia, (Bergin, 1991) el fomento del estado de ánimo más positivo, la satisfacción hacia la vida, la menor probabilidad de implicarse en la conducta de fumar, la recuperación ante el alcoholismo y el de uso de drogas en general (Avants, Warburton, & Margolin, 2001) el control de la tensión arterial (Steffen, Hinderliter, Blumenthal, & Sherwood, 2001) el pronóstico del cáncer (Feher & Maly, 1999) la reducción de la ansiedad (Koenig, 2000) el alivio de la

depresión(Commenford & Reznikoff, 1996)y de los eventos estresantes en general (Shams & Jackson, 1993) además de otros aspectos más específicos.

Un número significativo de cristianos necesita curación emocional, espiritual, relativa y física. Generalmente, la iglesia, los pastores, los consejeros, y los que oran específicamente no están al tanto de lo extenso de esta necesidad y, por lo tanto, no poseen la aproximación estratégica para tratarla.

En general, la iglesia evangélica, está débil en su teología acerca del sufrimiento y en la aplicación de su curación.

El experimentar el amor, la merced, y la gracia de Dios por medio de la curación física, emocional, espiritual y relativa es la norma para la vida cristiana. La necesidad humana de pertenecer, de ser consolado, y de ser amado casi siempre se encuentra en el contexto de la comunidad cristiana. Un cambio de vida ocurre cuando los cristianos nuevos experimentan relaciones sanas que son alimentadas y guiadas por la enseñanza bíblica de una iglesia.

El proceso de santificación produce cambios de comportamiento, de actitudes, y de valores que muy seguido son dramáticos.

En la iglesia católica los movimientos juveniles y las parroquias desempeñan un papel de prevención a través de la promoción de un estilo de vida fundado en el mensaje del Evangelio y en el descubrimiento de Dios, que proponen para desarrollar en los jóvenes su vida interior, mediante la oración, la vida sacramental y sobre todo la celebración eucarística, la que hace entrever la vida eterna y bienaventurada con Cristo, revelando el sentido pleno de la existencia humana.

Históricamente, la iglesia no ha sido efectiva en proveer un ministerio para los adictos.

En parte, esto se debe a las fuertes reacciones negativas hacia los comportamientos que emanan de la adicción. El dolor infligido a las familias y amistades por el comportamiento del

adicto contribuye a una predisposición hacia el ofensor, y llama la atención al dolor existente en el sistema familiar. La familia del ofensor, a menudo, pide ayuda antes de que el adicto esté listo para hacerlo. El pastor que escucha la historia de cuanto dolor y daño se han infligido a los miembros de la familia está predispuesto, negativamente, contra el perpetrador de las heridas infligidas. El mensaje recibido por la mayoría de los adictos es que no son bienvenidos en la iglesia, y por eso están renuentes a buscar ayuda de la iglesia. Los adictos son un segmento marginal de la sociedad. La respuesta de muchas iglesias al adicto meramente refleja lo que se ve (Dowdle, 2009).

La persona adicta presenta un reto significativo para la mayoría de los pastores y las iglesias en dos maneras primarias.

Primero, hay confusión en como separar al pecado del pecador. La adicción al alcohol, a las drogas, a la pornografía, a las apuestas, a la comida, y al trabajo es con lo que frecuentemente se encuentra el pastor en su experiencia al aconsejar. La segunda razón de la dificultad que tiene la iglesia en ayudar a los adictos es la confusión que hay de cómo prestar la mejor ayuda a los atrapados en la adicción.

Los recursos necesarios para el tratamiento de los adictos son mucho más de lo que la iglesia es capaz de proporcionar. El tratamiento es costoso y complejo requiriendo la pericia de profesionales en muchas disciplinas. La mayoría de los pastores refieren a los adictos a centros de tratamiento o rehabilitación y hacen oración para que el proceso tenga éxito. Algunas iglesias han encontrado una manera de involucrarse directamente para ayudar a los adictos con un ministerio espiritual.

Programas de recuperación proveen la manera en que las iglesias formen un puente entre el adicto y los ministerios de la iglesia. Programas de recuperación establecidos en la iglesia son una manera eficaz para auxiliar a las comunidades a enfrentarse con este grave problema social.

Pueden convertirse en un punto de conexión entre las iglesias y los recursos de la comunidad, unidos por un deseo de ayudar a los adictos y sus familias para moverse a una recuperación exitosa.

La recuperación tiene un paralelo bíblico en el concepto de santificación. El campo común entre ambos puede ser identificado por los componentes de introspección honesta, aceptación de su condición caída, reconocimiento de la necesidad del perdón, la admisión de la necesidad de la gracia de salvación, y la comprensión que el proceso no puede completarse en su propia fuerza. Ambos conceptos requieren que la gracia entre en la vida dominada por negación, culpabilidad, vergüenza, y protección de sí mismo.

La recuperación y la santificación buscan sacar a la persona del lugar donde se esconde de Dios a un lugar donde pueda conocer y aceptar Su amor incondicional.

La iglesia quizá puede ser el recurso más poderoso disponible para los adictos porque puede proporcionar los recursos espirituales y humanos necesarios para una sana recuperación.

Los adictos responderán a las iglesias que los acepten y que les demuestren la gracia de Dios al ofrecer amor incondicional.

Los adictos necesitan aceptación para dar un contra-golpe a su intenso sentido de vergüenza y culpabilidad. Tal vez, la manera más eficaz de comunicar aceptación sea el proporcionar grupos de apoyo eficaz. (Dowdle, 2009)

Algunas iglesias se caracterizan como “iglesias de recuperación” y han establecido ministerios que presentan a los adictos la verdad que hay esperanza en una relación con Dios.

Frecuentemente, los adictos se ven como los leprosos de los tiempos modernos—rechazados a quien la gente prefiere evitar que enfrentar.

La iglesia puede continuar el ministerio de Jesús con los apartados—los adictos—y puede expresar Su amor incondicional al proporcionar una recuperación sana después de un tratamiento.

Los adictos también responderán a las iglesias donde se puedan sentir emocionalmente seguros. Las iglesias que ofrecen ministerios de recuperación serán percibidas como seguras, o por lo menos, el programa de recuperación será percibido como seguro, y será la entrada a la vida en la iglesia. Una iglesia segura es la que exhibe una actitud paciente y llena de gracia hacia los errores de la gente. Una iglesia segura es generosa y gentil. Se preocupa más por lo auténtico que por proteger su imagen. Es abierta acerca de sus propios fracasos, defectos y debilidades, en vez de expresar una actitud de “ser mejores que Uds.”.

Una iglesia segura valora la honestidad y trata de resolver los conflictos de una manera sana. Los adictos necesitan una iglesia que esté equilibrada en su enfoque, su ministerio, doctrina y sus relaciones. Una iglesia equilibrada y sana es importante porque la vida del adicto ha estado tan desequilibrada. Una iglesia equilibrada y sana proporciona al adicto un lugar seguro donde pueda ocuparse con empeño para solucionar su asunto espiritual más difícil—cómo desarrollar su confianza en Dios. Históricamente, los adictos tienen muy poca o nada de confianza en Dios. Cuando los adictos experimentan la aceptación del pastor que es el modelo del líder que sirve, en vez del autoritativo, la puerta se abre para que ellos se acerquen a Dios. El pastoreo de gracia es como un ungüento en una herida para muchos adictos, y es un requisito para aprender como confiar en Dios. El pastor tiene la llave para establecer el clima favorable en la iglesia. Los adictos responderán al pastor que se identifica a sí mismo y a su iglesia como seres.

El fenómeno de la drogadicción muestra la tristeza de aquellos que no saben dónde encontrar la paz que buscan y que tanto necesitan; por eso mismo, al mostrarse como incapaz de saciar esa paz tan anhelada, la droga manifiesta, a la vez que genera, un vacío interior realmente demoleedor, que termina por consumir la vida del que circula por ese camino. Es un camino a la nada.

El Papa Juan Pablo II expresó que: "El comportamiento (de los drogadicción) es moralmente inaceptable, pero deben ser considerados **víctimas y enfermos** antes que reos.

Este fenómeno se da por un clima de escepticismo humano y religioso, hedonista, que al final lleva a la frustración, al vacío existencial, a la convicción de la insignificancia de la vida misma, a la degradación, a la violencia. A veces, la inestabilidad de la familia es causa de la drogadicción, pero no siempre. Muchas familias que han tratado de educar a sus hijos del mejor modo son víctimas inocentes del doloroso fenómeno.

El Estado debe encarar una política seria que busque resolver dificultades personales, familiares y sociales, implementar una educación para estimar la vida y la salud, una formación para usar positivamente de la libertad y para respetar a la persona, la iniciación a los ideales de la familia, del amor sincero, de la caridad fraternal y del trabajo. No se puede aceptar moralmente un comportamiento contrario al bien común, que atenta contra la propia salud, turbando el equilibrio mental con gravísimas consecuencias para sí y para los demás".(Juan Pablo II, 1997)

Por otro lado, el Papa Juan Pablo II, afirma: "Dicen los psicólogos y sociólogos que la primera causa que empuja a los jóvenes y adultos a la perniciosa experiencia de la droga es la falta de claras y convincentes motivaciones de vida. En efecto, la falta de puntos de referencia, el vacío de valores, la convicción de que nada tiene sentido y que, por tanto, no vale la pena vivir, el sentimiento trágico y desolador de ser viandantes desconocidos en un universo absurdo, puede empujar a algunos a la búsqueda de huidas exasperadas y desesperadas. Según los expertos en psicología, otra causa del fenómeno de la droga es también la sensación de soledad e incomunicabilidad que desgraciadamente pesa sobre la sociedad moderna, ruidosa y alienada, e incluso sobre la familia. De hecho, es un dato dolorosamente verdadero, que, junto con falta de intimidad con Dios, hace comprender aunque no ciertamente justificar, la huida hacia la droga para olvidar, para aturdirse, para evadirse de situaciones que han llegado a ser insoportables y oprimientes, e incluso para iniciar voluntariamente un viaje sin retorno. Hay un segundo motivo, siempre según los expertos, que empuja a la búsqueda de "paraísos artificiales" en los diversos tipos de droga y es la estructura social deficiente e insatisfactoria". (Juan Pablo II, 1980)

"La toxicomanía tiene que considerarse como el síntoma de un malestar existencial, de una dificultad para encontrar su lugar en la sociedad, de un miedo al futuro y de una fuga hacia una vida ilusoria y ficticia. El incremento del mercado y del consumo de drogas demuestra que

vivimos en un mundo sin esperanza, carente de propuestas humanas y espirituales vigorosas. Como consecuencia de ello, numerosos jóvenes piensan que todos los comportamientos son equivalentes, pues no llegan a distinguir el bien del mal y no tienen el sentido de los límites morales” (Juan Pablo II, 1997).

Nicaragua, en la actualidad cuenta con 5,4 millones de habitantes y superará los 6,5 millones de habitantes en el año 2015. La tasa de crecimiento natural de la población del país, es en la actualidad de 2,6%, la que es considerada una de las más altas de América Latina.

Su población es predominante joven, ya que el 41,5% es menor de 15 años; el grupo de 15 a 60 años, representa el 53,8%, y el de mayores de 60 años, representa el 4,6%. Según las proyecciones, los cambios en la pirámide poblacional, previstos para los próximos 10 años estarán dados fundamentalmente, por el incremento del grupo de la tercera edad y la reducción de la proporción de menores de 5 años.

En la distribución por sexo, la población femenina representa el 50,7%, porcentaje que se estima se mantendrá un tanto similar en el año 2015, en cambio la distribución territorial, mostrará una proporción en el incremento de la población urbana en el año 2015, ya que del 58,3% que vive hoy en las áreas urbanas, se pasará al 60,05%, con los consecuentes cambios en los patrones de vida y consumo que genera la vida humana. Nicaragua es uno de los países más pobres de América Latina.; su Producto Interno Bruto (PIB) per cápita es de 754.2 US\$, un tercio del promedio regional. (Banco Central de Nicaragua) La población económicamente activa durante el periodo 2000-2003, experimentó una tasa de crecimiento promedio anual de 3.2, por ciento, mayor que el crecimiento de la población, y del PIB en ese lapso de tiempo. El crecimiento experimentado por la PEA femenina (4.5%), casi duplicó la observada por los hombres (2.5%), en ese período.

A Nivel Nacional 2003 SIDUC - OEA, donde se entrevistaron un total de 5,412 estudiantes, de estos el 56.1% (3,037) eran mujeres y el 42.9% (2,322) eran varones, mostró los siguientes resultados: La prevalencia del uso de drogas entre los estudiantes de Nicaragua es más alta para el alcohol 47.6%, seguido del tabaco 43.3%, las Benzodiacepinas 12.3% y la marihuana 5.2%. Para todas las drogas, la prevalencia entre los estudiantes hombres es mayor que entre las

estudiantes mujeres, salvo en el uso de Benzodicepinas. De manera general, se observa que, aunque las mujeres tienen menor prevalencia de consumo de las drogas ilícitas, como vimos anteriormente, éstas inician el consumo de drogas un poco antes que los varones.

En relación a Encuestas en Centros de Tratamientos, la última información disponible corresponde a SIDUC 2003, donde la muestra la constituyeron 420 personas fármaco dependientes internados en los Centros de Tratamiento durante los meses de Agosto y Septiembre del 2003. Fue una muestra no probabilística por conveniencia. Para la obtención de la muestra se seleccionaron los Centros de Tratamiento mejor organizados y reconocidos del país. En relación al tipo de tratamiento en que se encuentran las personas drogodependientes, el 100% está en centros de tratamiento tipo Residencial, estos son centros privados, de organizaciones de la sociedad civil, no Gubernamentales (ONG). Nicaragua cuenta con pocos centros públicos o estatales para la atención de los usuarios de drogas.

En Nicaragua existen diferentes modalidades de atención, desde centros de tratamiento con programas y modalidades residenciales definidas hasta grupos de autoayuda con una gran cobertura a nivel nacional. La mayoría son de carácter privado, no gubernamental, la sociedad civil a través de sus ONG llevan el mayor peso o carga de la atención, tratamiento y rehabilitación de personas drogodependientes, sobre todo, cuando se trata de los centros de tratamiento residencial y centros de atención a la niñez y a la adolescencia. (Koffi, 2000)

**La atención inmediata:** El manejo de la intoxicación y síndrome de la abstinencia es brindada principalmente a través de la Red de Salud general del MINSA, sobre todo en las unidades Nicaragua no tiene estudios de evaluación en servicios de atención a personas drogodependientes. Los centros no están acreditados y no son sujetos de ninguna evaluación. Si existen evaluaciones, no se conocen y probablemente se limitan a las propias de su ONG.

### **La Iglesia propone la terapia del amor**

La Iglesia, en nombre de Cristo, propone una respuesta y una alternativa: la terapia del amor, porque Dios es amor, y el que vive en el amor actualiza la comunión con los demás y con Dios. “Quien no ama permanece en la muerte” (1 Jn 3, 14). “Así como la Iglesia debe actuar a nivel moral y pedagógico, interviniendo en este sector específico con gran sensibilidad,

igualmente las instituciones públicas deberán comprometerse en una política seria, tendiente a sanear situaciones de dificultad personal y social, entre las cuales sobresalen las crisis de la familia, principio y fundamento de la sociedad humana, el paro juvenil, la vivienda, los servicios socio-sanitarios, el sistema escolar (...). La Iglesia, que quiere actuar – y es su deber – en la sociedad como la levadura evangélica, está y seguirá estando siempre junto a los que afrontan con dedicación responsable las plagas sociales de la droga (...), para animarles y sostenerles con la palabra y la gracia de Cristo”.

“La convicción serena de la inmortalidad del alma, de la futura resurrección de los cuerpos y de la responsabilidad eterna de los propios actos, es el método más seguro también para prevenir el terrible mal de la droga, para curar y rehabilitar a sus pobres víctimas, para fortificar con la perseverancia y firmeza en los caminos del bien”. (Juan Pablo II, 1984)

En el tratamiento de las drogodependencias, ni en ninguna otra área sanitaria y/o social, tiene sentido abordar una intervención sin un **marco teórico** previamente definido. El mero voluntarismo, no sólo no resulta útil, sino que muy a menudo trae graves consecuencias. Según la Declaración de Alma Ata, la atención primaria de salud, es "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, común espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (PAHO: Atención Primaria de Salud a 25 Años de la Declaración de Alma-Ata). Por otro lado a lo largo de la historia, el tratamiento de los drogodependientes ha tenido numerosos intentos de abordaje, generalmente fallidos. Algunos de estos modelos no aportan gran cosa, otros, por el contrario, sí son interesantes aunque resultan, por sí mismo, insuficientes. Podemos resumir brevemente estos enfoques y modelos:

- **El Enfoque Moral:** Se entiende al drogodependiente como un “vicioso”, que es por completo responsable de sus actos. El tratamiento debe ser por lo tanto básicamente punitivo. Se ha demostrado bastante inútil, además de incompatible con una concepción social del problema.
- **El Enfoque Médico** La drogadicción es una enfermedad que requiere, como las demás enfermedades, atención médica y apoyo por parte de los familiares y allegados al enfermo. Debido a razones sociales negativas que rodean la imagen del consumo de **drogas**, muchos

pacientes y familiares prefieren ser tratados en un lugar distinto al de su residencia, alejados de su ambiente cotidiano.

- **El Modelo Psiquiátrico**: El enfoque médico da lugar a dos modelos: El psiquiátrico y el biológico. Para el modelo médico psiquiátrico, el sujeto es un enfermo mental. El consumo de drogas es fruto de un trastorno psiquiátrico. El sistema de clasificación DSM-IV, contiene el consumo de drogas como trastorno psiquiátrico. En realidad cae en el razonamiento circular: el sujeto es drogodependiente porque sufre un trastorno psiquiátrico, y sabemos que sufre un trastorno psiquiátrico... porque consume drogas. Además, este enfoque no ha aportado tratamiento alguno que resulte útil, al menos por sí mismo. Sí es útil, sin embargo, en los **trastornos duales**, tan habituales en la drogadicción.

- **El Modelo Médico Biológico**: El sujeto es un enfermo y en este caso se centra en el deterioro que produce el consumo de sustancias en el cerebro. Es verdad, que el consumo masivo de sustancias psicótropas produce una atrofia de las glándulas secretoras de ciertas sustancias endógenas (por ejemplo endorfinas) y/o en los receptores cerebrales de las mismas (por ejemplo en los receptores de opioides) y que cuando el sujeto no puede sustituir estas sustancias con otras exógenas (la droga) aparece el síndrome de abstinencia. Además, una vez desintoxicado el sujeto, es decir, una vez limpio de drogas su Sistema Nervioso Central, esta persona sigue siendo incapaz de producir endorfinas, con lo cual durante meses el sujeto “no se encuentra bien”, lo que favorece las recaídas. Este modelo es muy útil. Explica, por un lado, cómo antes de cualquier terapia psicológica o social, es preciso acabar con el Síndrome de Abstinencia, es decir hay que desintoxicar al sujeto. Por otro lado, también explica cómo una vez acabada la desintoxicación sigue habiendo procesos biológicos que si no son tenidos en cuenta dificultan grandemente la deshabituación del drogodependiente. Sin embargo este modelo tampoco es satisfactorio por sí mismo. Por un lado negar toda responsabilidad al sujeto (que es un “pobre enfermo”). Y por otro no tiene en cuenta los aspectos psicológicos y sociales implicado en el proceso de la drogadicción.

- **El Modelo Social**: El drogodependiente es víctima de la sociedad. Eso explica por qué el tipo de drogadicción varía en las distintas capas sociales y cómo es necesario tener en cuenta el entorno, tanto próximo como remoto, para deshabituarse/reinsertar al drogodependiente. Al igual que el modelo médico, es útil pero resulta insuficiente ya que ignora los procesos biológicos y psicológicos que se producen con independencia de la clase social del sujeto. También se asemeja

al modelo médico en que niega la responsabilidad del drogodependiente, que en este caso, como ya se ha dicho, es una “víctima de la sociedad”.

- **El Modelo Psicológico Psicoanalítico:**El consumo de drogas obedece a un problema inconsciente originado en la infancia del sujeto que se auto castigan drogándose. Este problema tiene que ver con el enamoramiento del padre del sexo contrario (Edipo), que el sujeto no recuerda, al ser este recuerdo censurable moralmente (por el súper-Yo) y se encuentra reprimido en su inconsciente. Pero a pesar de ser inconsciente genera culpa, que el sujeto debe superar expiando moralmente su falta, lo que hace mediante la autoagresión que supone el consumo de drogas. Este modelo carece del más mínimo rigor científico así como de aplicación terapéutica.

- **El Modelo Psicológico Conductual:**Este modelo explica que drogarse es una conducta (lo mismo que otras que acompañan a las de consumo) y que como tales están sometidas a las leyes del aprendizaje. Hay tres corolarios fundamentales: 1)- Ciertas conductas que se asocian a las que son previas al consumo terminan por producir deseo de consumo (“craving condicionado”) y las que se asocian al síndrome de abstinencia pueden producir “síndrome de abstinencia condicionado” y ambos condicionamientos elevan la probabilidad de recaída (si aparecen los estímulos que las desencadenan); 2)- El drogodependiente ha aprendido a drogarse y lo sigue haciendo porque las consecuencias positivas del consumo son ciertas e inmediatas, mientras que las negativas son probables y a largo plazo y 3)- El drogodependiente no tiene otras conductas en su repertorio (“no sabe divertirse, no sabe buscar empleo, no sabe establecer nuevas relaciones,...”). Estos tres corolarios son muy útiles, pero no bastan por sí mismos para explicar la drogadicción, que tiene un fuerte componente biológico y social.

- **El Modelo Psicológico Sistémico:**El consumo es la manifestación de una relación patológica en el sistema (generalmente familiar). Esto es casi una tautología: Es difícil encontrar un sistema familiar bien estructurado en casa de un drogodependiente. Pero a veces se confunde la causa con el resultado. Es evidente que mejorar las relaciones (y en especial la comunicación) en la familia es positivo. Por otro lado es un modelo que exige tratar con la familia lo que no siempre es posible.

- **El Modelo Psicológico Cognitivo:** El drogodependiente es una inadapto por sus valores (el bien y el mal) así como por las evaluaciones que hace de su entorno (familiar, de su pandilla, de la sociedad,...) y de sí mismo (auto eficacia). Así tiende a una formación difusa de los conceptos del bien y el mal, percibe como malos (exageradamente) a todos en su entorno y se

percibe a sí mismo como ineficaz (“nunca podré dejar las drogas”). Resulta útil trabajar la reestructuración cognitiva de las ideas acerca del mundo y de sí mismo. Eso le ayuda a bordar el proceso de deshabitación, así como el de reintegración social.

- **El Modelo Legal**: Hay dos enfoques opuestos. O bien, los drogodependientes son delincuentes que deben ser encarcelados, o bien debe permitirse el consumo libre de drogas. Los primeros aducen que el número de consumidores descenderá grandemente. Los segundos argumentan que si se legalizan las drogas se reducirá considerablemente el daño que producen (delincuencia, sobredosis, transmisión de infecciones,...). Lo malo es que olvidan el efecto contrario en cada caso: si se reprime, aumenta el daño por cada consumidor y si se legaliza aumenta el número de consumidores. Las decisiones legales pueden ser adecuadas para adaptar la política socio sanitaria a la realidad socio sanitaria, pero por sí mismas estas medidas nunca pueden ser la solución.

Como consecuencia de la evolución de diversas disciplinas, que se buscan entre sí, aparece un nuevo modelo, o mejor una serie de modelos o marcos teóricos tales como:

- La Salud Comunitaria,
- El Modelo de Campo,
- El Modelo de Competencia y
- El Modelo Biopsicosocial.

Tenemos por un lado el concepto de **Salud Comunitaria**. Este concepto se empezó a utilizar (de forma “oficial”) a partir de la reunión de Alma Ata de la O.M.S., en 1.972. Hay cuatro grandes características de la Salud Comunitaria:

- a) Es necesario tener en cuenta los sistemas físico, biológico y social y sus cambios y evolución. (En la práctica los autores incluyen lo psicológico en lo biológico o en lo social).
- b) Hay que poner énfasis en la prevención y en la **Educación para la Salud**.
- c) El profesional y/o la institución deben buscar al usuario y no esperarlo pasivamente. El ciudadano debe participar activamente en la dirección del sistema de salud.
- d) Es fundamental que las instituciones estén adecuadamente organizadas y no dejen de lado la investigación.

Otro concepto importante es el de **Modelo de Campo** o **Modelo Ecológico**, propuesto por Kantor y adaptado en España por RibesIñesta y por Mariana Segura. Según él, el comportamiento del individuo no es una “emanación procedente del sujeto”. Al contrario, la conducta se produce en un **campo**, entendiendo por éste, como definió Kantor, “la totalidad de factores interdependientes que conforman un suceso psicológico”. Pone el énfasis no solo en la influencia del medio, sino también en la influencia del sujeto sobre el medio. El sujeto no es ni único responsable de su adicción, ni totalmente irresponsable de ella. Cualquier abordaje terapéutico debe incidir sobre el medio físico y social y sobre el individuo.

Una tercera aportación es el **Modelo de Competencia**, creado en 1.980 por Albee y adaptado en España desde 1.983 por Miguel Costa y colaboradores. En este sentido se trataría, no tanto de “curar” al sujeto entendido como ente pasivo, sino de hacerlo competente para prevenir la enfermedad y potenciar la salud y/o para poner soluciones cuando detecte problemas. Los objetivos serían dos: hacer sujetos competentes y hacer instituciones competentes.

El cuarto aporte es el **Modelo Biopsicosocial**, que intenta superar los enfoques parciales médico, psicológico y social.

Las características de este modelo son:

- Factores constituyentes: Lo **biológico**, los **psicológico** y lo **social**, que confluyen en el **origen** y en el **mantenimiento** de las drogodependencias, y que deben ser tenidos en cuenta por tanto, en la **prevención** y en el **tratamiento**.
- **Interrelación**: Los tres elementos no solo existen los tres, sino que se influyen entre sí. No tiene sentido, por tato, hablar de la desintoxicación como un proceso solo biológico, o de la deshabituación como un proceso solo psicológico (porque el sujeto debe adaptarse para vivir en sociedad y porque, además, siempre lleva “el cerebro puesto”). Los tres aspectos han de ser tenidos en cuenta en cada momento de la intervención.
- **Heterogeneidad**: las variables que componen los tres factores, no tienen el mismo peso en todos los individuos. De ello se desprende que el diagnóstico biopsicosocial debe ser siempre individual y el tratamiento, al menos en parte, también.
- **Unicidad y Colectividad**: para abordar el tratamientos preciso compaginar un análisis individualizado, con el conocimiento de las actitudes y conductas típicas de un colectivo.

Efectivamente el modelo más utilizado desde el abordaje profesional (pues por desgracia aún sigue habiendo numerosos enfoques no profesionales que, sirviéndose de la angustia de las familias ante este problema, intentan vender soluciones milagrosas) es este **modelo biopsicosocial**.

## **Material y Método**

**Diseño de estudio:** Estudio Cualitativo.

**Área de Estudio:** Todas las iglesias católicas y evangélicas del municipio de León.

**Población de Estudio:** 11 Iglesias. 2 católicas y 9 evangélicas que tienen programas de atención a jóvenes con problemas de adicción.

**Tipo de muestreo:** Por conveniencia

**Procedimiento de Recolección de Información:** Se procedió a seleccionar a las iglesias de la ciudad de León que trabajan con jóvenes adictos, luego se hizo una visita de reconocimiento y posteriormente se solicitó una cita con los responsables de estas iglesias para realizar una entrevista a profundidad. Al inicio de la entrevista se les explicó el objetivo de la investigación y la valiosa importancia que tiene su participación.

Fue una entrevista abierta, con una duración libre de tiempo, hasta que se completó con las preguntas que se tenían previamente formuladas. Antes de llevar a cabo las entrevistas se realizó una prueba piloto de la guía de preguntas, con iglesias similares en la ciudad de Telica, para comprobar su operatividad y hacer los cambios que se consideran necesarios para luego ser aplicadas a las iglesias que han sido seleccionadas.

La investigación pretendió conocer los diferentes modelos de intervención que utilizan las iglesias católicas y evangélicas de la ciudad de León en el tratamiento con poblaciones jóvenes que tienen problemas de adicción y se describe la percepción de eficacia que sobre estos programas tienen las iglesias participantes.

**Técnicas de recolección de la información:** Las técnicas que se utilizó para obtención de la información fue la entrevista a profundidad, con preguntas estructuradas abiertas dirigidas a los pastores y sacerdotes responsables de cada iglesia o congregación religiosa

**Plan de Análisis:** Se grabaron las entrevistas, con el fin de tener un registro fiel de la información brindada, siempre y cuando el entrevistado lo permitió. Luego se hizo una transcripción textual de la entrevista en el programa Microsoft Word y el análisis se hizo a través de análisis de temas en la entrevista. La técnica de análisis por tema a través de los discursos de los entrevistados se busca temas de interés según el objetivo del estudio que puedan agruparse en sentido propio según los fines.

**Criterios de Inclusión:**

- Que sean iglesias católicas o evangélicas en la ciudad de León.
- Que tengan programas de rehabilitación para trabajar con adictos a sustancias psicoactivas.
- Que deseen ser parte de esta investigación.

**Consideraciones Éticas:** De acuerdo a la declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial para realizar este trabajo investigativo se tomara las siguientes consideraciones éticas:

- Previo al estudio se le solito el consentimiento de participación a los diferentes líderes de las iglesias con las que se realizo este trabajo donde se les informo del tipo de investigación a realizar, los objetivos de la misma y su papel en ésta.
- Se les explico que la información se mantendrá de forma confidencial.
- Al final del trabajo y cuando se obtengan los resultados del mismo se les informará de dichos resultados, de los aportes de su participación en el proceso investigativo y se hará entrega de un documento escrito de dicho trabajo investigativo.

**Facilidades y dificultades que espera encontrar en el desarrollo del proyecto de investigación.**

Dentro de las facilidades para la elaboración de esta investigación tenemos.

1. La existencia de una lista de las iglesias católicas y evangélicas de la ciudad de León.
2. La existencia de un equipo humano de la UNAN León para apoyar el estudio.
3. Tutores nacionales interesados en apoyar el estudio.
4. Tiempo para realizar las entrevistas y organizar los datos

**Dentro de las dificultades.**

1. Poca documentación y bibliografía sobre el tema.
2. Ganarse la confianza y la voluntad de los líderes de las iglesias a participar en el estudio.
3. El tipo de iglesias donde se hará la investigación.

## **Resultados.**

### **Aspectos generales de las iglesias**

Se realizaron 11 entrevistas a profundidad. 9 pastores responsables de iglesias evangélicas y 2 sacerdotes de iglesias católicas que referían tener programas de rehabilitación a personas drogo dependientes.

### **Acciones de las iglesias**

Las iglesias católicas y evangélicas en su trabajo pastoral realizan una serie de acciones con sus feligreses o congregados, dentro de las que podemos destacar: reuniones frecuentes dentro y fuera de la iglesia, facilitar alimentos y ropa a diferentes comunidades, barrios, repartos, el hospital, centros penitenciarios. Evangelizan casa a casa en los sectores aledaños o alejados a la congregación. Visitan, oran/ rezan por los enfermos y en caso del fallecimiento de alguna personas de la iglesia, en algunos casos les brindan una colaboración económica, tienen comedor infantil, organizan grupos infantiles o juveniles para compartir y desarrollar actividades de acuerdo a su edad, organizan el trabajo de la iglesia por actividad y área, se capacita a los adultos para que catequicen o difundan la palabra de Dios, se les brinda atención integral a las personas que tienen problemas de adicción.

*Como puede apreciarse en la Cita 1: “Compartimos la palabra de Dios, brindamos consejería, e impartimos talleres de liderazgo, visitas a los hospitales, al centro penitenciario, tenemos diversas obras sociales como: llevar alimento y ropa dos veces al año, visitas domiciliarias”:<sup>1</sup>*

### **Percepción del tema de adicción**

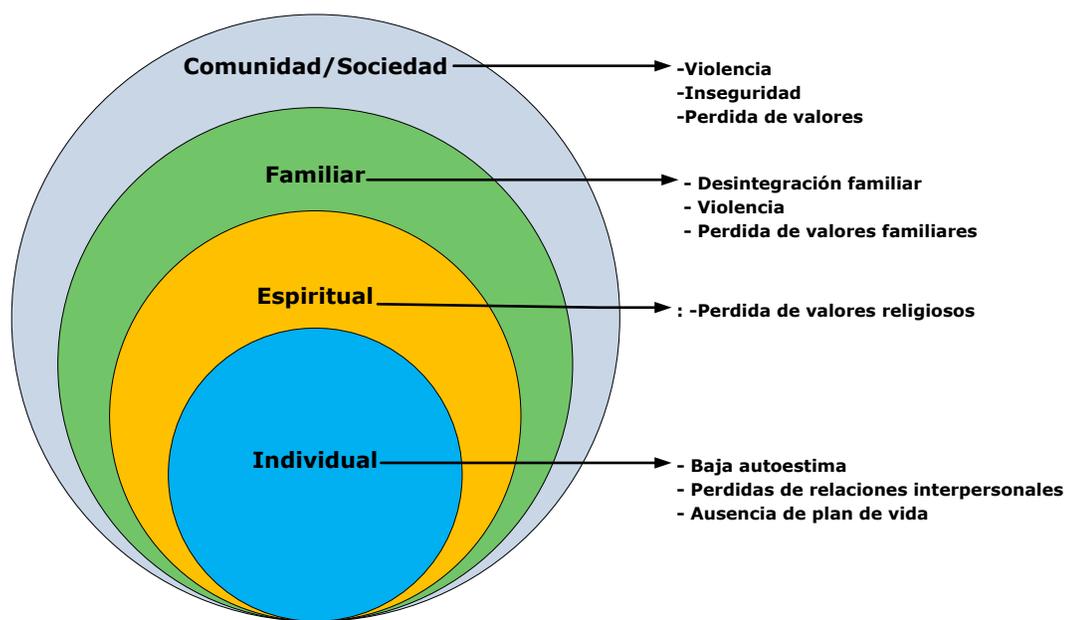
Al analizar la opinión de los sacerdotes y pastores de las iglesias participantes en el estudio acerca de cómo entienden el problema de las drogas, se concluye que existe coincidencia en que es un problema muy grave, que incide sobre el individuo, la familia y la sociedad, que destruye no solo al individuo, sino a la familia y la sociedad, que se presenta con mayor frecuencia en los jóvenes, sin embargo tienen claro que no hay que descuidar que se puede presentar en adultos y

---

<sup>1</sup>. Iglesia Jesús el todo poderoso

en diferentes grupos etarios. Suelen asociar esta problemática a personas con desesperanza, y sin rumbo en su vida (figura No 1).

**Figura No. 1 Afectación del el consumo de sustancias en diferentes niveles de las personas**



*En cuanto a la magnitud del problema de las drogas, los participantes describen que este es un fenómeno que destruye el organismo a si lo expresan en la Cita 2. Comprendemos que la droga como otros elementos que destruyen el organismo, son vicios que no se ha podido superar en la persona, es un problema social, familiar, que destruye la sociedad y al ser humano, es un problema a nivel mundial.<sup>2</sup>*

### **Razones del consumo**

Además, se identificó como un problema que se manifiesta debido a que los afectados se alejan de Dios, y que es parte de la maldad que existe y que es la manera del demonio de mantener a las personas bajo su poder.

<sup>2</sup> Primera Iglesia Bautista

*En la Cita 3 podemos ver la opinión de las razones del porque consumen: “Es algo que las personas recurren cuando sus vidas están sin rumbo, cuando se sienten tristes, es una salida hacia la desalación de sus vidas, pero sobre todo este problema de las drogas es una demostración de la falta de Dios en el corazón de esas personas, es un llamado de desesperación, y es también la muestra de que Satanás quiere destruir las vidas de los seres humanos a través de las drogas, llevándoles a la destrucción de sus vidas, de su familia. El enemigo ha encontrado esa forma de mantener a las personas bajo su poder porque las drogas son adictivas impidiendo a la persona poder salir de ellas por su cuenta”<sup>3</sup>*

### **Abordaje**

Todas las iglesias trabajan con personas drogodependientes, en la mayoría de los casos, estas cuentan con personas o grupos de jóvenes que brindan atención a drogodependientes, haciendo visitas domiciliarias, integrándolos a sus iglesias o visitándoles en sus casas, otro método que expresan que ellos realizan es cuando las personas drogodependientes buscan ayuda directamente en la iglesia, y en ese momento se les brindan charlas, comida, ropa y lo más importante lo educan con la palabra de DIOS. Ellos como iglesias piensa que no deben de estar ajenos a este problema y deben de hacer todo lo necesario para trabajar con esta problemática que afecta a una parte de sus feligreses

*En cuanto, al tipo de ayuda que reciben los adictos se encontró que los participantes describen como en la Cita 4. Si, nosotros tratamos de brindarle ayuda a estos borrachitos se mantienen en las esquinas aquí en el barrio, cuando podemos les damos charlas comida y ropa cosas que ellos necesitan lo más importante es educarlos con la palabra de DIOS.<sup>4</sup>*

### **Preparación de los encargados de programas**

Se encontró que los encargados de estos programas por lo general no tienen ningún tipo de preparación o capacitación para el trabajo con drogodependientes o no cuentan con profesionales expertos en el tema, ya que la mayoría considera que solamente cuentan como recurso la palabra de Dios y la voluntad para ayudar a los adictos, por su parte ellos se capacitan a nivel personal leyendo e investigando para brindar charlas a estas personas ya que están orientadas a entender

---

<sup>3</sup> Iglesia Jesucristo Nuevo Amanecer

<sup>4</sup> Iglesia Filadelfia

su situación. Otras iglesias cuentan con psicólogos que son los encargados de llevar a cabo diferentes actividades en pro de los mismos, pero no cuenta con programas específicos para brindar tratamiento a los miembros con adicciones. Además, refieren algunos de los capacitadores fueron adictos, y por lo general comparten sus experiencias y brindan charlas. En ocasiones contratan profesionales o derivan a ciertos centros de salud para resolver este tipo de situaciones relacionadas con las adicciones.

*Cita 5. La capacitación que tenemos es de la palabra de Dios y nos capacitamos solos, investigando para dar charlas a los drogadictos y así saber de qué están hablando y transmitir la información de las drogas y mostrarles la palabra de dios y se acerquen y puedan ser salvos.<sup>5</sup>*

### **Características de los programas**

Al evaluar qué tipo de atención o programas específicos tienen las iglesias católicas o evangélicas en estudio para jóvenes con problemas de adicción, todos coinciden que no existe un programa estructurado, con objetivos, visión, misión concreta, sin embargo realizan grupos donde se invitan a los jóvenes drogadictos del barrio donde está ubicada con el objetivo de orientar desde el ámbito espiritual, psicológico y social, así como insertarlos a nivel laboral y social, en general se les brindan atención integral. Se les da seguimiento con visitas dos o tres veces a la semana, y se da una enseñanza bíblica, Además, expresan que cuando el problema no se puede abordar desde el punto de vista religioso estas personas son remitidas a centros de salud mental para tener una atención integral.

En cuanto a este acápite se pudo observar que los participantes se enfocan más en los aspectos espirituales. A si se desprende de la viñeta siguiente:

*Se pudo comprobar que los programas ofertados se enfocan en aspectos espirituales y de valores que ellos denominan acompañamiento espiritual: Cita 6. “El programa que se utiliza en este grupo es mas de enfoque espiritual, se imparten charlas a nivel católico para el crecimiento de las personas, ellos se reúnen todos los días y días feriados para la diferentes*

---

<sup>5</sup> Iglesia Pentecostal

*celebraciones, se les da un acompañamiento espiritual, también las personas que asisten o se remiten al buffet de salud mental para tener así una integración religiosa y psicológica”.*<sup>6</sup>

### **Trabajan con:**

Los pastores y sacerdotes de las iglesias determinaron que al abordar a jóvenes drogodependientes es importante trabajar con personas o situaciones relacionadas con el adicto como los amigos, familias e incluso la sociedad, sin embargo es frecuente que la familia no apoyan este proceso de rehabilitación porque han excluido al miembro adicto de la familia y por tal razón algunas prefieren no abordarla en este ámbito y expresan que sea Dios el que acompañe a estas personas y pueda alejarse de ese vicio, esto se debe fundamentalmente también a que no se cuentan con suficientes recursos humanos, materiales y económicos.

La asistencia o acompañamiento de una persona cercana para el tratamiento del adicto es extremadamente importante. Por tanto, el modelo de tratamiento ofertado toma en cuenta además de los aspectos espirituales retoma aspectos importantes relacionados a la familia. *Cita 7. “Se trabaja solo con el drogadicto debido a que con su familia no los dejan estar en su casa y preferimos solo que sea Dios es el que los acompañe en las reuniones que se hacen y pueda alejarse de ese vicio”.*<sup>7</sup>

### **Percepción de eficacia de los programas de rehabilitación.**

Al analizar la percepción de eficacia que tienen los programas de rehabilitación que están ejecutando las iglesias en estudio se determinó una variabilidad de eficacia de los programas que ejecutan, esto se debe principalmente a que no se cuenta con personal adecuado para estos casos, solo se tiene la voluntad, el deseo de ayudar y lo más importante el respaldo de Dios, además, gran parte se han rehabilitado de las drogas y ahora dan sus testimonios a otros que están en proceso a aquellos que estando en proceso de recuperación recaen nuevamente, se puede definir que la percepción es relativa.

---

<sup>6</sup>Iglesia la recolección

<sup>7</sup>Segunda iglesia pentecostal M.I

*Cita 8. La percepción de eficacia es relativa, hay recaídas y esto es difícil porque las personas que recaen se apartan de la iglesia y de las amistades.*<sup>8</sup>

### **Duración de los programas**

Los programas de tratamiento para las adicciones deben definir el tiempo estipulado de la intervención. En este sentido se encontró que los programas brindados por las iglesias católicas o evangélicas no tienen un tiempo de ejecución determinado debido a que estos programas tienen un proceso del día a día, expresan que las personas en ocasiones tienen recaídas y el proceso se reinicia y se refuerza, por tal razón se da un seguimiento continuo, se puede concluir que estos son programas no formales, sin embargo refieren que un tiempo de rehabilitación con éxito ha durado hasta 1 año.

*Cita 9. No tienen una duración establecida, esto es un proceso del día a día, las personas en ocasiones tienen recaídas y entonces el proceso se reinicia*<sup>9</sup>

*Cita 10. “Esta iglesia en su programa no formal, su tiempo de rehabilitación con éxito ha durado hasta 1 año”.*<sup>10</sup>

### **Seguimiento y Acciones post-intervención.**

Al concluir el programa de intervención con drogodependientes cada una de las iglesias realizan diferentes acciones como una forma de reinsertarlos en una vida familiar, religiosa y social, dentro de las cuales se mencionan algunas; apoyo en la búsqueda de trabajo. Algo muy importante es que forman parte activa de la iglesia, es evangelizado y además se le solicita retribuir la ayuda brindada en ser portavoz de los objetivos logrados en su vida a otros que se encuentran con problemas de adicción, además optan por prepararlos que sean parte de sus iglesias, ya como pastores o miembros activos en la comunidad religiosa, así como ayudarlos a que sigan estudios técnicos o de algún oficio para que sean independientes y le den un nuevo curso a su vida, continúan con visitas en sus hogares además de ser parte de un grupo de búsqueda de personas que se encuentren en situación difíciles.

---

<sup>8</sup>Primera Iglesia Bautista

<sup>9</sup>Iglesia de Jesucristo Nuevo Amanecer.

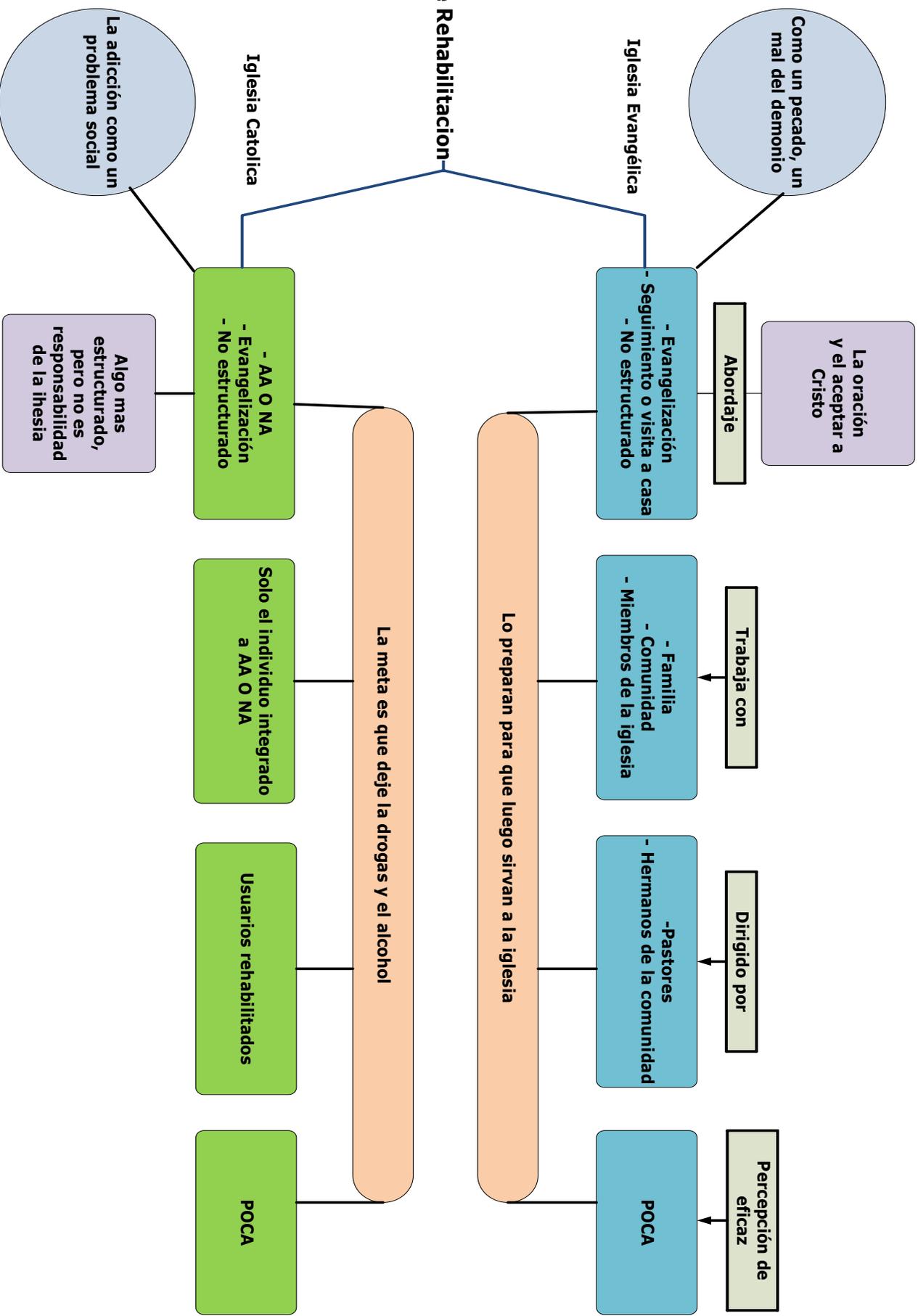
<sup>10</sup>Iglesia Nueva Jerusalén

*Cita 11. “Se procura integrarlo en la iglesia en la medida que se van rehabilitando, es importante darles un sentido de utilidad a estas personas, lo van poniendo hacer cosas sencillas dentro de la iglesia, les buscan trabajos o ayudan económicamente para que ellos puedan seguir estudiando.”<sup>11</sup>*

---

<sup>11</sup> Iglesia Independiente

Figura 2. Modelo de los programas de Rehabilitación a las adicciones, en Jóvenes que asisten a las Iglesias católicas y evangélicas de la ciudad de León, que ofertan estos programas



### **Discusión**

El problema de la droga es como una mancha de aceite que invade todo. No reconoce fronteras, ni geográficas ni humanas. Ataca por igual a países ricos y pobres, a niños, jóvenes, adultos y ancianos, a hombres y mujeres. La Iglesia no puede permanecer indiferente ante este flagelo que está destruyendo a la humanidad, especialmente a las nuevas generaciones” a partir de esto nos planteamos el objetivo de explorar las características de los programas de rehabilitación para adictos a sustancias psicoactivas y la percepción de eficacia que sobre los mismos tienen las iglesias católicas y evangélicas que brindan atención a jóvenes con problemas de adicción en la ciudad de León Nicaragua.

Entre los principales resultados encontramos que el problema de las adicciones es un problema social, que una vez la personas dentro de este mundo generan consecuencias que incide de forma individual, familiar y social, que destruye no solo al individuo, sino a la sociedad y a la familia, y se presenta con mayor frecuencia en los jóvenes. Por tal razón, la iglesias católicas y evangélicas pretenden entre otras favorecen todas las formas de conocimiento y colaboración entre instituciones, familias y sociedad civil. Consideran que se debe de encauzar esfuerzos en favor de las y los que han caído en las garras del alcoholismo y la drogadicción, donde todos puedan dar su soporte, ser escuchados y apoyados, respetando siempre su legítima autonomía; esfuerzos y acciones concretas que prevean, ante todo, la educación a los valores y a la convivencia social respetuosa de todos. La drogadicción y el alcoholismo están allí, como fenómenos sociales preocupantes, como “mancha de aceite” que crece y amenaza con hundir la barca de la toda sociedad.

Entre sus principales hallazgos se encontró que estas iglesias católicas o evangélicas están implementados programas que brindan atención a jóvenes con problemas de adicciones, sirviendo estas acciones como afrontamiento y tratamiento de rehabilitación. Los programas proponen una mayor educación que enseñe a las personas el verdadero sentido de la vida y dé prioridad a los valores, comenzando por los valores de la vida y el amor, iluminados por la fe. La Iglesia también propone una terapia de amor y dedicación a las necesidades de los adictos para ayudarles a superar sus Problemas. Su eficacia está dependiendo de diversos ámbitos de actividad y de muchos protagonistas, como es el caso de los mismos miembros de las iglesias, pastores que aunque no estén entrenados en el tema de adicciones, están realizando algunas acciones en

función de incidir sobre los adictos. Es por tal razón que la iglesia ha surgido como un actor que desempeña un papel importante con la misión evangélica, para afrontar las cuestiones que se plantean en las situaciones y en los fenómenos vinculados a la droga, según Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, 2010.

De igual forma, se plantea que la Iglesia está comprometida a favor de los toxicómanos con la acción pastoral de numerosos sacerdotes, religiosos y laicos, en el seno de instituciones o en medios abiertos, en espacios creados para que las personas que se drogan enfrenten sus problemas personales. Según Almeida et al, 2006; Chanberlain& Hall, 2000. Koenic et al, 2001 plantea que actualmente existe literatura substancial y concreta asociada positivamente a la religiosidad y al bienestar físico y mental del ser humano, por tal razón las iglesias están implementado estos programas de atención a personas con problemas de adicciones, aunque en nuestro contexto carecen de estructura formal, pero orientado a la atención espiritual.

Los resultados muestran que la eficacia del programa de rehabilitación no se muestra en un 100%, sin embargo hay una percepción de incidencia de estos programas en la rehabilitación de los usuarios, las personas adictas que más visitan las iglesias con más frecuencia son de alguna manera las más beneficiadas, convirtiéndolas en miembros activos de las mismas una vez que se rehabilitan, reflejándose como un factor de protección. Estos resultados tiene relación con un estudio desarrollado en Canadá, por Adlaf e Smart, 1985, donde se examinó la relación entre el uso de drogas y las diversas formas de participación religiosa, dentro de estas: afiliación religiosa, encontrando que la afiliación religiosa no difirió entre los usuarios de droga de las clases católica, protestante o sin religión. No obstante, la religiosidad y la frecuencia a la iglesia difirieron entre usuarios y no usuarios de droga de forma significativa. Aquellos que poco frecuentaban las iglesias y que no practicaban su religión de alguna forma eran más propensos a ser usuarios de alcohol y otras drogas según Adlaf e Smart, 1985.

Es importante reflejar que la Iglesia dirige su programa hacia tres direcciones de intervención: “Prevención, acompañamiento y sostén para reprimir esta pandemia. En la prevención, insiste en la educación en los valores que deben conducir a las nuevas generaciones, especialmente el valor de la vida y del amor, la propia responsabilidad y la dignidad humana de los hijos de Dios. En el acompañamiento, la Iglesia está al lado del drogadicto para ayudarlo a recuperar su dignidad y

vencer esta enfermedad. En el apoyo a la erradicación de la droga, no deja de denunciar la criminalidad de los narcotraficantes que comercian con tantas vidas humanas, teniendo como meta el lucro y la fuerza en sus más bajas expresiones”. Por tal razón, el hecho de visitar la iglesia es un factor protector sobre todo para las personas más jóvenes, que son lo más están en riesgo de entrar en este problemas social, así como lo expresa Lorch e Hughes (1985), en estudio de investigación realizada con 13878 estudiantes sobre la importancia que daban a la religión como factor protector fundamental en el consumo de drogas, expresando que cuanto mayor importancia los estudiantes daban a la religión, menor era el involucramiento en las drogas.

## Conclusiones

1. La iglesia católica y evangélica perciben el problema de adicciones como un problema social y familiar que afecta a todas las persona independientemente de la edad.
2. Podemos decir que ambas iglesias utilizan el mismo modelo de intervención en personas con problemas de adicción, caracterizándose por brindar charlas educativas, visitas domiciliars tomando como base la palabra de Dios.
3. Las personas que visitan la iglesia con problemas de adicciones en su mayoría son. (Familiares cercanos o amigos de los miembros que se congregan en las distintas iglesias.
4. El apoyo social que brinda la iglesia a estos jóvenes están basados en la evangelización, las visitas domiciliars continua y apoyo en la búsqueda de trabajo, o en aprendizaje de un oficio y preparación académica, teniendo como base el respaldo familiar.
5. Existe alta frecuencia de reincidencia de los jóvenes e incluso de los adultos con problemas de adicción, debido a que no se cuenta con profesiones expertos para un tratamiento adecuado.
6. El programa que llevan a cabo las iglesias carecen de estructura organizacional, ya que se definen como programa no formal enfocado mayormente en el área espiritual.
7. La eficacia de los programas de rehabilitación en drogodependencia son relativos ya que perciben que hay dificultada para la atención integral de esta problemática

## **Recomendaciones.**

### **A las iglesias.**

- Que integren profesionales expertos en el tema de adicciones para brindar atención directa al problema.
- Que los jóvenes participantes de este programa sean capacitados en el tema de adicciones.
- Que las iglesias que no tienen capacidad de abordaje en problemas de adicciones deriven a estos miembros a instituciones de salud mental especializada
- Que los pastores y los sacerdotes tengan una visión integral sobre la atención que necesitan estos jóvenes para superar sus adicciones.
- Que los miembros encargados del programa de drogodependencia se capaciten en temas de adicción tratando de cambiar el concepto pecaminoso sobre las personas que consumen drogas.
- Que los miembros encargados del programa de drogodependencia se capaciten sobre los modelos y características de los programas de rehabilitación en drogodependencia.
- Que las iglesias católicas como evangélica conforme una comisión intercongregacional con el fin de manejar el mismo programa de rehabilitación.
- Que las iglesias editen material específicos con contenido de rehabilitación y prevención acorde a sus propias realidades
- Que se definan indicadores (Objetivos, población a la que pretenden llegar, metas por año.) para evaluar los programas de rehabilitación que se ejecutan en sus iglesias.

### Referencias Bibliográficas

- (s.f.). Iglesia Droga y Toxicomania. En *Iglesia Droga y Toxicomania* (págs. 120-200). Vaticano: Libreria Editrice Vaticana.
- (s.f.). Iglesia Droga y Toxicomania. En *Iglesia Droga y Toxicomania* (págs. 120-200). Vaticano: Libreria Editrice Vaticana.
- Avants, S. K., Warburton, L., & Margolin, A. (Enero-Marzo de 2001). Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, págs. 39-45.
- Bergin, A. E. (1991). *Values and religious issues in psychotherapy and mental health*. American Psychologist.
- Commenford, M., & Reznikoff, M. (1996). Relationship of religion and perceived social support to self-esteem and depression in nursing home residents. . *Journal of Psychology*, 130, 35-50.
- Dowdle, P. S. (3 de 11 de 2009). *preach it teach it*. Obtenido de preach it teach it: [www.preachitteachit.org](http://www.preachitteachit.org)
- Feher, S., & Maly, R. (1999). Coping with breast cancer in later life: the rol of religious faith. *Psycho-oncology*, 8, 408-416.
- Fernández-Ríos, L., & García-Fernández, J. (2000). La religión como recurso para la promoción de la salud. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18, 23-56.
- Franey, D. C. (1988). *Theories of Drug and Alcohol Misuse and Intervention*. Londres.
- Helm, H., Hays, J., Flint, E., Koenig, H., & Blazer, D. (2001). Does private religions activity prolong survival?. A six-years follow-up study of older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55, 400-405.

- Iglesias, B. E. (s.f.). *Bases teoricas que sustentan los programas de prevencion de droga . Plan nacional sobre drogasa. .* Universidad de santiago de Compostel.
- Juan Pablo II. (18 de 01 de 1991). Conferencia a los miembros del Cuerpo diplomático acreditado ante la Santa Sede. *LOsservatore Romano*, pág. 6.
- Juan Pablo II. (21 de 09 de 1980). Homilía surante la misa para el comité italiano de soliradidad con los jóvenes toxicómanos. *LÒsservatore Romano*, pág. 6.
- Juan Pablo II. (24 de 10 de 1997). Congreso Internacional sobre la toxicomanía “Solidarios con la Vida”. *LÒsservatore Romano*, pág. 11.
- Juan Pablo II. (9 de Diciembre de 1984). VIII Congreso mundial de las comunidades terapéuticas. *L'Osservatore Romano*, pág. 18.
- Koenig, H. (Julio-Agosto de 2000). Psychoneuroimmunology and the faith factor. *Journal of Gender-Specific Medicine*, 3, 37-44.
- Koffi, A. (26 de 06 de 2000). Documentos de referencia sobre el fenómeno de las drogas y la salud internacional. Centro de Información de las Naciones Unidas para España.
- Loewenthal, K., Cinnirella, M., & Murphy, P. (2001). Faith conquers all?. Beliefs about the role of religious factors in coping with depression among different cultural at religions groups in the U.K. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 293-303.
- Paho: Atención Primaria de Saluda 25 Años de la Declaración de Alma-Ata:* . (s.f.). Obtenido de <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/>
- Shams, M., & Jackson, P. (diciembre de 1993). Religiosity as a predictor of well-being and moderator of the psychological impact of unemployment. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 341-352.
- Steffen, P. R., Hinderliter, A., Blumenthal, J., & Sherwood, A. (2001). Religious coping, ethnicity, and ambulatory blood pressure. *Psychosom Medicine*, págs. 523-530.

Thorensen, C., & Harris, A. (2002). Spirituality and Health. . *Annals of Behavioral Medicine*.

V Conferencia General del Episcopado Latinoamericano y del Caribe. (mayo de 2007).

Aparecida, Brasil.

Warren, R. (s.f.). *Celebramos la recuperacion*. Vida Publica.

Wright, M. d. (2004). *El fenómeno de las drogas y la profesion de enfermeria, Estudio en el uso y abuso de drogas*.

**ANEXOS**

## **Anexo No. 2: Guía de preguntas generales para una entrevista a profundidad**

### **TEMA.**

**Explorar los programas de rehabilitación a las adicciones, en jóvenes que asisten a las iglesias católicas y evangélicas de la ciudad de León, que ofertan estos programas.**

### **Guía de preguntas generales para una entrevista a profundidad.**

#### **Datos generales:**

1. Nombre de la iglesia.
2. Ubicación.
3. Nombre del sacerdote o pastor encargado.
4. Tiempo de fundación.
5. Número aproximado de personas que se congregan.

#### **Preguntas a profundidad.**

1. Acciones generales que como iglesia realizan.
2. Desde su iglesia ¿Cómo entiende los problemas de las drogas?
3. ¿Trabajan con drogodependientes?
4. Qué tipo de atención o programas específicos tienen para este tipo de personas?  
Explique detalladamente.
5. ¿Los facilitadores o los encargados de estos programas reciben algún tipo de entrenamiento o capacitación? Explique.
6. En el trabajo con personas que padece el problema de adicción ¿trabajan solo con ellos o involucran otros aspectos, personas o situaciones relacionadas con el adicto? ¿podría explicar?
7. ¿Qué tiempo duran los programas de rehabilitación?
8. ¿Qué percepción de eficacia tienen de los programas de rehabilitación que ustedes desarrollan?
9. Una vez concluido este programa que hacen con el miembro rehabilitado.