

Correlación entre religiosidad, espiritualidad y calidad de vida en adolescentes con y sin fisura labiopalatina*

Francely Tineli Farinha¹
Fábio Luiz Banhara¹
Gesiane Cristina Bom¹
Lilia Maria Von Kostrisch²
Priscila Capelato Prado¹
Armando dos Santos Trettene¹

Objetivo: correlacionar la espiritualidad y la religiosidad a la calidad de vida de adolescentes con y sin fisura labiopalatina. Métodos: estudio transversal y correlacional, englobando dos grupos, caso (n= 40) y comparativo (n= 40). Para la recolección de datos, fueron utilizadas la Escala de Religiosidad de Durel y el *World Health Organization Quality of Life Bref*. Para el análisis estadístico fueron utilizados los tests de Mann-Whitney, Chi-Cuadrado, t-Student y de Correlación de Pearson, con nivel de significancia de 5% ($p \leq 0,05$). Resultados: la religiosidad organizacional y la calidad de vida global fueron significativamente mayores en el grupo caso ($p=0,031$ y $p=0,012$ respectivamente). Referente a la calidad de vida, el Dominio Medio Ambiente fue significativamente mayor en el grupo caso ($p < 0,001$). Al correlacionarse la religiosidad y la espiritualidad, la religiosidad no organizacional presentó fuerte correlación ($r=0,62$) con la religiosidad organizacional ($p < 0,001$). Al correlacionarse la religiosidad y la espiritualidad a la calidad de vida, se identificó solamente una correlación moderada entre la espiritualidad y la calidad de vida global ($r=-0,35$; $p=0,026$). Conclusión: se evidenció la no existencia de relación entre la religiosidad y la espiritualidad con la calidad de vida entre adolescentes con fisura labiopalatina, para la mayoría de los aspectos evaluados.





Descriptorios: Espiritualidad; Religión; Calidad de Vida; Adolescente; Labio Leporino; Fisura del Paladar.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Correlation between religiosity, spirituality and quality of life of adolescents with cleft lip and palate", presentada en lo Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Bauru, SP, Brazil.

² Prefeitura Municipal de Fortaleza, Secretaria da Saúde, Fortaleza, CE, Brazil.

Cómo citar este artículo

Farinha FT, Banhara FL, Bom GC, Kostrisch LMV, Prado PC, Trettene AS. Correlation between religiosity, spirituality and quality of life in adolescents with and without cleft lip and palate. 2018;26:e3059. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2498-3059>.

mes día año

URL

Introducción

Individuos con fisura labiopalatina pueden presentar problemas funcionales, estéticos y psicosociales. Inicialmente, los funcionales son prevalentes, con destaque para los alimentares. Con todo, durante la infancia y adolescencia, se evidencian los estéticos y principalmente los psicosociales⁽¹⁻²⁾.

En la adolescencia, fase caracterizada por transformaciones biopsicosociales, socialización y exacerbación de los patrones estéticos impuestos por la sociedad modernista y globalizada, el adolescente con fisura labiopalatina puede enfrentar discriminación y preconcepción, generando estigmatización, lo que ciertamente influenciará su convivio social y, consecuentemente, su calidad de vida⁽³⁾.

Aún, estos adolescentes pueden presentar períodos de negación, intelectualización, depresión y comportamientos exagerados. Sin embargo, esas reacciones están directamente relacionadas al establecimiento de las relaciones sociales, familiares y culturales, que, consecuentemente, influyen su autoestima y calidad de vida. Por lo tanto, es evidente que la insatisfacción promueve en el individuo sentimientos de inferioridad, debilidad, rechazo e impotencia, pudiendo ocasionar fracasos en su proceso de rehabilitación⁽⁴⁾.

En el proceso de enfrentamiento, se observan al influencia de factores que actúan como recursos adicionales al tratamiento y a la rehabilitación, que incluyen, entre otros, la espiritualidad y la religiosidad⁽⁵⁾.

La espiritualidad se refiere a la conciencia de que existe algo sagrado, además de envolver valores y conceptos particulares de cada individuo, mientras que en la religiosidad se relacionan las actividades desarrolladas colectivamente, englobando un sistema de creencias, dogmas y prácticas definidas o pre-establecidas⁽⁶⁾.

Entre los beneficios de la espiritualidad y/o de la religiosidad para adolescentes se incluye la disminución de la depresión y de la ansiedad, aumento de la felicidad y de la satisfacción con la vida, mejor percepción de la calidad de vida, reducción del estrés, protección sobre los comportamientos de riesgo a la salud, como actividades sexuales y uso de drogas lícitas e ilícitas⁽⁷⁻¹²⁾.

En la actualidad se observa creciente número de estudios referentes a la evaluación de la religiosidad y espiritualidad, así como su impacto en la calidad de vida de las personas⁽⁶⁾. La calidad de vida es un indicador de salud y su evaluación en poblaciones distintas es esencial, incluyendo los adolescentes. La adolescencia es apuntada como una de las fases más importantes en la formación de una población y bajos niveles de salud en este período puede afectar la salud de los adultos⁽⁷⁾.

Considerándose la vulnerabilidad de los adolescentes con fisura labiopalatina a problemas estéticos y psicosociales, así como las evidencias de los beneficios de la espiritualidad y de la religiosidad sobre las modalidades de enfrentamiento situacional, se torna relevante comprender su influencia sobre la calidad de vida de esa población.

Nuestra hipótesis consistió en que adolescentes con fisura labiopalatina presentan mayores niveles de espiritualidad y religiosidad, con consecuente influencia positiva sobre la percepción de su calidad de vida, en relación a los adolescentes sin fisura labiopalatina.

En las bases de datos consultadas no fueron encontrados estudios con ese enfoque, resaltando su importancia, de enfoque inédito. Así, el objetivo de esta investigación fue correlacionar la espiritualidad y la religiosidad a la calidad de vida de adolescentes con y sin fisura labiopalatina.

Métodos

Se trata de un estudio exploratorio, transversal, correlacional, de delineamiento cuantitativo.

Para la comparación fueron listados dos grupos, caso y comparativo. La población del grupo caso contó con adolescentes que se encontraban hospitalizados para la realización de procedimientos quirúrgicos secundarios, incluyendo las rinoplastias, septoplastias e injerto óseo alveolar. El criterio de inclusión era poseer edad entre 15 y 18 años y fisura de labio y paladar unilateral operada, sin síndromes o enfermedades neurológicas asociadas.

El grupo comparativo fue compuesto por adolescentes sin fisura labiopalatina, alumnos de una escuela pública. Para este, el criterio de inclusión fue poseer edad entre 15 y 18 años y adherirse a la investigación.

Para ambos grupos, fueron excluidos adolescentes que dijeron usar psicofármacos, tales como: ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores de humor, y también usar drogas ilícitas.

La muestra fue consecutiva y no probabilística. Para la interpretación de la magnitud de las correlaciones fue adoptada la siguiente clasificación de los coeficientes de correlación: $< 0,4$ (correlación de pobre magnitud), $\geq 0,4$ a $< 0,5$ (de moderada magnitud) y $\geq 0,5$ (de fuerte magnitud)⁽¹³⁾. Para el cálculo de la muestra se consideró una correlación moderada de $0,45^{(13)}$, un poder de test de 80% y un nivel de significancia de 5%, donde se estimó una muestra mínima de 37 participantes por grupo. Por fin, se optó por 40 participantes en cada grupo (caso y comparativo), que compusieron la muestra.

Inicialmente, los participantes fueron convidados a adherirse al estudio, siendo explicitados los objetivos y

presentados los instrumentos de recolección de datos. Para la recolección de datos fueron utilizados tres instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico, Escala de Religiosidad de Durel⁽¹⁴⁾ para evaluar la religiosidad y la espiritualidad y World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref⁽¹⁵⁾ para evaluar la calidad de vida.

El Cuestionario Sociodemográfico fue utilizado para caracterizar a los participantes según las variables: edad, sexo, escolaridad, religión, clasificación socioeconómica⁽¹⁶⁾, número de hijos, ocupación y estado civil o afectivo.

Para el grupo caso, las informaciones referentes a los criterios de inclusión y exclusión fueron obtenidas por medio de consulta a los prontuarios, así como, las informaciones referentes a la caracterización sociodemográfica. Para el grupo comparativo, las informaciones referentes a los criterios de inclusión y exclusión, así como, las informaciones referentes a la caracterización sociodemográfica, fueron obtenidas por medio de entrevista, que fue realizada individualmente y en ambiente privativo.

La recolección de datos fue realizada con los participantes del grupo caso en el período pre-quirúrgico, individualmente, una vez que la presencia de edema, dolor, incómodo y limitaciones funcionales pueden interferir en las respuestas y percepción del individuo. Para el grupo comparativo, la institución educacional dejó a disposición un auditorio. En general, la entrevista duró en media de 30 minutos.

La Escala de Religiosidad de Durel⁽¹⁴⁾ y el WHOQOL-Bref⁽¹⁵⁾ son auto-aplicables, y fueron disponibles en el mismo momento. La recolección de datos fue realizada entre los meses de agosto a noviembre de 2016.

La percepción de la calidad de vida de los adolescentes fue evaluada por la versión validada en portugués del WHOQOL-Bref⁽¹⁵⁾. El referido instrumento puede ser utilizado para evaluar la calidad de vida tanto de poblaciones sanas como de personas acometidas por agravios y enfermedades crónicas⁽¹⁷⁾. Aunque no haya sido validado para adolescentes en Brasil, la investigación demostró que ese instrumento posee un contenido válido y adecuadas propiedades psicométricas para medir la calidad de vida de adolescentes⁽¹⁸⁾. Además de eso, en el presente estudio, el valor Alfa de Cronbach referente a la aplicación del WHOQOL-Bref fue de 0,84, mostrando una consistencia interna.

Contienen 26 preguntas, donde 24 se encuentran distribuidas en cuatro dominios: Físico, Psicológico, Relaciones Sociales y Medio Ambiente. Las otras dos preguntas se refieren a la percepción de la calidad de vida global y la satisfacción con la propia salud. Cada dominio tiene un puntaje que varía de cero a 100, en el cual cero corresponde a peor calidad de vida y 100 a la mejor calidad de vida⁽¹⁹⁾.

Concomitantemente, fue aplicada la Escala de Religiosidad de Durel que es compuesta por cinco ítems divididos en tres dominios: la religiosidad organizacional (RO), la religiosidad no organizacional (RNO) y la religiosidad intrínseca o espiritualidad (RI)⁽¹⁴⁾. En este estudio, la RI fue referida como espiritualidad.

La RO se refiere a la frecuencia a encuentros religiosos, como cultos, misas, grupos de oración, etc. La puntuación varía de uno a seis. La RNO es independiente de otras personas, se refiere a actividad religiosa individual. Incluye la oración, meditación, entre otros. Presenta puntuación variando de uno a seis. La espiritualidad se refiere a la internalización y vivencia plena de la religiosidad como principal objetivo, donde el individuo busca la armonía con principios religiosos⁽¹⁴⁾.

La Durel posee un puntaje que varía de tres a quince. En lo que se refiere al cálculo de su puntaje, se recomienda que los tres dominios sean analizados separadamente. Para todos, cuanto menor el puntaje, mayor la religiosidad⁽¹⁴⁾.

La Durel fue traducida y validada para la población brasilera. Aunque no haya sido validada específicamente para adolescentes, su utilización en poblaciones con características sociodemográficas diversas es estimulada^(14,20). En este estudio, el valor del Alfa de Cronbach referente a la aplicación de la Durel fue de 0,82, apuntando buena consistencia interna.

La investigación recibió un parecer favorable del Comité de Ética en Investigación envolviendo Seres Humanos del Hospital por medio del oficio 1.614.101 y CAAE: 55837916.9.0000.5441. Todos los participantes formalizaron su adhesión por medio de la firma del Término de Consentimiento Libre y Aclarado. Los adolescentes menores de 18 años formalizaron su adhesión por medio de la firma del Término de Asentimiento, y sus responsables legales, la firma del Término de Consentimiento Libre y Aclarado, en consonancia a la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud.

Los datos fueron analizados utilizando el programa software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 21.0 para Windows. Para el análisis estadístico de las variables sociodemográficas, sexo y edad, en ambos grupos, fueron utilizados los tests Chi-Cuadrado y t-Student. Para comparar los grupos, caso y comparativo, con relación a la religiosidad, espiritualidad y calidad de vida, fue utilizado el test de Mann-Whitney. Para correlacionar las medidas de interés, calidad de vida, religiosidad y espiritualidad, en el grupo caso fue utilizado el test de Correlación de Pearson. También, fue utilizado el análisis de las fuerzas de correlación lineal entre las medidas, la cual determina que valores de correlación menores de que 0,30 indican pobre correlación, mismo

cuando estadísticamente significantes, no presentan relevancia clínica; valores entre 0,30 – 0,50 indican moderada correlación y con más de 0,50, fuerte correlación⁽²¹⁾. El nivel de significancia adoptado para todos los tests fue de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Referente a la caracterización del grupo caso, la media de edad fue de 16,48 ($\pm 1,04$) años. Sobre el sexo, se observó similitud (50%; $n=20$). En relación a las otras variables, prevaleció la enseñanza media (87,5%; $n=35$), solteros (90,0%; $n=36$) y evangélicos (47,5%; $n=19$).

En el grupo comparativo, la media de edad fue de 16,38 ($\pm 1,17$) años. Prevalecieron los participantes del sexo femenino (60,0%; $n=24$), cursando la enseñanza media ($n=40$; 100%), solteros (77,5%; $n=31$) y evangélicos (62,5%; $n=25$).

No fueron encontradas diferencias estadísticas significantes entre las características sociodemográficas de los participantes de los grupos, demostrando la homogeneidad entre ellos.

Compusieron el grupo caso, adolescentes con fisura labiopalatina unilateral. En relación al procedimiento quirúrgico que irían a realizar, se observó una equidad entre el injerto óseo alveolar y la rinoseptoplastia (ambos 50,0%; $n=20$). En la procedencia, prevaleció la región Sudeste (55,0%; $n=22$).

Al evaluarse la espiritualidad y la religiosidad, se observó que el grupo caso presentó valores medianos mayores, en comparación con el grupo comparativo, con relación a la religiosidad organizacional ($p=0,031$) (Tabla 1).

Referente a la calidad de vida, se observó que el grupo caso presentó valores medianos mayores, en comparación con el grupo comparativo, con relación a global ($p=0,012$). Sobre los dominios, se observó que el grupo caso presentó valores medianos mayores, en comparación con el grupo comparativo, con relación al Medio Ambiente ($p < 0,001$) (Tabla 2).

Al analizarse la correlación entre la religiosidad y la espiritualidad, la RNO presentó fuerte correlación ($r=0,62$) con la RO ($p < 0,001$), mientras que la espiritualidad presentó moderada correlación con la RNO ($r=0,44$) y con la RO ($r=0,43$) ($p=0,005$ y $p=0,006$ respectivamente) (Tabla 3).

Al correlacionarse los dominios referentes a la calidad de vida con la religiosidad y la espiritualidad, se identificó correlación moderada ($r=-0,35$) entre la espiritualidad y la calidad de vida global ($p=0,026$), o sea, apenas una de las correlaciones fue significativa, indicando no existir relación entre esas variables en la mayoría de los aspectos evaluados. Se resalta que los valores referentes a la escala de espiritualidad son inversamente proporcionales, justificando el valor negativo de las correlaciones (Tabla 4).

Tabla 1 – Análisis de la religiosidad y espiritualidad en el grupo caso y grupo comparativo. Bauru, SP, Brasil, 2016

Variables	Grupos	n	Mediana	Q1*	Q3†	Media	Desviación estándar	Valor de p
RNO‡	Caso	40	2,0	1,0	3,8	2,5	1,5	0,483
	Comparativo	40	2,0	1,3	4,0	2,8	1,7	
RO§	Caso	40	3,0	2,0	5,0	3,5	1,7	0,031
	Comparativo	40	4,5	3,0	6,0	4,3	1,6	
Espiritualidad	Caso	40	5,0	4,0	6,0	5,7	2,4	0,171
	Comparativo	40	6,0	4,0	8,8	6,7	3,2	

*Q1=1º Cuartil; †Q3=3º Cuartil; ‡RNO= Religiosidad no organizacional; §RO= Religiosidad organizacional; ||Test de Mann-Whitney con nivel de significancia adoptado de 5% ($p \leq 0,05$).

Tabla 2 – Análisis de la Calidad de Vida en el Grupo Caso y Grupo Comparativo. Bauru, SP, Brasil, 2016

Dominios	Grupos	N	Mediana	Q1*	Q3†	Media	Desviación estándar	Valor de p
Físico	Caso	40	81,0	69,0	88,0	80,6	9,6	0,141
	Comparativo	40	81,0	63,0	86,3	75,6	14,0	
Psicológico	Caso	40	75,0	69,0	81,0	74,2	13,3	0,657
	Comparativo	40	75,0	69,0	81,0	72,6	13,6	
Relaciones Sociales	Caso	40	75,0	69,0	81,0	77,7	13,8	0,056
	Comparativo	40	69,0	51,5	81,0	68,0	20,8	
Medio Ambiente	Caso	40	81,0	69,0	86,3	75,5	12,2	<0,001‡
	Comparativo	40	63,0	50,0	73,5	61,7	14,3	
Calidad de vida global	Caso	40	4,0	4,0	5,0	4,4	0,7	0,012‡
	Comparativo	40	4,0	4,0	4,0	4,0	0,7	
Percepción general de la salud	Caso	40	4,0	4,0	5,0	4,0	1,1	0,818
	Comparativo	40	4,0	3,3	5,0	4,0	1,1	

*Q1=1º Cuartil; †Q3=3º Cuartil; ‡Test de Mann-Whitney con nivel de significancia adoptado de 5% ($p \leq 0,05$).

Tabla 3 – Distribución de la correlación de la religiosidad y espiritualidad aplicadas en el Grupo Caso. Bauru, SP, Brasil, 2016

Variables de correlación	r*	Correlación†	Valor de p‡
RNO§/RO	0,62	Fuerte	<0,001
RNO /Espiritualidad	0,44	Moderada	0,005
RO§/Espiritualidad	0,43	Moderada	0,006

*Correlación de Pearson; †Correlación lineal; ‡Nivel de significancia adoptado de 5% ($p \leq 0,05$); §RNO= Religiosidad no organizacional; ||RO= Religiosidad organizacional.

Tabla 4 – Correlación entre calidad de vida, religiosidad y espiritualidad en el Grupo Caso. Bauru, SP, Brasil, 2016

Variables de correlación	r*	Correlación†	Valor de p	
Dominios/RNO‡	Físico	0,21	Débil	0,193
	Psicológico	-0,01	Débil	0,942
	Relaciones Sociales	-0,08	Débil	0,626
	Medio Ambiente	0,19	Débil	0,234
	Calidad de vida global	0,04	Débil	0,806
	Percepción general de la salud	0,07	Débil	0,649
	Físico	0,03	Débil	0,848
Dominios/RO§	Psicológico	-0,14	Débil	0,404
	Relaciones Sociales	-0,16	Débil	0,336
	Medio Ambiente	-0,14	Débil	0,390
	Calidad de vida global	0,07	Débil	0,670
	Percepción general de la salud	0,25	Débil	0,117
	Físico	-0,07	Débil	0,663
	Psicológico	-0,23	Débil	0,162
Dominios/Espiritualidad	Relaciones Sociales	-0,26	Débil	0,101
	Medio Ambiente	0,08	Débil	0,619
	Calidad de vida global	-0,35	Moderada	0,026
	Percepción general de la salud	-0,17	Débil	0,286

*Correlación de Pearson; †Análisis de las fuerzas de correlación lineal; ‡RNO= Religiosidad no organizacional; §RO= Religiosidad organizacional; ||Nivel de significancia adoptado de 5% ($p \leq 0,05$).

Discusión

La media de edad de los participantes, en general, fue de 16,48 años. En esta edad, la estética e interacciones sociales se presentan en evidencia, siendo de extrema importancia para la formación del individuo⁽²²⁾.

El adolescente con fisura labiopalatina, además de lidiar con problemas del cotidiano y de la edad, se ve cercado de las preocupaciones inherentes a la malformación, incluyendo cicatrices y la calidad da voz. Estas limitaciones traen problemas de discriminación y de estigmatización frente a la sociedad, lo que ciertamente influye sobre las relaciones sociales, y consecuentemente, sobre la percepción de la calidad de vida.

Esta relación fue observada en el presente estudio referente a la caracterización afectiva de los participantes, donde apenas 10% de los adolescentes con fisura refirieron estar enamorando, contra 22,5% de los adolescentes sin fisura.

Referente a la clasificación socioeconómica, prevaleció la clase baja. Individuos pertenecientes a las clases más favorecidas se preocupan con preguntas cognitivas, culturales y de belleza en igual proporción, mientras las menos favorecidas se preocupan en mayor nivel con la inteligencia⁽²³⁾.

Investigación apuntó que los niveles de autoestima en adolescentes con fisura fueron significativamente menores en comparación a los sin fisura, particularmente en el género femenino. Estos cargan consigo sus defectos físicos o cicatrices y todo lo que estos socialmente pueden significar, fijándolos como parte de su identidad. Con todo, lo que este estigma puede significar y ocasionar dependerá de varios factores, incluyendo preguntas subjetivas y reflexivas, pudiendo ocasionar complejos problemas de orden psicológico⁽⁴⁾.

Referente a la procedencia, en el grupo caso, prevalecieron los adolescentes de la región sudeste. Se asocia este resultado al hecho de la localización de la Institución en esta región. Se resalta que el proceso rehabilitador debe se guía por atendimento interdisciplinario y realizado en centros de excelencia.

En relación al sexo de los participantes del grupo caso, se observó una semejanza La literatura apunta predominio de la fisura labiopalatina unilateral a la izquierda en el sexo masculino, mientras que las de paladar aisladas son prevalentes en el sexo femenino⁽²⁴⁾.

Referente a la clasificación de las fisuras, la labiopalatina, tanto unilateral como la bilateral, es la que promueve mayor comprometimiento funcional y estético debido a la extensión anatómica envuelta. En ese contexto, el protocolo de rehabilitación es extenso y complejo. Los resultados de las cirugías, realizadas aún en la primera infancia, irán repercutir directamente en la autoestima de los adolescentes y consecuentemente, sobre su interacción y aceptación frente a la sociedad⁽¹⁻³⁾.

En esta investigación, la religiosidad fue evaluada en ambos grupos, y la gran mayoría de los adolescentes dijo tener religión, predominando la evangélica. Según el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) aproximadamente 86% de la población brasilera se denomina cristiana, con prevalencia de la religión católica. Aún, según el mismo Instituto, la proporción de católicos fue mayor entre las personas con edad superior a 40 años, mientras los evangélicos pentecostales tienen su mayor proporción entre los niños y los adolescentes, en conformidad al encontrado en ese estudio⁽²⁵⁾.

La influencia de la espiritualidad y de la religiosidad como forma de enfrentamiento situacional (coping) frente a diferentes patologías y contextos desfavorables está evidenciada en la literatura⁽²⁶⁻²⁸⁾. Investigaciones comparando poblaciones sanas e individuos con enfermedades identificaron que personas con problemas de salud presentaron mejores puntajes de espiritualidad y religiosidad cuando comparados a individuos sanos⁽²⁷⁻²⁸⁾.

En este estudio, los adolescentes con fisura labiopalatina presentaron elevada religiosidad organizacional en comparación a los adolescentes sin fisura, o sea, frecuentaban más iglesias o templos y poseían mayor interacción social en la comunidad religiosa. Se observó también una correlación entre la religiosidad organizacional, no organizacional y la espiritualidad en el grupo de adolescentes con fisura. Este hallado confirma que ambas están intrínsecamente entrelazadas, por lo tanto, representan una construcción⁽²⁸⁾.

La correlación entre la espiritualidad y la religiosidad actúa como factor de protección y mantenimiento de la salud e del bien estar de los adolescentes. Es una construcción conjunta importante en la mente de los pacientes. Ambas auxilian para enfrentar problemas, proporcionando mejora de la paz interior, esperanza y optimismo⁽²⁹⁾.

Al compararse la calidad de vida de los adolescentes con y sin fisura labiopalatina, se observó que la global fue significativamente mayor en los adolescentes con fisura. La mejoría de la Calidad de vida está asociada a la percepción del significado de la vida, la reevaluación de opiniones sobre enfermedad y muerte, descubierta de nuevas relaciones con Dios y el apoyo de las relaciones sociales. La espiritualidad y las relaciones sociales pueden auxiliar en el enfrentamiento de la patología⁽⁷⁾. Se resalta que uno de los pilares del proceso rehabilitador de los pacientes con fisura labiopalatina visa mejorar la calidad de vida⁽¹⁻²⁾.

También se observó que la puntuación en el Dominio Medio Ambiente fue significativamente mayor en el grupo caso, mostrando que los adolescentes con fisura labiopalatina presentaron mejor percepción sobre el medio ambiente en que viven y sus aspectos estructurales da vida.

La literatura afirma que personas con elevada espiritualidad y religiosidad presentan correlación positiva con los dominios: medio ambiente, psicológico, relacionamientos sociales y de calidad de vida global⁽²⁶⁻²⁸⁾.

Se cree que después del diagnóstico de una enfermedad y la vivencia del problema de salud, las personas buscan un nuevo significado a la vida, tornándose menos propensos a incomodarse con

situaciones ínfimas del cotidiano que consideraban afectar su calidad de vida^(26,29).

Al correlacionarse los dominios referentes a la calidad de vida con la religiosidad y la espiritualidad en los adolescentes con fisura labiopalatina, se identificó solamente correlación entre la espiritualidad y la calidad de vida global. Contrariando nuestro hallado, otros estudios correlacionaron la espiritualidad y/o la religiosidad a la mejor percepción de la calidad de vida en diversas dimensiones⁽⁷⁻⁸⁾. Con todo, mayores niveles de espiritualidad fueron asociados al bien estar general en otra investigación⁽³⁰⁾.

Nuestro resultado refuerza la hipótesis de que la espiritualidad cubre un concepto amplio y dinámico, capaz de influir significados o percepciones⁽³¹⁾. Otra hipótesis que podría explicar ese resultado consta que adolescentes sufren influencia de los contextos espirituales y religiosos de sus padres, y a veces acaban replicando esos valores, aunque no los tengan incorporados. Así, sus beneficios son parciales⁽³¹⁻³²⁾.

Por fin, las limitaciones de esta investigación se refieren a la naturaleza mono-céntrica y el diseño transversal, que no permiten el establecimiento de relaciones causales y, tampoco, la generalización de los resultados. Así, estudios multi-céntricos y longitudinales son motivados. Aún, se debe considerar el hecho de que los instrumentos utilizados para la recolección de datos en este estudio no han sido validados para la cultura brasileira y para la población estudiada.

Con todo, los beneficios de esta investigación son evidentes e incluyen una investigación detallada de la religiosidad y de la espiritualidad en adolescentes con y sin fisura y su correlación a la calidad de vida. Aunque la correlación entre la mayoría de las variables relacionadas a la calidad de vida no haya sido evidenciada, el estudio posibilitó identificar que la percepción de la calidad de vida global fue influenciada por la espiritualidad.

Conclusión

Contrariando nuestra hipótesis, entre adolescentes con fisura labiopalatina se observó apenas la correlación entre la espiritualidad y la percepción de la calidad de vida global, indicando la no existencia de relación entre la religiosidad y la espiritualidad con la calidad de vida, para la mayoría de los aspectos evaluados.

Referencias

1. Freitas JAS, Garib DG, Oliveira TM, Lauris RCMC, Almeida ALPF, Neves LT, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial

- Anomalies – USP(HRAC-USP) – Part 2: pediatric dentistry and orthodontics. *J Appl Oral Sci.* [Internet]. 2012 Mar/Apr [cited 2017 Sept 28];20(2):268-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jaos/v20n2/a24v20n2.pdf>
2. Freitas JAS, Neves LT, Almeida ALPF, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RYF, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC-USP) – Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci.* [Internet]. 2012 Mar/Apr [cited 2017 Sept 28];20(1):9-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jaos/v20n1/03.pdf>
3. Graciano MIG, Galvão KA. The family's patterns and arrangements nowadays: a study in cleft lip and palate area within the Brazilian society. *Arq Ciên Saúde.* [Internet]. 2014 Apr/June [cited 2017 Sept 28];21(2):56-63. Available from: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-2/ID_579_21\(2\)_Abr-jun_2014%20-%20Original.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-2/ID_579_21(2)_Abr-jun_2014%20-%20Original.pdf)
4. Andrade D, Angerami ELS. The self-esteem of adolescents with and without a cleft lip and/or palate. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2001 Nov [cited 2017 June 10];9(6):37-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7824.pdf>
5. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2013 Mar/Apr [cited 2017 July 10];21(2):539-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0539.pdf>
6. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saúde Pública.* [Internet]. 2011 Feb [cited 2017 Apr 22];45(1):153-65. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en_1765.pdf
7. Mirghafourvand M, Charandabi SM, Sharajabad FA, Sanaati F. Spiritual well-being and health-related quality of life in iranian adolescent girls. *Commun Ment Health J.* [Internet]. 2016 May [cited 2018 Jan 20];52(4):484-92. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10597-016-9988-3.pdf>
8. Santos PR, Capote Júnior JRFG, Cavalcante JRM Filho, Ferreira TP, Santos JNG Filho, Silva SO. Religious coping methods predict depression and quality of life among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Nephrol.* [Internet]. 2017 Jun [cited 2018 Jan 20];18(1):197. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28623903/>
9. Dalmida SG, Ajijola NA, Clayton-Jones D, Thomas TL, Toscano RJE, Lewis R, et al. Sexual risk behaviors of African American adolescent females: the role of cognitive and religious factors. *J Transcult Nurs.* [Internet]. 2016 Nov 30 [cited 2017 July 18];29(1):74-83. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1043659616678660>
10. Kulis S, Hodge DR, Ayers SL, Brown EF, Marsiglia FF. Spirituality and religion: intertwined protective factors for substance use among urban American Indian youth. *Am J Drug Alcohol Abuse.* [Internet]. 2012 Sept [cited 2017 July 18];38(5):444-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3431460/>
11. Marques SC, Shane JL, Mitchell J. The role of hope, spirituality and religious practice in adolescents' life satisfaction: longitudinal findings. *J Happiness Stud.* [Internet]. 2013 Mar [cited 2018 Jan 20];14(1):251-61. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10902-012-9329-3.pdf>
12. Porche MV, Fortuna LR, Wachholtz A, Stone RT. Distal and proximal religiosity as protective factors for adolescent and emerging adult alcohol use. *Religions.* (Basel) [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 20];6(2):365-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4486303/pdf/nihms693939.pdf>
13. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Outlining clinical research: an epidemiological approach.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
14. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo F Neto, Koenig HG. Portuguese version of Duke Religious Index – DUREL. *Rev Psiquiatr Clín.* [Internet]. 2008 Jan [cited 2017 Apr 22];35(1):31-2. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n1/v35n1a06.pdf>
15. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.*[Internet]. 1995 Nov [cited 2017 May 12];41(10):1403-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>
16. Graciano MIG, Lehfeld NAS. Socioeconomic study: indicators and methodology in a contemporary approach. *Serv Soc Saúde.* [Internet]. 2010 Jul [cited 2017 Apr 10];9(1):157-86. Available from: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8634873/2777>
17. Angelim RCM, Figueiredo TR, Correia PP, Bezerra SMMS, Baptista RS, Abrão FMS. Quality of life assessment through the WHOQOL: bibliometric analysis of nursing production. *Rev Baiana Enferm.* [Internet]. 2015 Out/Dez [cited 2018 Jan 20];29(4):400-10. Available from: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11857/pdf_21
18. Izutsu T, Tsutsumi A, Islam A, Matsuo Y, Yamada HS, Kurita H, et al. Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in

- Bangladesh. *Qual Life Res.* [Internet]. 2005 Sep [cited 2018 Jan 20];14(7):1783-9. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11136-005-1744-z.pdf>
19. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública.* [Internet]. 1999 Apr [cited 2017 May 12];33(2):198-205. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n2/0061.pdf>
20. Taunay TCDE, Gondim FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS, et al. Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index (DUREL). *Rev Psiquiatr Clín.* [Internet]. 2012 May [cited 2017 Apr 22];39(4):130-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n4/03.pdf>
21. Mukaka MM. A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J.* [Internet]. 2012 Sep [cited 2017 Aug 22];24(3):69-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/pdf/MMJ2403-0069.pdf>
22. Dimberg L, Arnrup K, Bondemark L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative studies. *Eur J Orthod.* [Internet]. 2015 June [cited 2017 Aug 22];37(3):238-47. Available from: <https://academic.oup.com/ejo/article-pdf/37/3/238/8734388/cju046.pdf>
23. Saavedra L. Intelligence as a power device. *Educ Soc.* [Internet]. 2015 Apr/June [cited 2017 Nov 10];36(131):535-52. Available from: www.scielo.br/pdf/es/v36n131/1678-4626-es-36-131-00535.pdf
24. Silva RCC, Carmo HA, Ximenes FRG Neto, Rodrigues TB, Vasconcelos MA, Grande AJ. Profile of cleft lip and palate cases assisted at a training hospital in the North of Ceará – Brazil. *Cad ESP.* [Internet]. 2013 July/Dec [cited 2017 June 26];7(2):19-27. Available from: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/109>.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Religião [Internet]. IBGE. 2010 [cited 2017 June 26]. Available from: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ac&tema=censodemog2010_relig
26. Rocha NS, Fleck MPA. Evaluation of quality of life and importance given to spirituality/religiousness/personal beliefs (SRPB) in adults with and without chronic health conditions. *Rev Psiquiatr Clín.* [Internet]. 2011 [cited 2017 June 26];38(1):19-23. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n1/en_a05v38n1.pdf
27. Rohani C, Abedi HA, Omranipour R, Eklöf AL. Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health Qual Life Outcomes.* [Internet]. 2015 Mar 28 [cited 2017 July 20];13:40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4392858/>
28. Cruz JP, Colet PC, Qubeilat H, Otaibi JA, Coronel EI, Suminta RC. Religiosity and health-related quality of life: a cross-sectional study on Filipino christian hemodialysis patients. *J Relig Health.* [Internet]. 2016 June [cited 2017 Aug 16];55(3):895-908. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-015-0103-9>
29. Camargos MG, Paiva CE, Barroso EM, Carneseca EC, Paiva BSR. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2015 Nov [cited 2017 Sept 16];94(47):e2145. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5059012/>
30. Kudel I, Cotton S, Szaflarski M, Holmes WC, Tsevat J. Spirituality and religiosity in patients with HIV: a test and expansion of a model. *Ann Behav Med.* [Internet]. 2011 Feb [cited 2018 Jan 20];41(1):92-103. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12160-010-9229-x.pdf>
31. Bullock M, Nadeau L, Renaud J. Spirituality and religion in youth suicide attempters' trajectories of mental health service utilization: the year before a suicide attempt. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* [Internet]. 2012 Aug [cited 2018 Jan 20];21(3):186-93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413468/>
32. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med.* [Internet]. 2014 Jun [cited 2018 Jan 20];17(6):642-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038982/>


Recibido: 29.10.2017

Aceptado: 01.08.2018

Autor correspondiente:

Armando dos Santos Trettene

E-mail: armandotrettene@hotmail.com / armandotrettene@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-9772-857X>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.