

ARTÍCULO ORIGINAL

Esperanza, espiritualidad y calidad de vida: un estudio con pacientes renales crónicos en diálisis peritoneal*

HIGHLIGHTS

1. Puntuación media EEH: 38,78 de 48.
2. Puntuación media WHOQOL-SRPB: 17,28 de 20.
3. Correlación entre las escalas EEH y WHOQOL-SRPB: ($p = 0,01$).
4. Una mayor calidad de vida está asociada a una mayor esperanza.

Karine Cardoso Lemos¹ 
Moema da Silva Borges¹ 
Carolinne Vieira Araújo² 
Sofia Esther Martins de Moraes² 
Lucas de Sousa Braz² 

RESUMEN

Objetivo: Analizar el nivel de esperanza, espiritualidad y percepción de la calidad de vida de pacientes renales crónicos en diálisis peritoneal. **Método:** Estudio transversal analítico realizado en un centro de nefrología entre enero y abril de 2024. Se aplicó un cuestionario clínico-demográfico, la Escala de Esperanza de Herth y el instrumento Calidad de vida: espiritualidad, religiosidad y creencias personales. Para analizar la correlación entre las escalas, se utilizaron las pruebas de Pearson y Spearman; las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis se emplearon para la comparación entre grupos. **Resultados:** Participaron 69 individuos, con puntuaciones medias de esperanza y calidad de vida de 38,78/48 y 17,28/20, respectivamente. Se identificó una correlación significativa entre las escalas ($p = 0,01$), lo que indica que las puntuaciones más altas en esperanza se asocian con una mayor calidad de vida. **Conclusión:** A pesar de las limitaciones del tratamiento, los participantes mostraron niveles satisfactorios de esperanza y espiritualidad, lo que tuvo un impacto positivo en su calidad de vida.

DESCRIPTORES: Salud Pública; Indicadores de Calidad de Vida; Nefrología; Diálisis Renal; Insuficiencia Renal Crónica.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Lemos KC, Borges MS, Araújo CV, e Moraes SEM, Braz LS. Esperanza, espiritualidad y calidad de vida: un estudio con pacientes renales crónicos en diálisis peritoneal. Cogitare Enferm [Internet]. 2026 [cited "insert year, month and day"];31:e100533es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v31i0.100533es>

¹Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

²Universidade do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es una afección de relevancia mundial, con una prevalencia e incidencia crecientes, que representa un desafío para la salud pública. Su etiología está asociada a la hipertensión arterial sistémica, la diabetes *mellitus* y la glomerulonefritis, lo que exige estrategias eficaces para la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado^{1,2}.

En las etapas avanzadas (tasa de filtración glomerular inferior a 15 ml/min), la pérdida funcional se vuelve significativa, con necesidad de terapia renal sustitutiva. En esta etapa, la hemodiálisis (HD) es el método preferido por su eficacia en la eliminación de toxinas. Como alternativa, la diálisis peritoneal (DP) se presenta como una opción igualmente eficaz, que ofrece mayor autonomía y la posibilidad de realizarse en el domicilio^{3,4}.

La DP es un método que consiste en la infusión, permanencia y drenaje de fluidos y toxinas a través del catéter de Tenckhoff, insertado en la cavidad peritoneal. Se trata de un procedimiento que puede realizarse en el domicilio del paciente⁵. Hay dos enfoques para su inicio: la DP planificada, que incluye preparación previa, entrenamiento y uso del catéter después de 15 días del implante; y la DP no planificada, iniciada en un plazo de 72 horas después del implante, con carácter de urgencia, sin HD previa^{6,7}.

Según el Censo Brasileño de Diálisis de 2024, el número total de pacientes en diálisis crónica alcanzó los 172.585. Se estimó un crecimiento de 52.944 nuevos casos, reflejado en las tasas de prevalencia e incidencia de pacientes por millón de habitantes, que fueron de 812 y 249, respectivamente. Entre los prevalentes, el 87,3 % estaba en HD convencional, mientras que solo el 5,6 % realizaba DP⁸.

A pesar de los beneficios asociados a la DP, los pacientes con ERC sometidos a terapia dialítica se enfrentan a diversas limitaciones físicas y emocionales que repercuten negativamente en su vitalidad y funcionalidad. Estas restricciones comprometen la capacidad de mantener actividades productivas y sociales, lo que repercuten directamente en la calidad de vida⁹.

Sin embargo, al considerar las especificidades de cada modalidad dialítica, se observa que la DP se ha asociado con mejores indicadores de calidad de vida, especialmente por proporcionar mayor autonomía y flexibilidad en la vida cotidiana. Un estudio comparativo entre pacientes en HD y DP demuestra que los individuos en DP presentan niveles más elevados de satisfacción con el tratamiento y mayor estímulo del equipo de salud, posiblemente debido a la menor frecuencia de contacto directo con situaciones potencialmente estresantes, comunes en los entornos de HD¹⁰.

Esta percepción positiva está directamente relacionada con el concepto de calidad de vida adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto cultural, los sistemas de valores en los que se inscribe, así como sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones¹¹. En este sentido, la DP puede favorecer una experiencia más acorde con las dimensiones subjetivas y sociales que componen esta definición, contribuyendo a una experiencia más satisfactoria y significativa del tratamiento.

En este contexto, es necesario desarrollar estrategias para afrontar la situación, entre las que destaca el apoyo que ofrecen la espiritualidad y la religiosidad, que infunden esperanza para un mejor manejo de la enfermedad¹².

La espiritualidad se percibe como la búsqueda de la comprensión del sentido de la vida y su conexión con lo sagrado, lo que puede o no dar lugar a prácticas religiosas. Mientras que la práctica religiosa se refiere al nivel de creencia y práctica de una religión, que puede ser organizacional (participación en actividades religiosas institucionales) o no organizacional (sin vínculo institucional), manifestándose en prácticas individuales, como la oración, la meditación, la lectura de textos religiosos, o incluso en la expresión de la fe en las actividades cotidianas¹².

Se puede deducir que la espiritualidad y la religiosidad promueven la esperanza, lo que en el contexto de la salud se traduce en un proceso continuo y esencial para fomentar acciones favorables, afrontar crisis, preservar la calidad de vida, planificar objetivos saludables y favorecer la mejora de la salud¹³. En la práctica clínica, se observa que en la atención a pacientes renales existe una discrepancia significativa entre las necesidades espirituales de estas personas y las técnicas ofrecidas, lo que representa un desafío¹².

Además, una mayor adaptación a la DP puede generar beneficios económicos, ya que esta modalidad tiene un costo menor en comparación con la HD y una mejor adherencia tiende a ampliar la oferta de plazas y reducir las listas de espera en HD, siempre que vaya acompañada de políticas públicas que fomenten el tratamiento domiciliario y garanticen un apoyo técnico adecuado¹⁴.

A partir de las reflexiones presentadas, este estudio tuvo como objetivo analizar el nivel de esperanza, espiritualidad y percepción de la calidad de vida de pacientes renales crónicos en diálisis peritoneal. Para ello, se partió de la siguiente pregunta orientadora: ¿En qué medida la esperanza y la espiritualidad influyen en la calidad de vida de los pacientes con ERC en DP?

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal analítico con enfoque cuantitativo, realizado en un centro de nefrología de un hospital del Distrito Federal, en el período comprendido entre enero y abril de 2024.

Los criterios de inclusión fueron: individuos con ERC, de ambos sexos, mayores de 18 años y sometidos a tratamiento de DP durante más de tres meses. Se excluyó a los pacientes con insuficiencia renal aguda (IRA), aquellos con limitaciones en su capacidad de comprensión y comunicación, incapacidad física para acudir al lugar de la investigación y aquellos que se negaron a participar en el estudio.

Los sujetos del estudio fueron seleccionados a partir de un universo de 96 individuos inscritos en el programa de DP durante el período de recopilación de datos. Del total de individuos, se excluyeron: cuatro debido a limitaciones en su capacidad de comprensión y comunicación, tres fallecimientos, dos ingresos en otro centro, un traslado a HD, un traslado a otro programa, 11 ausencias a las consultas mensuales y cinco que se negaron a participar en el estudio. Así, se excluyeron 27 pacientes, quedando 69 individuos que compusieron la muestra final de la investigación.

Se aplicaron un cuestionario clínico-demográfico, la Escala de Esperanza de Herth (EEH) y el instrumento *Quality of Life - Spirituality, Religion and Personal Beliefs* (WHOQOL-SRPB).

El cuestionario clínico-demográfico abarcó cuestiones relacionadas con el perfil, la religiosidad, la espiritualidad y la terapia. Con preguntas de opción múltiple y preguntas tipo Likert con una variación de 1 a 5 (nada, muy poco, más o menos, bastante o extremadamente).

La EEH es un instrumento psicométrico de autoinforme tipo *Likert* con puntuaciones que varían de 1 a 4 (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo), desarrollado para medir la esperanza en individuos, especialmente con enfermedades crónicas. Con 12 ítems, su puntuación total varía de 12 a 48, siendo proporcional al nivel de esperanza^{4,15}.

El WHOQOL-SRPB es un módulo adicional del instrumento WHOQOL, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar la calidad de vida en el ámbito de la espiritualidad, la religiosidad y las creencias personales. Integrado en el WHOQOL-100 como dominio 6, se compone de 32 ítems distribuidos en ocho facetas: conexión espiritual, sentido de la vida, admiración, totalidad e integración, fuerza interior, paz interior, esperanza/optimismo y fe. Cada faceta se puntúa de forma independiente, con puntuaciones que varían entre 4 y 20, en las que los valores más altos indican una mejor percepción de la calidad de vida en la dimensión correspondiente. El dominio 6 se calcula mediante la media del resultado de las facetas multiplicadas por cuatro^{16,17}.

Los datos se tabularon en una hoja de cálculo de *Microsoft Excel* y se analizaron con el programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versión 23.0. Para el análisis de correlación, se utilizaron las pruebas de Pearson y Spearman, de acuerdo con la distribución de las variables.

Además, para comparar las variables independientes entre los grupos, se utilizaron la prueba t de Student, la prueba de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para las variables categorizadas, y se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Esta investigación fue aprobada por el dictamen fundamentado del Comité de Ética en Investigación mediante el dictamen^{n.º} 6.424.369.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 69 (100 %) participantes, 37 (53,60 %) mujeres, con una edad media de 56 años; 30 (43,47 %) mayores de 60 años, 31 (44,93 %) casadas y 55 (79,71 %) con hijos, la mayoría de los cuales vivían con ellas. En cuanto a la autodeclaración racial, 41 (59,40 %) se identificaron como mestizos. El catolicismo fue la religión más mencionada, representando el 38 % (55 %) de la muestra.

En cuanto al perfil socioeconómico, 33 (47,82 %) eran jubilados, 21 (30,43 %) tenían estudios primarios, 32 (46,37 %) tenían ingresos de hasta un salario mínimo y 26 (37,68 %) recibían algún tipo de ayuda del gobierno. Entre las comorbilidades, la hipertensión arterial sistémica fue la más prevalente, presente en 60 (86,96 %) individuos, seguida por la diabetes mellitus en 29 (42,03 %) y la ansiedad en 20 (28,99 %). La falta de actividad física fue una condición comúnmente reportada en 50 (72,46 %) casos.

En cuanto a la religiosidad, 29 (42,03 %) participantes afirmaron asistir a la iglesia o a un templo religioso al menos una vez a la semana, 27 (39,10 %) se consideraban bastante religiosos y 18 (26,10 %) extremadamente religiosos. En cuanto a las creencias

espirituales, 27 (39,13 %) las clasificaron como bastante importantes, mientras que 29 (42,03 %) las consideraron extremadamente importantes.

El tiempo de tratamiento varió entre 3 y 192 meses, con una media de 38 meses; de ellos, 37 (53,62 %) llevaban menos de 24 meses en diálisis. Se observó que 32 (46,38 %) estaban inscriptos en la lista de espera para un trasplante. En cuanto al inicio de la terapia, 13 (18,84 %) ingresaron de forma no planificada y 56 (81,16 %) realizaron una planificación previa.

Las medidas descriptivas y la prueba de *Mann-Whitney* indicaron que no había diferencias significativas entre las puntuaciones de los grupos (planificados y no planificados). Sin embargo, hubo una tendencia hacia la significación en las variables integridad ($p = 0,056$) y fe ($p = 0,070$) (Tabla 1).

Tabla 1. Medidas descriptivas de las puntuaciones (dominios WHOQOL y EEH) con planificados y no planificados. Brasilia, DF, Brasil, 2024

Variable	No planificado	Planificado	P. valor
Conexión	4,15(1,04)	4,43(0,66)	0,373
Significado	4,23(0,75)	4,48(0,54)	0,241
Admiración	4,19(0,99)	4,4(0,58)	0,757
Integridad	3,77(0,81)	4,15(0,76)	0,056
Fuerza	4,31(1,08)	4,48(0,61)	0,783
Paz	4,04(0,75)	4,16(0,84)	0,399
Esperanza	4,12(0,83)	4,19(0,73)	0,777
Fé	4,27(0,89)	4,58(0,68)	0,07
WHOQOL Dominio 6	16,54(3,12)	17,44(2,22)	0,307
Escala de Esperanza Herth	40,54(5,08)	41,61(4,96)	0,428

Fuente: Los autores (2024).

En cuanto a la EEH, solo un participante obtuvo una puntuación de 26; 18 obtuvieron puntuaciones entre 31 y 39; y 50 obtuvieron puntuaciones entre 40 y 48, de los cuatro que alcanzaron la puntuación máxima. La media total fue de 38,78, lo que indica altos niveles de esperanza entre los participantes (Tabla 2).

Tabla 2. Estadística descriptiva de las puntuaciones de la EEH por ítems y total. Brasilia, DF, Brasil, 2024

Pregunta	Media	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Soy optimista con respecto a la vida.	3,49	0,72	4	1	4
Tengo planes a corto y largo plazo.	3,29	0,88	4	1	4
Me siento muy solo/a.	1,99	1,01	2	1	4
Puedo ver posibilidades en medio de las dificultades.	3,14	0,93	3	1	4
Tengo una fe que me reconforta.	3,7	0,63	4	1	4
Tengo miedo de mi futuro.	1,7	0,77	2	1	3
Puedo recordar momentos felices y placenteros.	3,67	0,59	4	1	4
Me siento muy fuerte.	3,33	0,83	4	1	4
Me siento capaz de dar y recibir afecto/amor.	3,7	0,58	4	2	4
Sé adónde quiero ir.	3,38	0,82	4	1	4
Creo en el valor de cada día.	3,64	0,57	4	1	4
Siento que mi vida tiene valor y utilidad.	3,75	0,55	4	1	4
Total	38,78		43	13	47

Fuente: Los autores (2024).

En cuanto a las expectativas futuras, 62 (89,85 %) se mostraron optimistas ante la vida, 56 (81,15 %) tenían planes a corto y largo plazo; 65 (94,20 %) afirmaron tener una fe que les proporcionaba consuelo; 45 (65,21 %) valoraban cada día; y 47 (68,11 %) no se sentían solos. Solo siete (10,14 %) afirmaron no sentirse optimistas respecto a la vida y, de ellos, tres (42,86 %) afirmaron sentirse muy solos.

En cuanto a la escala WHOQOL-SRPB, los resultados variaron entre 8,5 y 20, con una media de 17,28. Las puntuaciones medias fueron elevadas, lo que indica que los participantes mantienen una fuerte conexión con la espiritualidad y creen que estas dimensiones tienen un impacto positivo en sus vidas. La puntuación total confirma esta percepción, con predominio de sumas cercanas al máximo (Tabla 3).

Tabla 3. Estadística descriptiva de las puntuaciones del instrumento WHOQOL-SRPB por ítems y en total. Brasilia, DF, Brasil, 2024

Pregunta	Media	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Conexión	4,37	0,74	5	1,25	5
Significado	4,43	0,59	4,5	2,25	5
Admiración	4,36	0,67	4,5	1,5	5
Integridad	4,09	0,78	4,25	2	5
Fuerza	4,45	0,71	4,75	1,5	5
Paz	4,15	0,82	4,5	1,25	5
Esperanza	4,18	0,74	4,25	2	5
Fé	4,53	0,72	4,75	1,75	5
Dominio 6 (Total)	17,28	2,41	18,12	8,5	20

Fuente: Los autores (2024).

No hubo significación estadística entre las puntuaciones de la EEH y la WHOQOL-SRP y el perfil, lo que indica que el sexo, el grupo de edad, el estado civil, la religión y la duración de la terapia no influyeron significativamente en las puntuaciones. En relación con el WHOQOL-SRPB, la prueba de Mann-Whitney mostró una tendencia a la significación ($p = 0,080$) en las puntuaciones por sexo en el dominio «conexión».

En las puntuaciones por grupo de edad, mediante la prueba de Kruskal-Wallis, se identificó que los participantes con edades comprendidas entre 60 y 69 años obtuvieron puntuaciones más altas tanto en la EEH como en la WHOQOL-SRPB, en comparación con los de 20 a 29 años.

En el análisis de correlación de Spearman entre las escalas aplicadas, se observó una asociación moderada positiva y estadísticamente significativa entre las puntuaciones de la EEH y la WHOQOL-SRPB, lo que indica que los niveles más altos de esperanza están relacionados con una mejor percepción de la calidad de vida espiritual (Tabla 4).

Tabla 4. Correlación entre EEH y WHOQOL-SRPB. Brasilia, DF, Brasil, 2024

Correlación r de Spearman	EEH	EEH		WHOQOL-SRPB	
		Coeficiente de correlación	Sig. (2 extremos)	1	,545**
		N		69	69
Correlación r de Spearman	WHOQOL-SRPB	Coeficiente de correlación	,545**	1	
		Sig. (2 extremos)	0		.
		N	69		69

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (dos extremos).

Fuente: Los autores (2024).

Entre los cuatro participantes que obtuvieron la puntuación máxima en la EEH (48 puntos), tres obtuvieron 20 puntos y uno registró 19,625 puntos en la escala WHOQOL-SRPB. Estos valores indican que las personas con niveles máximos de esperanza también obtuvieron puntuaciones elevadas en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la espiritualidad, la religiosidad y las creencias personales. Este patrón sugiere que, en este grupo específico, las altas expectativas van acompañadas de percepciones positivas sobre aspectos subjetivos de la calidad de vida.

La Figura 1 muestra la correlación positiva entre las escalas, lo que evidencia que, a medida que aumentan las puntuaciones de calidad de vida, los niveles de esperanza también tienden a ser mayores. La mayoría de los participantes obtuvieron puntuaciones elevadas en el WHOQOL-SRPB, concentrándose entre 16 y 20, con niveles de esperanza correspondientes altos entre 40 y 50. Sin embargo, se observa una mayor dispersión en las puntuaciones de esperanza para los participantes con valores más bajos de calidad de vida, lo que sugiere una mayor variabilidad de la esperanza en estos casos.

EEH versus WHOQOL

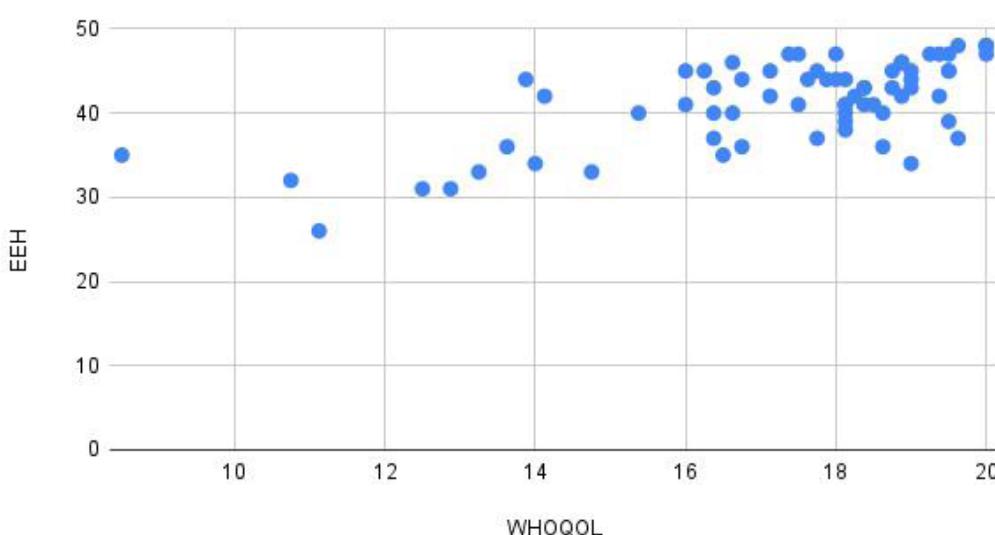


Figura 1. Dispersión de la correlación entre EEH y WHOQOL. Brasilia, DF, Brasil, 2024.

Fuente: Los autores (2024).

DISCUSIÓN

En el análisis sociodemográfico, se observó un predominio femenino, en consonancia con el análisis reciente, lo que contrasta con los datos internacionales y con el Censo Brasileño de Diálisis de 2024, que señalan una mayoría masculina entre los pacientes dializados^{8,18,19}. Esta discrepancia puede reflejar variaciones según el segmento de población y las características de la muestra. Factores como una mayor búsqueda de cuidados preventivos por parte de las mujeres, el papel cultural de cuidadora y un mayor compromiso con el autocuidado pueden influir en la indicación de la diálisis peritoneal¹⁹.

La convivencia con el cónyuge y la presencia de hijos constituyen una red de apoyo esencial para la eficacia de la diálisis peritoneal. Esta modalidad exige una adaptación conjunta entre el paciente y sus familiares, lo que promueve el bienestar de los pacientes, ya que se observa que muchos no se sienten solos. La familia participa activamente en el tratamiento, ofreciendo apoyo emocional y financiero, además de

ayudar en la adherencia terapéutica, especialmente en los casos en los que asume directamente el manejo de la diálisis²⁰.

En cuanto a las comorbilidades, la HTA y la DM fueron las más prevalentes, en consonancia con los datos epidemiológicos del Censo Brasileño de Diálisis de 2024, en el que la HTA (29 %) y la DM (29 %) constituyeron más de la mitad de las enfermedades subyacentes a la enfermedad renal⁸.

En este estudio, el predominio del color marrón difiere de investigaciones anteriores, que señalaban la prevalencia del color blanco^{2,9}. También se observó una amplia variación en el nivel de escolaridad, con predominio de la enseñanza primaria, lo que caracteriza un perfil de menor instrucción formal. Las pruebas indican que la raza/color y el nivel educativo actúan como factores protectores frente a la ERC, siendo menor la probabilidad de diagnóstico entre individuos que se declaran blancos o mestizos con estudios secundarios o superiores completos².

Se observó diversidad ocupacional entre los participantes, predominando los vínculos informales entre los que trabajaban, mientras que casi la mitad estaban jubilados. Aunque la ERC y el tratamiento dialítico no imposibilitan el trabajo, imponen limitaciones que justifican tales vínculos y el perfil socioeconómico más vulnerable observado²¹.

Esta realidad laboral está directamente relacionada con la situación financiera de estas personas. Aproximadamente la mitad percibía hasta el salario mínimo, lo que pone de manifiesto el impacto funcional de la ERC. En un estudio comparativo, el 82,8 % de los individuos presentaban ingresos equivalentes al salario mínimo²¹.

El tiempo medio de tratamiento de 38 meses observado en este estudio fue considerablemente superior al promedio informado por otro estudio brasileño, que fue de 16,68 meses²². En cuanto a la supervivencia, los datos de la literatura indican estabilidad, con un 59 % de los pacientes aún vivos tras 96 meses de seguimiento¹⁰. En el contexto internacional, se observó que el 48 % de los pacientes permanecían en DP después de cinco años, lo que sugiere que factores como la modalidad predominante de terapia, el perfil clínico de los pacientes y la estructura asistencial disponible influyen directamente en el tiempo de permanencia en la terapia renal sustitutiva²³.

Datos recientes del Censo Brasileño de Diálisis de 2024 refuerzan que las estrategias orientadas a la prevención de complicaciones como anemia, hiperfosfatemia y enfermedades cardiovasculares son fundamentales para ampliar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de estos pacientes^{8,23}.

Más de la mitad de los participantes declararon profesar la religión católica, lo que corrobora un estudio anterior, en el que el 60 % eran católicos y la fe se consideraba un factor importante para afrontar la ERC²⁴. La espiritualidad y la religiosidad son dimensiones relevantes para el fortalecimiento emocional, ya que ayudan a afrontar las dificultades cotidianas. Además, la esperanza contribuye a mantener la motivación y la perspectiva de un futuro mejor. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben tener en cuenta estas dimensiones en la atención integral al paciente renal crónico.²¹.

La diferencia entre los grupos planificados y no planificados se justifica por la reciente implementación de la modalidad no planificada en el hospital, que aún tiene una baja adhesión en el Distrito Federal. La diálisis de urgencia se está extendiendo por todo el mundo, ya que se considera una alternativa viable y segura, lo que contribuye a aumentar la prevalencia de la DP entre los pacientes con ERC²⁵⁻²⁷.

Esta distinción puede influir tanto en la adherencia al tratamiento como en aspectos emocionales y espirituales. Se observó una tendencia significativa en los ámbitos de la integridad y la fe, lo que indica un mayor equilibrio emocional y espiritual entre quienes iniciaron la terapia de forma planificada. Estos hallazgos sugieren que la planificación previa favorece el ajuste clínico y el fortalecimiento emocional ante los retos que plantea la enfermedad.

En este contexto, la fe resultó esencial para afrontar la situación, proporcionando fuerza, consuelo y bienestar. La fe y la espiritualidad se identificaron como pilares en la búsqueda del sentido existencial y de estrategias de resiliencia, lo que pone de manifiesto la importancia de la dimensión espiritual en el cuidado de las personas con ERC²⁴.

Este fortalecimiento interno parece influir directamente en la forma en que los pacientes perciben su estado de salud, ya que muchos no se consideraban enfermos y mostraban bienestar y optimismo. Los estudios indican que una autopercepción positiva favorece la evolución clínica y puede influir directamente en la mortalidad².

En esta perspectiva, los resultados de la EEH indican que, a pesar de las adversidades, la mayoría de los participantes obtuvieron puntuaciones elevadas, lo que demuestra que la esperanza es un sentimiento predominante, en consonancia con otro estudio que obtuvo datos compatibles al utilizar la misma escala⁹.

Los resultados positivos del WHOQOL-SRPB indican que la espiritualidad, la religiosidad y las creencias personales ejercen una influencia favorable sobre la calidad de vida de los pacientes. Estudios similares refuerzan esta evidencia en pacientes en HD. Mientras que los pacientes en DP presentaron una mejor calidad de vida, con un mejor rendimiento físico y emocional en comparación con los pacientes en HD^{21,28}.

No hubo significación estadística entre las variables sexo, edad, estado civil, religión y tiempo de terapia y las puntuaciones de las escalas, lo que indica que dichos factores no influyeron en los resultados. Sin embargo, se observó una tendencia significativa en el ámbito de la conexión entre los sexos, con una mayor implicación entre las mujeres. Este hallazgo sugiere que las mujeres tienden a mostrar una mayor apertura hacia las prácticas religiosas y espirituales, lo que refleja una mayor conexión espiritual²⁹.

Este estudio observa que las personas de mayor edad muestran niveles más altos de esperanza y calidad de vida espiritual, posiblemente relacionados con la resiliencia, la valoración del presente y la internalización de las dimensiones espirituales. Aunque otros trabajos señalan el perfil clínico y la vulnerabilidad como factores que influyen en la esperanza, la experiencia vital destaca como factor positivo⁷.

Se verificó una correlación entre la EEH y la WHOQOL-SRPB, lo que evidencia que los niveles elevados de esperanza tienen un impacto positivo en la calidad de vida. La esperanza se revela como un recurso humano fundamental para adaptarse a las adversidades, por lo que es importante fomentar estrategias que estimulen la superación y el bienestar³⁰. A pesar de la escasez de investigaciones sobre la espiritualidad y la esperanza en pacientes con EP, las pruebas en HD revelaron resultados positivos entre WHOQOL-SRPB y EEH, lo que corrobora los hallazgos de este estudio²¹.

Por último, cabe destacar como limitaciones del estudio el corto intervalo entre las consultas, la epidemia de dengue durante el período, el cambio de ubicación de la unidad y las pérdidas de seguimiento (traslados, hospitalizaciones, fallecimientos), que afectaron a la recopilación de datos.

CONCLUSIÓN

El presente estudio evidenció que los pacientes renales crónicos en diálisis peritoneal presentan niveles elevados de esperanza y espiritualidad, los cuales se asocian positivamente con la percepción de calidad de vida. Las puntuaciones obtenidas en las escalas EEH y WHOQOL-SRPB indican que, a pesar de las limitaciones impuestas por la enfermedad y el tratamiento dialítico, los participantes mantienen recursos internos significativos para hacer frente a la condición clínica. La correlación estadísticamente significativa entre la esperanza y la calidad de vida refuerza el papel de la dimensión espiritual como factor protector y promotor del bienestar.

La espiritualidad, expresada a través de la fe, el sentido de la vida y la fuerza interior, contribuyó al equilibrio emocional y a la resiliencia ante los retos que plantea la terapia renal sustitutiva. La esperanza, por su parte, resultó ser un elemento central en la construcción de perspectivas positivas, favoreciendo la adherencia al tratamiento y la preservación de la calidad de vida. Estos hallazgos refuerzan la importancia de incorporar enfoques que valoren la dimensión espiritual en la atención integral al paciente renal, promoviendo estrategias terapéuticas más humanizadas y eficaces.

AGRADECIMIENTOS

La investigación se llevó a cabo con el apoyo de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud (ESCS), a través del Proyecto de Iniciación Científica (PIC) - Convocatoria n.º 10, de 11 de mayo de 2023.

REFERENCIAS

1. Jesus NM, de Souza GF, Mendes-Rodrigues C, Almeida Neto OP, Rodrigues DDM, Cunha CM. Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2019 [cited 2023 Feb 12];41(3):364-74. Available from: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152>
2. de Aguiar LK, Prado RR, Gazzinelli A, Malta DC. Factors associated with chronic kidney disease: epidemiological survey of the National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 12];23:e200044. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200044>
3. Gomes ICC, Manzini CSS, Ottaviani AC, Moraes BIP, Lanzotti RB, Orlandi F S. Attitudes facing pain and the spirituality of chronic renal patients in hemodialysis. *BrJP* [Internet]. 2018 Oct. [cited 2025 Oct 8];1(4):320-4. Available from: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180061>
4. Eloia SMC, Ximenes MAM, Eloia SC, Galindo Neto NM, Barros LM, Caetano JA. Religious coping and hope in chronic kidney disease: a randomized controlled trial*. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 12];55:e20200368. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0368>
5. Alvarenga WA, Amorim JVM, Magalhães LHF, Neris RR, Nascimento LC, da Rocha SS. Work-hemodialysis treatment interface in patients with chronic kidney disease: a scoping review. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 8];36:eAPE02411. Available from: <https://doi.org/10.37689/actape/2023AR02411>
6. Pilatti M, Theodorovitz VC, Hille D, Sevignani G, Ferreira HC, Vieira MA, et al. Urgent vs. planned peritoneal dialysis initiation: complications and outcomes in the first year of therapy. *Braz J Nephrol* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun 14];44(4):482-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0182>
7. Blake PG, Jain AK. Urgent start peritoneal dialysis: defining what it is and why it matters. *Clin J Am*

Soc Nephrol [Internet]. 2018 [cited 2025 Jun 14];13(8):1278-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.02820318>

8. Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Censo de diálise, 2024. [Internet]. São Paulo: SBN; 2024 [cited 2025 Aug 27]. Available from: <https://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>

9. Moreira RA, Borges M S. Profile and level of hope in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis*. Cogitare Enferm [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 8];25:e67355 Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.67355>

10. Gonçalves FA, Dalosso IF, Borba JMC, Bucaneve J, Valerio NMP, Okamoto CT, et al. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba - PR. J Bras Nefrol. 2015 [cited 2025 Oct 8];37(4):476-74. Available from: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20150074>

11. World Health Organization (WHO). WHOQOL: Measuring quality of life [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2025 Oct 8]. 105 p. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>

12. Bravin AM, Trettene AS, de Andrade LGM, Popim RC. Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [cited 2025 Jun 14];72(2):541-51. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0051>

13. Ferreira GSM, Soares FMM, Nunes RS, Oliveira PMC, Araújo RA, Ripardo JO, et al. Vivência de espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida em pacientes em tratamento hemodialítico. Rev Enferm Atual In Derme [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 14];95(35):e-021121. Available from: <https://mail.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1199>

14. Brabo AM, Dias DB, da Silva EN, Ponce D. Economic analysis of hemodialysis and urgent-start peritoneal dialysis therapies. Braz J Nephrol 2025 [cited 2025 Oct 8];47(1):e20240051. Available from: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2024-0051en>

15. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. Rev esc enferm USP [Internet]. 2008 [cited 2025 Oct 8];42(2):227-32. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200003>

16. Panzini RG, Maganha C, da Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument related to spirituality, religion and personal beliefs. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2025 Oct 8];45(1):1-13. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018>

17. World Health Organization. WHOQOL-SRPB: scoring and coding for the WHOQOL SRPB field-test instrument : users manual, 2012 revision. Geneva: WHO; 2012 [cited 2025 Nov 19]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/WHO-MSD-MER-Rev-2012-05>

18. Moura-Neto JA, de Andrade LGM, Moura AF, Cruz CMS. A decade of change in peritoneal dialysis in Brazil: challenges and perspectives in the Public Health System. Healthcare. [Internet] 2025 [cited 2025 Oct 8];13(3):337. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare13030337>

19. Nerbass FB, Calice-Silva V. Why are there more women than men on peritoneal dialysis in Brazil?. Braz J Nephrol [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 8];47(4):e20250128. Available from: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2025-0128pt>

20. Negreiros DM, Furtado AM, Gonçalves CB, Ribeiro IAP, e Silva LLL, Ferreira AA, et al. O cuidado da família à pessoa renal crônica em diálise peritoneal: care of the family to the chronic kidney person in peritoneal dialysis. Rev Enferm Atual In Derme [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 8];90(28):1-5. Available from: <https://mail.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/462>

21. Leimig MBC, Lira RT, Peres FB, Ferreira AG de C, Falbo AR. Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. Rev Soc Bras Clín Méd [Internet]. 2018 [cited 2024 May 02];16(1):30-6. Available from: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/322>

22. Werneck AL, Ribeiro RCHM, Beccaria LM, Cesario CB, da Silva NTF, Poletti NAA. Atividades de

vida diária dos pacientes na diálise peritoneal. Rev Enferm UFPE on line. [Internet] 2019 [cited 2025 Oct 8];13:e240513. Available from: https://www.researchgate.net/publication/336570383_Atividades_de_vida_diaria_dos_pacientes_na_dialise_peritoneal

23. Scarmignan R, Alfano G, Morisi N, Fontana F, Mori G, Ferrarini M, et al. Long-term mortality and technique survival in peritoneal dialysis patients: a 25-year retrospective analysis in a single center. Clinical Kidney Journal. [Internet] 2025 [cited 2025 Oct 8];18(8):sfaf215. Available from: <https://doi.org/10.1093/ckj/sfaf215>

24. Moura HCGB , Menezes TMO, de Freitas RA, Moreira FA, Pires IB, Nunes AMPB, et al. Faith and spirituality in the meaning of life of the elderly with Chronic Kidney Disease. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 12];73(Suppl 3): e20190323. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wph5TxmPsM7MNH936fm9GrF/?format=html&lang=en>

25. Mendes ML, Alves CA, Bucovic EM, Dias DB, Ponce D. Peritoneal dialysis as the first dialysis treatment option initially unplanned. J. Bras. Nefrol [Internet]. 2017 [cited 2024 Apr 12];39(4):441-6. Available from: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170077>

26. Dias DB, Mendes ML, Banin VB, Barretti P, Ponce D. Urgent-Start Peritoneal Dialysis: The First Year of Brazilian Experience. Blood Purif [Internet]. 2017 [cited 2024 Apr 12];44 (4):283-7. Available from: <https://doi.org/10.1159/000478970>

27. Alkatheeri AMA, Blake PG, Gray D, Jain AK. Success of Urgent-Start Peritoneal Dialysis in a Large Canadian Renal Program. Perit Dial Int [Internet]. 2015 [cited 2024 Apr 12];36(2): Available from: <https://doi.org/10.3747/pdi.2014.00148>

28. Chuasawan A, Pooripussarakul S, Thakkinstian A, Ingsathit A, Pattanaprateep O. Comparisons of quality of life between patients underwent peritoneal dialysis and hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 12];18:191. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01449-2>

29. Baker JO, Whitehead AL. Gendering (Non) religion: politics, education, and gender gaps in secularity in the United States. Social Forces [Internet]. 2016 [cited 2024 Jul 12];.94(4):1623-45. Available from: <https://doi.org/10.1093/sf/sov119>

30. de Oliveira IC, Feitosa PWG, dos Santos EA, Girão MMF, de Oliveira EG, do Carmo FA, et al. Cuidados paliativos e espiritualidade no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática da literatura. ID line Rev Psicol [Internet]. 2019 [cited 2024 Jul 22];13(45):405-19. Available from <https://doi.org/10.14295/online.v13i45.1739>

Hope, spirituality and quality of life: a study with chronic kidney patients on peritoneal dialysis*

ABSTRACT

Objective: Analyze the level of hope, spirituality, and perception of the quality of life of chronic renal patients on peritoneal dialysis. **Method:** Transversal analytical study conducted in a nephrology center between January and April 2024. A clinical-demographic questionnaire, the Herth Scale of Hope and Quality of Life - Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs, were applied. For the analysis of correlation between scales, Pearson and Spearman tests were used; for comparisons between groups, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used. **Results:** 69 individuals participated, with average scores of 38.78/48 and 17.28/20 for hope and quality of life, respectively. Significant correlation was identified between the scales ($p = 0.01$), indicating that higher hopeful scores are associated with a higher quality of life. **Conclusion:** Despite treatment limitations, participants demonstrated hope and spirituality at satisfactory levels, with a positive impact on quality of life.

DESCRIPTORS: Public Health; Indicators of Quality of Life; Nephrology; Renal Dialysis; Renal Insufficiency, Chronic.

*Article extracted from doctoral thesis project: "Diálise peritoneal: impactos da abordagem planejada e não planejada na esperança, espiritualidade e qualidade de vida", Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil, 2025.

Recibido en: 30/07/2025

Aprobado en: 10/11/2025

Editor asociado: Dra. Luciana de Alcantara Nogueira

Autor correspondiente:

Karine Cardoso Lemos

Universidade de Brasília

Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília –DF

E-mail: karine.cardoso@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio -

Lemos KC, Borges MS, Araújo CV, de Moraes SEM, Braz LS. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio -

Lemos KC, Borges MS, Araújo CV, de Moraes SEM, Braz LS. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las

cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Lemos KC, Borges MS.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Disponibilidad de datos:

Los autores declaran que todos los datos están completamente disponibles en el cuerpo del artículo.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)