

**INVESTIGACIÓN**

Religiosidad y espiritualidad en el tratamiento hospitalario de las adicciones

Amanda Ely¹, Alessandra Mendes Calixto²

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre/RS, Brasil. 2. Departamento de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS, Brasil.

Resumen

En esta investigación cualitativa se analizó cómo la religiosidad y espiritualidad es abordada en el tratamiento de las adicciones en una institución laica. La recolección de datos tuvo lugar desde julio a septiembre de 2016 en la Unidad de Internación de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Adicción del Hospital de Clínicas de Porto Alegre), utilizando datos provenientes de múltiples fuentes como: observación participante, consulta a documentos institucionales y entrevistas con pacientes y profesionales. Los resultados describieron el abordaje de la dimensión religiosidad y espiritualidad y su significación para pacientes y profesionales, dividiéndose las actividades entre abordaje espiritual y religioso, estando éstos menos alineados con el principio de la laicidad.

Palabras clave: Espiritualidad. Trastornos relacionados con sustancias. Servicios de rehabilitación.

Resumo**Religiosidade e espiritualidade no tratamento hospitalar das adições**

Nesta pesquisa qualitativa analisou-se o modo como a religiosidade e a espiritualidade são abordadas no tratamento das adições em instituição laica. A coleta de dados ocorreu entre julho e setembro de 2016 na Unidade de Internação em Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para tanto, utilizaram-se múltiplos recursos, como observação participante, documentos institucionais e entrevistas com pacientes e profissionais. Os resultados consistem na descrição da abordagem da dimensão religiosa e espiritual e de seu significado para pacientes e profissionais, dividindo as atividades entre essas duas esferas, que são menos alinhadas ao princípio da laicidade.

Palavras-chave: Espiritualidade. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Serviços de reabilitação.

Abstract**Religiosity and spirituality in hospital treatment of addictions**

In this qualitative research it was analyzed how the religiosity and spirituality is approached in the treatment of addictions in a secular institution. Data were collected from July to September 2016 at the Unidade de Internação de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Addition Hospital of the Hospital de Clínicas of Porto Alegre), using data from multiple sources such as: participant observation, consultation of institutional documents and interviews with patients and professionals. The results described the approach of the religiosity and/or spirituality dimension and its significance for patients and professionals, dividing the activities between spiritual and religious approaches, which are less aligned with secularism.

Keywords: Spirituality. Substance-related disorders. Rehabilitation services.

Aprovação CEP-HCPA 1.600.556

Declararam não haver conflito de interesse.

El trastorno por uso de sustancias (TUS) es considerado un trastorno de etiología compleja y no completamente esclarecida, que demanda intervención multiprofesional y seguimiento continuo¹. En el escenario actual, las investigaciones sobre aspectos que aumenten la probabilidad de remisión de los problemas relacionados con el comportamiento compulsivo del uso de sustancias destacan la influencia positiva de la *religiosidad y la espiritualidad* (RE) tanto en la prevención y disminución del abuso de drogas como en el mantenimiento de la abstinencia²⁻⁵.

Estos dos aspectos son dimensiones que, aunque categorizadas juntas, tienen significados diferentes para algunos autores. La espiritualidad puede ser definida como la búsqueda personal de la comprensión de las cuestiones últimas de la vida, su sentido y relación con lo sagrado, lo trascendental, sin necesariamente conducir u originar rituales religiosos. La religiosidad es entendida como una creencia que el individuo practica de forma organizada, frecuentando templos, orando y leyendo libros religiosos⁶.

A pesar del gran aporte de los estudios científicos basándose en los beneficios de la RE en el tratamiento del TUS, en la práctica estas dimensiones son abordadas casi exclusivamente por instituciones religiosas. En ese contexto, se multiplican los “tratamientos” en tres líneas principales: 1) grupos de ayuda mutua en iglesias; 2) cultos religiosos; y 3) comunidades terapéuticas (CT) con énfasis en el cambio comportamental a partir del apoyo religioso, que sustituye o perfecciona otras formas de cuidado^{4,7}.

En el ámbito de la salud pública, la Política de Atención Integral al Usuario de Alcohol y otras Drogas⁸, la reglamentación de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), por medio de la Resolución de la Dirección Colegiado (RDC ANVISA) 101/2001⁹, así como por la resolución en vigencia RDC ANVISA 29/2011¹⁰, presentaron criterios bastante flexibles para reglamentar CT, permitiendo adecuar a varias de estas entidades, que son cofinanciadas por el Estado. Se estima que actualmente son responsables de cerca del 80% de las vacantes de tratamiento de uso de drogas en Brasil^{8,11}.

La inserción de las CT en la red de atención ha generado tensión en algunos sectores que denuncian el “tratamiento religioso” (conversión ofrecida por muchas CT) como una amenaza al principio constitucional de la laicidad. En esta perspectiva, la transferencia de recursos a estas instituciones es vista como la salida fácil que promueve la precarización de la atención a usuarios en la red pública de salud mental^{7,12}.

En contrapartida, no se puede dejar de considerar la importancia de la dimensión religiosa/espiritual en el tratamiento del TUS, tampoco el papel fundamental de algunas CT y otros espacios de asistencia religiosa en el proyecto terapéutico singular de personas que buscan tratamiento. De ese modo, introducir en los servicios de salud el tema de la RE en las líneas de cuidado se torna un desafío y una necesidad.

En esa transposición, es indispensable profundizar el concepto de laicidad a fin de reconocer la importancia de la manifestación de la diversidad de creencias y religiones, sin que interfieran en acciones estatales. Los servicios de salud públicos, como los Centros de Atención Psicosocial de Alcohol y Drogas (CAPS AD), los hospitales de referencia y otros servicios con convenios que también siguen la legislación para el sector pueden incorporar la RE en la cotidianidad de las intervenciones. Sin embargo, sus representantes no deben manifestar ningún credo particular, de modo tal de evitar actos coercitivos y discriminatorios.

La reflexión aquí presentada es fruto de la práctica profesional en el Servicio de Adicción de un Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), donde se desarrolló un trabajo de finalización de residencia (TCR) dedicado a comprender el abordaje religioso y espiritual de pacientes internados para el tratamiento de TUS. La investigación se realizó en la Unidad de Internación en Adicción del HCPA y, además de lo expuesto, tuvo como objetivo conocer la visión de pacientes y profesionales acerca del tema.

Con los resultados de este artículo, se espera reunir datos que apunten a un modelo de tratamiento que contemple la dimensión de la RE en instituciones laicas, y que lleve adelante la discusión del principio de la integralidad en la atención en salud.

Método

Recolección de datos

Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva, del tipo estudio de caso. La recolección de datos se dio entre julio y septiembre de 2016, en la Unidad de Internación en Adicción del HCPA. Se utilizaron múltiples recursos, como investigación bibliográfica, observación participante en grupos relacionados con la RE, registro en cuaderno de campo, consultas a documentos institucionales y entrevistas semiestructuradas con pacientes y profesionales que trabajan en intervenciones ligadas a esos dos aspectos.

Muestra

Para definir la muestra se utilizó el método de muestreo teórico¹³, en el cual la cantidad de participantes no fue definida *a priori*, sino en el transcurso de la investigación. Así, se seleccionaron individuos de acuerdo con sus posibilidades de contribuir con el tema propuesto. De los diez pacientes y cuatro profesionales invitados a colaborar, todos aceptaron, no habiendo negaciones o pérdidas. Para el cierre de la muestra, se utilizó el criterio de saturación teórica¹⁴, es decir, se interrumpió la inclusión de casos cuando los investigadores entendieron que no había más informaciones nuevas.

Los pacientes de la investigación estaban internados en la unidad hacía más de 15 días e insertos en actividades de grupo con temáticas abocadas a la RE (diálogos y manifestación religiosa). Los excluidos de la muestra presentaban síntomas psiquiátricos agudos o déficit cognitivo entre moderado y grave, lo que podría inviabilizar la comprensión de las preguntas formuladas. Los criterios de inclusión de los profesionales fueron actuación en la unidad de internación y desarrollo de actividades orientadas a la espiritualidad. Se excluyeron los profesionales con vínculo institucional inferior a seis meses en el período de campo. En la recolección de datos, se utilizó un instrumento para describir las intervenciones y dos guiones de preguntas semiestructuradas para profesionales y pacientes.

Instrumentos de recolección de datos

A partir de preguntas cerradas, se recopilaron datos sociodemográficos, denominación religiosa y prácticas de RE, además de informaciones sobre uso de sustancias. Las preguntas abiertas siguieron un guion semiestructurado con el fin de verificar si el paciente ya había realizado algún tratamiento. En caso positivo, se procuró saber cómo eran esos espacios y si en ellos se abordaba la espiritualidad. Se pretendió también constatar si en la internación concomitante al estudio se discutía el tema RE y de qué forma, así como descubrir si el paciente consideraba importante la dimensión espiritual para su recuperación.

En la entrevista con profesionales, se indagó sobre datos sociodemográficos, tiempo de trabajo en la institución, denominación religiosa y prácticas religiosas y espirituales regulares. El guion de entrevistas semiestructuradas indagaba si el profesional consideraba importante abordar la espiritualidad para rehabilitar al paciente, si había espacios para prácticas de ese tipo y cuál era, en su opinión, la mejor forma de tratar el tema. Los instrumentos

utilizados constan al final del artículo. Las entrevistas tuvieron lugar en la propia Unidad en Adicción del HCPA, en la sala de atención individual, y contaron sólo con la presencia exclusiva de la entrevistadora y el entrevistado.

Análisis de los datos

Las informaciones sociodemográficas y referidas al perfil de los participantes fueron digitadas en una planilla de Excel y posteriormente transformadas en gráficos. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas siguiendo el método presentado por Minayo¹⁴, que sugiere diez pasos para estructurar la investigación cualitativa, culminando en la creación e interpretación de categorías empíricas o unidades de sentido que fueron comprendidas, interpretadas y dialectizadas.

Debido a los límites impuestos por la estructura del artículo, se agruparon en dos núcleos las categorías y subcategorías encontradas en las entrevistas: importancia de la RE para el tratamiento del TUS; y visión de pacientes y profesionales sobre las intervenciones en RE en la unidad investigada.

Criterios éticos

Este estudio obedeció a los criterios éticos del Consejo Nacional de Salud, Resolución CNS 466/12¹⁵, siendo presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del HCPA. Todos los participantes fueron informados de los objetivos de la investigación y firmaron el documento de consentimiento libre e informado.

Resultados

Descripción de la unidad investigada

La Unidad Álvaro Alvim fue inaugurada en 2011, a partir de un proyecto de la Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) en asociación con el HCPA. Es un servicio hospitalario de referencia que realiza internaciones de corta duración, con posibilidad de continuar el acompañamiento en el Ambulatorio de Adicción situado en el mismo lugar o en otros servicios de salud mental en el país. Dispone de veinte camillas masculinas de adultos y de un equipo multiprofesional con más de cien miembros efectivos, además de residentes y pasantes. Los pacientes llegan derivados desde dos emergencias psiquiátricas y del CAPS AD municipal, con una regulación vía central de camillas. Las internaciones son voluntarias, con mayor cantidad de pacientes alcohólicos que usuarios de otras sustancias.

El programa de internación se divide en etapas, y el progreso de los pacientes es evaluado por criterios de apropiación del tratamiento, responsabilización y comprensión de los temas propuestos. La rutina en la unidad se organiza en grillas semanales de actividades, coordinadas por profesionales de diversas áreas. Se constató que existen 35 grupos, en promedio cinco por día, nueve relacionados con temáticas de RE: diálogos sobre espiritualidad (1); meditación del fin de semana (2); estudio de los doce pasos conducidos por profesionales de la unidad (2); reuniones de manifestación religiosa (2); paneles de narcóticos y alcohólicos anónimos, que reciben voluntarios de la comunidad (2).

Fue parte de la investigación la observación participante de los grupos, observándose que las actividades realizadas por los profesionales contemplaban cuestiones espirituales más amplias, como la búsqueda por el sentido de la vida y el autoconocimiento. En el caso de las dirigidas por voluntarios, como los paneles de narcóticos y alcohólicos anónimos y grupos de manifestación religiosa, se dirigían a la exposición de conceptos y prácticas de las entidades representadas por los voluntarios: por ejemplo, el estudio de los 12 pasos, la doctrina espírita, pases, evangelización y alabanza.

Perfil de los entrevistados

La edad de los pacientes varió entre 21 y 64 años, con una media de 49,8 años. Todos los entrevistados relataron el uso de alcohol; dos de ellos asociaron también el uso de otras sustancias (marihuana y cocaína). De los diez participantes, ocho profesaban una religión, distribuidos entre evangélicos (n=4), católicos (n=3) y espírita (n=1). Dos negaron tener afiliación religiosa, pero relataron prácticas religiosas/espirituales regulares, como la oración y la meditación. Sólo uno de los pacientes, autodenominado católico, negó cualquier tipo de práctica religiosa o espiritual. Los demás (n=9) clasificaron como frecuente su participación en cultos religiosos, así como la lectura de la Biblia, las oraciones y las prácticas contemplativas.

En cuanto al perfil de los profesionales, fueron entrevistados un hombre y tres mujeres, con edades entre 31 y 55 años, todos funcionarios efectivos de la unidad desde hacía más de cuatro años. Uno de ellos era de nivel técnico y tres de nivel superior, todos del área de la enfermería. Los cuatro afirmaron tener religión – católico (1), espírita (2) y espiritualista (1) – y mantener prácticas religiosas/espirituales regulares, como oraciones, participación en culto, meditación, entre otros.

Importancia de la religión/espiritualidad en el tratamiento

Las palabras de los pacientes del estudio muestran a la dimensión espiritual como un factor esencial para su propia supervivencia, con sentidos y significados relacionados con el tratamiento: *“Quien me puso aquí dentro fue Dios. Si no fuera por la voluntad de Dios yo no estaría aquí, ya estaría muerto”* (Paciente 2). Revelan también la extrema importancia atribuida a esa dimensión en el mantenimiento de la abstinencia: *“Yo cuando me alejo [de la religión], caigo. Pero cuando me enfoco de verdad, me trae una paz, una tranquilidad”* (Paciente 2).

En las entrevistas con los profesionales, la dimensión RE mostró tener un reconocido potencial terapéutico, no sólo por el aporte espiritual, sino también psicológico y moral. Se entiende a la RE como *“uno de los pilares que ayudan al paciente a mantener la esperanza, una fuerza interna para superar las dificultades”* (Profesional 1); y también como *“un instrumento positivo para que el paciente tenga calidad de vida y tenga fuerza en su vida”* (Profesional 4).

Los profesionales además destacan que la RE contribuye a ampliar el sentido de pertenencia, creando oportunidades de convivencia social y construcción de vínculos significativos: *“no es sólo la religión, es todo el aporte social que la religión da (...) no es religión, pero es un grupo, tener una red de personas, a eso, la espiritualidad y la religión lo proporcionan bastante”* (Profesional 4). Este último dato aparece claramente en el discurso de uno de los pacientes entrevistados, que cita a un pastor evangélico como una de las figuras más importantes del tratamiento: *“El pastor ha sido un amigo, porque no cualquier persona hace eso, aún menos con un alcohólico”* (Paciente 1).

Algunos pacientes entrevistados entienden que la inserción religiosa/espiritual después del alta es fundamental para la recuperación: *“Entonces mi plan es afirmarme en la iglesia que yo más me identifico (...) Quiero acercarme a Dios, la iglesia, en este caso, es sólo el lugar de conexión”* (Paciente 6). En el transcurso de las entrevistas se delinean posibilidades de inserción religiosa de acuerdo con creencias personales, como describe uno de los profesionales:

“En realidad, lo que yo percibo en la dependencia química es que las personas durante el período de abstinencia tenían una creencia, (...) de ahí medio que lo dejaron de lado y volvieron a usar droga, después están abstinentes de nuevo y quieren retomar eso (...) Difícilmente la persona nunca tuvo y ahora quiere” (Profesional 4).

Corroborando el discurso del profesional, uno de los pacientes relata: *“Tengo un primo que es creyente, yo no voy a ir allí, a tirarme y gritar, ese primo mío era totalmente al revés, bandido, de pésima índole, hoy es pastor de iglesia... Me gusta mucho él, pero yo me siento mejor en otro lugar”* (Paciente 10).

A partir de lo expuesto, se puede ver que los pacientes entrevistados atribuyen mucha importancia al ejercicio de la dimensión RE, y cada uno de ellos la comprende de acuerdo con las propias concepciones. Buscan fuerza en las creencias y las utilizan como un apoyo de gran valor para la recuperación y la abstinencia. Los profesionales también reconocen la relevancia de la RE para el proceso de rehabilitación, entendiéndola como un recurso válido, capaz de propiciar motivación a los sujetos para mantenerse abstinentes a partir de la construcción de una red social y de apoyo.

Abordaje de la espiritualidad en una Unidad de Adicción

De los diez entrevistados, siete ya habían sido internados en otros lugares de tratamiento para TUS e, incluyendo algunos de ellos, siete habían hecho tratamiento ambulatorio previo. Se puede decir, por lo tanto, que la mayoría era teóricamente capaz de hacer comparaciones y reflexionar sobre los posibles beneficios de la actual internación. Así, la intención fue evaluar si los pacientes reconocían y comprendían las intervenciones en RE ofrecidas por el programa.

Cuando se les preguntó sobre la cuestión de la RE en tratamientos anteriores (hospitalarios y ambulatorios), cinco relataron este tipo de intervenciones en reuniones de alcohólicos anónimos (n=2), acciones puntuales en internaciones (n=2) y cultos y alabanzas en una comunidad terapéutica evangélica (n=1).

En cuanto a las oportunidades para desarrollar la espiritualidad en la actual internación, todos los pacientes refirieron actividades dirigidas al tema: *“Sí, es bien hablado, muy hablado. Tenemos ruedas de conversación sobre el tema. Las meditaciones trabajan mucho la espiritualidad también, el contacto consciente con Dios”* (Paciente 7). Los profesionales confirman la existencia de estos espacios y describen las actividades desarrolladas: *“Se ofrece siempre. Desde el comienzo que abrió la unidad se crearon esos espacios dentro de los grupos de estudio de los doce pasos dirigidos a la comprensión de la espiritualidad, grupos de diálogos sobre espiritualidad, las prácticas de relajación”* (Profesional 1).

Tanto los pacientes como los profesionales de la unidad describen los grupos como espacios para actividades sin discursos o prácticas ligadas a alguna creencia particular: *“Trabajamos bien esta cuestión amplia, no para el lado de la religión, donde se discuten algunos temas como el significado y el sentido de la vida”* (Profesional 4).

Los espacios de manifestación religiosa se abren mediante visitas voluntarias y sistemáticas de representantes de instituciones religiosas, de dos a tres veces por semana. Estas entidades son previamente registradas en el HCPA y designan miembros para trabajar en el lugar: *“Recibimos visitas regulares de instituciones religiosas, ¿no? Invitamos a algunas iglesias a venir, algunas tienen cierta frecuencia con nosotros a pedido de los pacientes”* (Profesional 1).

Durante la investigación, equipos de una iglesia Universal y de un centro espírita kardecista estaban realizando dichas actividades. Para participar de ellas en la internación, los pacientes registran el nombre en un libro que queda en el puesto de enfermería, informando su interés. Recién después de eso reciben el aviso de las visitas por parte del equipo.

Los enfermos evaluaron esta actividad como positiva, y algunos afirmaron participar de actividades de otra religión que no son la suya: *“También está el grupo religioso que viene aquí, por ejemplo... Vino el grupo de Chico Xavier, vienen los evangélicos también. Yo participo de los dos, porque hablan de Dios”* (Paciente 2). El carácter voluntario es resaltado por otro entrevistado: *“Ayer mismo hubo una conferencia sobre espiritualidad. Yo no fui porque era orientado hacia el lado espírita, y yo no comulgo con esa filosofía, no participé”* (Paciente 6). Un paciente resalta que la interacción religiosa potenció su tratamiento: *“Estuvo aquí un grupo de la iglesia. Me gustó (...) De ahí hasta ahora me empecé a sentir más ligero, más tranquilo, después de que ese grupo de la iglesia vino, yo mejoré 80, 90%”* (Paciente 3).

Aunque existen espacios propios para la manifestación religiosa, esta cuestión aparece con frecuencia en grupos que tratan otras temáticas, exigiendo un manejo constante del equipo, que introduce explicaciones acerca de los conceptos de ética, religiosidad y espiritualidad: *“Cuando se hacen grupos de conversación, siempre se dice al principio que es independiente de la religión, (...) y aun así es difícil que ellos no introduzcan sus creencias o quieran que el otro tenga la misma creencia, lo hacen seguido a eso”* (Profesional 3).

Este punto en particular aparece en la entrevista con un paciente católico. Él relata que, durante

un grupo de Diálogos en Espiritualidad, otro paciente (posiblemente evangélico) cuestionó la validez de la imagen de Jesucristo clavado en la cruz, lo que provocó confrontación: *“Entonces yo cuestioné eso en ese momento, llegué al punto de ser medio violento en mis respuestas, medio agresivo, diciendo que (...) aquello, allí, simboliza una historia que sucedió”* (Paciente 5). El dogmatismo religioso perceptible en algunos discursos es reforzado por las intervenciones religiosas en la unidad: *“Hubo aquí un grupo de la iglesia. Me gustó. (...) Pero hubo gente que no le gustó. Que no le gusta que hable de Dios, que hable de Jesús. Pero tenemos que intentar de alguna forma evangelizar a esas personas”* (Paciente 3).

En cuanto a la idea de buenas prácticas en el abordaje de la RE en pacientes con TUS, se destaca la comprensión de un profesional entrevistado, para quien la dimensión espiritual es *“una herramienta más de cuidado que podemos tener en la dependencia química”* (Profesional 4). En la cotidianidad de los profesionales este tema se muestra como una de las múltiples dimensiones que componen el universo del paciente atendido, debiendo ser tratado considerando la integralidad. Todos los pacientes entrevistados reconocen que hay actividades de RE en la unidad investigada, concibiéndolas como parte del tratamiento, aunque sólo la mitad de ellos han vivido tales experiencias en tratamientos anteriores.

Las prácticas de RE realizadas por los profesionales se abocan más al concepto de espiritualidad, mientras que las actividades dirigidas por voluntarios de entidades religiosas están más enfocadas en la religiosidad. Algunos pacientes tienen dificultades para diferenciar los dos conceptos y los momentos de expresarlos, lo que exige intervenciones de parte del equipo. Esta dificultad, manifestada por el dogmatismo y reforzada por las visitas de voluntarios religiosos, termina contribuyendo a la división entre pacientes de religiones diferentes o aquellos cuyas creencias no son contempladas por tales intervenciones. Aunque el discurso laico predomine entre los profesionales, la oferta de actividades ligadas a religiones específicas revela una incongruencia, ya que el discurso de los voluntarios religiosos, según se constató en el período observado, apunta a la perspectiva de evangelización.

Discusión

El concepto de laicidad, de modo general, puede entenderse como la no asociación del Estado

a ningún tipo de confesión religiosa, es decir, imparcialidad ante la diversidad de creencias, ideologías y religiones. Por lo tanto, no se trata de una oposición a las prácticas de esa naturaleza, sino de la posición de neutralidad¹⁶. En esta línea de comprensión, se entiende que el concepto de laicidad se opone al denominado Estado confesional, asegurando el no favorecimiento de ninguna religión, incluido el ateísmo, al considerar que este último asume una posición característicamente religiosa, aunque en sentido negativo¹⁷.

La espiritualidad es inherente a muchas personas – está en la raíz de sus identidades como seres humanos y le da a la vida sentido y propósito. Las necesidades espirituales se tornan particularmente fuertes cuando las enfermedades amenazan la vida o el modo de vivir³. Por lo tanto, el abordaje de la RE por parte de los profesionales de salud debe tener en cuenta la historia de creencias y valores del individuo bajo sus cuidados para: 1) familiarizarse con las creencias religiosas/espirituales de sus pacientes y percibir cómo encaran las medidas de tratamiento médico; 2) entender el papel de la religión frente a enfermedades o situaciones de estrés; 3) identificar necesidades espirituales que demanden acompañamiento³.

Cuando se trata de pacientes con TUS, los estudios transversales demuestran la eficacia de las cuestiones espirituales en la prevención y tratamiento de trastornos adictivos, principalmente como forma de obtener apoyo social y desarrollar recursos internos para mantener la abstinencia⁴. Además, evidencias científicas señalan que los pacientes usuarios de sustancias tienen mejores índices de recuperación cuando *el tratamiento está permeado por un abordaje espiritual, de cualquier origen, si se compara con pacientes que son tratados exclusivamente por medios médicos*¹⁸. Así, se destacan evidencias de que la espiritualidad es uno de los principales componentes de cambio de los comportamientos adictivos⁵.

En cuanto al perfil de los pacientes entrevistados, la mayoría de la muestra cree en alguna religión y realiza prácticas espirituales con frecuencia. Por lo tanto, son personas que ya tienen un sistema de creencias y prácticas singulares. Estos datos se equiparan a las investigaciones sociodemográficas en Brasil, las cuales señalan que el 98% de la población profesa una religión, siendo el 64,6% católicos, el 22,2% evangélicos y el 2% espíritas. Estas son las tres religiones más mencionadas, mientras que el 3% de los brasileños afirman seguir otras¹⁹.

Cabe considerar que en cada denominación religiosa existen vertientes específicas. La publicación *“Nuevo mapa de las religiones”*²⁰, en base

a datos del último censo del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), señaló la existencia de al menos 25 ramificaciones dentro de las tres principales denominaciones (católicos, evangélicos y espíritas), además de otras creencias, como islamismo, hinduismo, budismo, que no se clasifican en los tres primeros grupos.

Se sabe que en Brasil la mayoría de las personas *forma la base de sus creencias y valores espirituales por medio de elecciones religiosas, pudiendo haber, a veces, en esta base, una composición de diferentes religiones y también de prácticas de autoconocimiento*²¹. Es decir, la dimensión espiritual de cada sujeto asume manifestaciones singulares, que pueden incluir una o más religiones, o ninguna en particular. En este sentido, es un derecho del paciente que se respeten sus creencias y valores espirituales y se integren al cuidado²².

Los resultados del estudio indican que: 1) los pacientes internados para tratamiento del TUS poseen creencias espirituales/religiosas definidas; 2) reconocen la importancia del enfoque espiritual para el tratamiento; y 3) pueden beneficiarse con los vínculos comunitarios ligados a sus creencias. Tanto pacientes como profesionales reconocen que hay intervenciones de RE en la unidad investigada y consideran que se benefician con ellas.

Como se expuso anteriormente, la espiritualidad difiere de la religiosidad por abarcar fenómenos más amplios. A los fines clínicos, el foco en la primera dimensión es más inclusivo. En la bibliografía académica existen diversas definiciones de "espiritualidad" que convergen en algunos fundamentos: enfatiza el significado de la vida, la integración de los valores finales y la conexión con lo trascendente, temas que pueden ser tratados de forma más amplia que en el contexto de una religión específica²³.

Las actividades de RE en la unidad estudiada pueden ser consideradas espacios que lidian con cuestiones espirituales de forma laica. Esto se hace mediante intervenciones y grupos de estudio coordinados por profesionales de la unidad y por voluntarios de grupos como Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA).

Sin embargo, los grupos religiosos terminan contrariando las prerrogativas de los hospitales laicos, como se averiguó en el período de observación de la investigación. El discurso de los voluntarios religiosos refuerza el dogmatismo al afirmar que "sólo las iglesias pueden cuidar de la parte espiritual" y que los "servicios de salud sólo se ocupan de la parte biológica".

La oferta de dos vertientes religiosas, con sistemas de regulación moral y creencias diferentes, contribuye a formar pequeños grupos, lo que puede generar conflictos entre los pacientes. Los sujetos afirman sus creencias ante aquellos que profesan otra "fe" o se declaran ateos. De esta forma, se puede comprometer seriamente la "cohesión grupal", elemento terapéutico indispensable para el tratamiento en grupo en el área de la adicción²⁴.

Sin embargo, el dogmatismo inherente a algunas religiones puede ser reforzado por las intervenciones ligadas a la RE en la unidad. Se han constatado, por ejemplo, discursos con refuerzos morales de culpa, prejuicio, estigmatización o salvación única por medio de una creencia específica, identificada falazmente por los agentes religiosos externos como "fe", en detrimento de las demás acciones que forman parte del tratamiento.

La intervención religiosa en el tratamiento de usuarios de sustancias ha sido criticada por diversos sectores de la sociedad brasileña. Por estar insertas en el contexto de salud pública, estas prácticas terminan siendo vistas como una imposición de un credo religioso y de un proyecto terapéutico de base moral. Al mismo tiempo, se deja de considerar la posibilidad de una política universal que pudiera beneficiar al conjunto de la población⁷.

Ante los resultados de este estudio, es importante que las instituciones públicas estrechen lazos con entidades con convenios, como CT y clínicas privadas, con el fin de garantizar la implementación de la política pública de salud, ofreciendo ambientes de tratamiento laico, donde las intervenciones relacionadas a la RE sean reguladas de forma ética y controladas por profesionales capacitados para trabajar con esa dimensión de la salud.

La observación de la Unidad en Adicción del HCPA señaló la necesidad de ampliar y diversificar las actividades que lidian con la cuestión espiritual de los pacientes, en detrimento de las actividades en grupo dirigidas a creencias religiosas en particular. Estas deben ser consideradas y trabajadas en el tratamiento, sobre todo a nivel individual por medio de recursos adecuados: anamnesis espiritual y otros instrumentos ya validados y reconocidos para tal fin, como los sugeridos en la publicación reciente del grupo de investigación en bioética del HCPA²⁵.

Por último, la adopción de una perspectiva laica de la espiritualidad en tratamientos depende de la capacitación de los profesionales involucrados, principalmente con relación al concepto de laicidad

y a las posibilidades terapéuticas de utilizar la RE en el cuidado del paciente. Para ello, otros grupos profesionales deben estudiar y debatir el tema, además de la enfermería, que tradicionalmente se ha ocupado de estas cuestiones.

Consideraciones finales

Este estudio se propuso describir el abordaje de la RE en una institución laica que ofrece internaciones de corta duración a usuarios de sustancias psicoactivas. Se procuró conocer la visión de profesionales y pacientes sobre la importancia de este aspecto y de sus intervenciones en el tratamiento de la unidad. Se constató que tanto pacientes como profesionales reconocen la relevancia de la RE en la recuperación y el sostenimiento de la abstinencia, ya que permite movilizar recursos internos importantes, como motivación y fe, al tiempo que proporciona oportunidades para construir vínculos sociales significativos.

Las intervenciones de RE en el lugar investigado pueden dividirse entre las de carácter espiritual, realizadas por profesionales de la unidad y por voluntarios de AA y NA, y las de cuño religioso, coordinadas por voluntarios de dos instituciones religiosas. Se comprende que los pacientes con TUS atribuyen importancia a la RE por saber que este tema señala sentidos para la vida y puede brindar alivio moral ante las adversidades e injusticias de la vida cotidiana. El dogmatismo, en esta circunstancia, es bien aceptado por los que ya profesan una religión, pues señalaría enfáticamente caminos para amenizar la situación nefasta en la que la persona se encuentra. Así, la aceptación de bases dogmáticas

parece tener relación con el miedo y la incertidumbre en cuanto a la abstinencia, el abandono del vicio y la recaída.

Por un lado, el análisis de los datos mostró que las actividades de voluntarios religiosos estaban restringidas solamente a dos religiones y no contemplaban la diversidad religiosa brasileña. Sin embargo, para aquellos que profesaban estas religiones, el efecto de las intervenciones fue positivo. Se comprende, por lo tanto, que las acciones de los voluntarios religiosos, además de ser un derecho del paciente cuando está internado en un ambiente hospitalario, pueden ser buen recurso terapéutico, potenciado por la ampliación de visitas individuales de miembros de entidades religiosas a las que el paciente pertenezca o que solicite, incluso como movilizadoras de recursos sociales luego del alta.

Mientras este artículo era producido, sus contribuciones ya estaban siendo problematizadas en la unidad, lo que puede resultar en modificaciones de la organización de las actividades. Se sugiere una ampliación de los espacios laicos de espiritualidad ya existentes y la capacitación de profesionales de diversas áreas para lidiar con la RE, lo que puede contribuir a implementar el cuidado integral.

Las limitaciones de esta investigación fueron el número de sujetos entrevistados, así como la imposibilidad metodológica de analizar otras variables de interés para la comprensión del fenómeno estudiado, como las concepciones de espiritualidad y salud de profesionales de diferentes áreas; el impacto de las intervenciones de RE en la recuperación; la inserción religiosa como factor contributivo de búsqueda de tratamiento; *el coping* religioso, entre otros temas que podrán ser esclarecidos en futuras investigaciones.

Este artículo resulta del trabajo de conclusión de residencia presentado al Programa de Salud Colectiva con énfasis en atención integral al usuario de drogas del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Referências

1. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. 3ª ed. Bethesda: NIH Publication; 2012.
2. Geppert C, Bogenschutz MP, Miller WR. Development of a bibliography on religion, spirituality and addictions. Drug Alcohol Rev [Internet]. 2007 [acceso 4 out 2018];26(4):389-95. Disponível: <https://bit.ly/2PQr9Yb>
3. Koenig HG. Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM; 2012.
4. Sanchez ZVDM, Ribeiro LA, Nappo SA. Religiosidade e espiritualidade. In: Ribeiro M, Laranjeiras R, organizadores. O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 483-94.
5. Treloar HR, Dubreuil ME, Miranda Jr R. Spirituality and treatment of addictive disorders. R I Med J [Internet]. 2014 [acceso 4 out 2018];97(3):36-8. Disponível: <https://bit.ly/2QxltzA>

6. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 2012.
7. Ribeiro FML, Minayo MCS. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. Interface Comum Saúde Educ [Internet]. 2015 [acesso 4 out 2018];19(54):515-26. Disponível: <https://bit.ly/2PNj3iT>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso 5 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2zGrbbb>
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 30 maio 2001 [acesso 4 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2OBILYd>
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 30 jun 2001 [acesso 4 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2zSNbRn>
11. Brasil. Senado Federal. Comunidades terapêuticas oferecem 80% das vagas para tratamento de dependentes químicos. Em Discussão [Internet]. 2011 [acesso 20 out 2016];2(8):60-2. Disponível: <https://bit.ly/2x6fNEQ>
12. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. 2ª ed. Brasília: CFP; 2011.
13. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
14. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [acesso 5 out 2018];17(3):621-6. Disponível: <https://bit.ly/2FfryQ1>
15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, nº 12, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 5 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/20ZpTyq>
16. Raymundo MM, Martinez DG. Compreendendo a laicidade e sua aplicação em saúde pública. Rev HCPA [Internet]. 2010 [acesso 8 out 2018];30(2):180-4. Disponível: <https://bit.ly/2FciOoK>
17. Lacerda GB. Sobre as relações entre Igreja e Estado: conceituando a laicidade. In: Conselho Nacional do Ministério Público. Ministério Público em defesa do estado laico. Brasília: CNMP; 2014. p. 179-205.
18. Sanchez ZM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. Rev Psiquiatr Clín [Internet]. 2007 [acesso 8 out 2018];34(Supl 1):73-81. Disponível: <https://bit.ly/2PiPtIX>
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso 8 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2PiPtIX>
20. Neri MC, coordenador. Novo mapa das religiões [Internet]. Rio de Janeiro: FGV: CPS; 2011 [acesso 8 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2QuWXil>
21. Dezorzi LM, Raymundo MM, Goldim JR. Religiões e credos no Brasil: um guia breve para profissionais de saúde. Porto Alegre: WW Livros; 2016.
22. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Carta de direitos e deveres dos pacientes [Internet]. Porto Alegre: HCPA; [s.d.] [acesso 10 nov 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2Mumsxs>
23. Gedge E, Querney D. The silent dimension: speaking of spirituality in addictions treatment. J Soc Work Values Ethics [Internet]. 2014 [acesso 8 out 2018];11(2):41-51. Disponível: <https://bit.ly/2JRkRC2>
24. Yalom ID, Leszcs M. Psicoterapia de grupo: teoria e prática. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
25. Dezorzi LW, Raymundo MM, Goldim JR. Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos: um guia de apoio para profissionais de saúde. Porto Alegre: WW Livros; 2016.

Correspondência

Amanda Ely – Av. Protásio Alves, 4.495, sala 203, Alto Petrópolis CEP 91010-320. Porto Alegre/RS, Brasil.

Amanda Ely – Especialista – amandaelli@gmail.com

Alessandra Mendes Calixto – Mestre – calixto.ale@gmail.com

Participación de las autoras

Las autoras participaron en conjunto de la elaboración del trabajo.

Recebido: 12.8.2017

Revisado: 17.5.2018

Aprovado: 22.5.2018

Anexo

a. Guion de la entrevista con pacientes

1. Datos del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Situación de vivienda en el último mes: () reside solo () reside con familiares () situación de calle () otros _____

Años de estudio: _____

¿Trabaja actualmente? () sí () no

Si sí, ¿en qué? _____

Religión: _____ Practicante: () sí () no

Prácticas espirituales regulares: () sí, ¿cuáles? _____ () no

2. Uso de sustancias

Está en tratamiento para uso de qué sustancias:

() Alcohol () Marihuana () Tabaco () Cocaína () Otros

3. Tratamiento

¿Ya estuvo internado antes? () no () sí, ¿cuántas veces? _____

¿Cómo eran los lugares donde estuvo internado?

Además de la internación, ¿frecuenta o frecuentó otros espacios de tratamiento? () no () sí, ¿cuáles? _____

En los lugares donde buscó tratamiento existían espacios de espiritualidad? () no () sí, ¿cómo eran? _____

¿Usted percibe en esta internación que la espiritualidad es abordada? () no () sí, ¿de qué forma? _____

¿Usted considera que el abordaje de la espiritualidad es importante para su recuperación?

() no () sí, ¿por qué? _____

b. Guion de la entrevista con profesionales

1. Datos del profesional

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Escolaridad: _____

Tiempo de trabajo en la institución _____

Religión: _____ Practicante: () sí () no

Prácticas espirituales regulares: () sí, ¿cuáles? _____ () no

2. Práctica asistencial

¿Usted considera que el abordaje de la espiritualidad es importante para la rehabilitación del TUS?

¿Usted percibe que se ofrece a los pacientes un espacio para el ejercicio de su espiritualidad? Si sí, ¿de qué forma?

En su opinión, ¿cuál sería la mejor forma de abordar este tema?