

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**REVISIÓN CRÍTICA: CUIDADOS ESPIRITUALES Y
RELIGIOSOS PARA EL BIENESTAR DE LOS
ADULTOS EN FASE TERMINAL Y SU EFICACIA**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
EN CUIDADOS INTENSIVOS**

AUTOR: Lic. Dery Milagros Reyes Basauri

Chiclayo, 26 de Junio de 2015

**REVISIÓN CRÍTICA: CUIDADOS ESPIRITUALES Y
RELIGIOSOS PARA EL BIENESTAR DE LOS
ADULTOS EN FASE TERMINAL Y SU EFICACIA**

POR:

Lic. Enf. Dery Milagros Reyes Basauri

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo
Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

APROBADO POR:

Mtra. Mercedes Elizabeth López Díaz

Presidente de Jurado

Mtra. Myriam Calderon Ruiz

Secretaria de Jurado

Lic. Aurora Violeta Zapata Rueda

Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 26 de Junio de 2015

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
I.- MARCO METODOLÓGICO	11
1.1 Tipo de investigación	11
1.2 Metodología EBE	12
1.3 Formulación de la Pregunta según esquema PICOT	
1.4 Viabilidad y Pertinencia de la Pregunta	12
1.5 Metodología de Búsqueda de Información	
1.6 Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro.	13 14
1.7 Lista de Chequeo	17
II.- DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO	20
2.1. Artículo para revisión	22
2.2. Comentario Crítico	22
2.3. Importancia de los Resultados	23
2.4. Nivel de Evidencia	29
2.5. Respuesta a la Pregunta	29
2.6. Recomendaciones	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	33

DEDICATORIA

Dedicado a mi hijo Rodrigo porque es mi mayor bendición y porque que es por y para Él mis esfuerzos y ganas de superación, para ser su ejemplo.

DERY

AGRADECIMIENTO

A mi familia que son todo en mi vida, gracias a ellos tengo la más firme base de principios y superación.

DERY

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, tiene como objetivo determinar a través de la revisión los mejores cuidados para la dimensión espiritual de la persona en la fase terminal de la enfermedad y su eficacia.

Se trata de una investigación secundaria con metodología EBE que busca dar respuesta a la pregunta clínica: ¿Cuáles son las intervenciones para la dimensión espiritual y religiosa en personas que atraviesan fase terminal de una enfermedad y cuál es su eficacia?

La estrategia de búsqueda se realizó en las bases de datos: LILACS, PUBMED, Google scholar, Cochrane, etc. Los criterios de búsqueda fueron: 5 años de antigüedad, debían dar respuesta a las intervenciones para la dimensión espiritual y religiosa y dar cuenta de la eficacia de las intervenciones. Se empleó el filtro de validación de Gálvez Toro y las listas de chequeo específicas para las investigaciones seleccionadas; de acuerdo al nivel de evidencia se seleccionó una revisión crítica con meta-análisis. Finalmente afirmamos que entre las intervenciones para la dimensión espiritual y religiosa están: la consejería de un pastor o líder religioso, la meditación, las visitas de amistades; aunque no existe evidencia contundente de su eficacia, sin embargo, creemos que no se deben dejar de realizar puesto que hay alguna evidencia del bienestar que generan. Se sugiere realizar investigaciones que exploren la eficacia, considerando los sesgos que se encontraron en las investigaciones de la presente revisión.

Palabras claves: Cuidado de Enfermería, Dimensión Espiritual, Unidad de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

The aim of this research work is to determine through the review the best care for the spiritual dimension of the person in the terminal phase of the disease and its effectiveness.

This is a secondary research with EBE methodology that seeks to answer the clinical question: What are the interventions for the spiritual and religious dimension in people who are going through the terminal phase of a disease and what is its effectiveness?

The search strategy was carried out in the databases: LILACS, PUBMED, Google scholar, Cochrane, etc. The search criteria were: 5 years old, they had to respond to the interventions for the spiritual and religious dimension and to account for the effectiveness of the interventions. The validation filter of Gálvez Toro and the specific checklists for the selected researches were used; According to the level of evidence, a critical review with meta-analysis was selected. Finally, we affirm that among the interventions for the spiritual and religious dimension are: the counseling of a pastor or religious leader, the meditation, the visits of friends; Although there is no conclusive evidence of its effectiveness, however, we believe that they should not be stopped since there is some evidence of the well-being they generate. It is suggested to carry out investigations that explore efficacy, considering the biases found in the investigations of the present review.

Keywords: Nursing Care, Spiritual Dimension, Intensive Care Unit.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, paciente terminal es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactorial e intensos, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con un pronóstico de vida limitado (inferior a seis meses).¹

Los enfermos terminales requieren por tanto Cuidados Paliativos, que se basa en una concepción global, activa e integral de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal, no solo controlando el dolor y otros síntomas molestos sino también el sufrimiento, para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días y tengan una buena muerte.²

El sufrimiento que este proceso conlleva, no es un síntoma ni un diagnóstico, sino una experiencia humana tremendamente compleja, que siempre necesita de los profesionales de enfermería, no sólo para el control de los síntomas, administrando tratamiento médico, sino también para poder verbalizar las múltiples preocupaciones o miedos que tiene, abordando las necesidades de la persona en estado terminal holísticamente, individualizando los cuidados de enfermería humano, empático y dedicado, para obtener el mayor bienestar y confort, todo esto requiere.²

La fase de la agonía es el último proceso de la muerte, esta es una experiencia difícil para todo ser humano, ya que suscita muchas necesidades: físicas, emocionales y espirituales, tanto a la persona en estado terminal como en la familia. Es por ello que el equipo de salud, en especial el profesional de enfermería, que por la naturaleza de su trabajo se va involucrando no sólo profesionalmente sino emocionalmente, suele ser quien primero identifica las necesidades espirituales de la persona y por ello quien podrá proporcionarle la ayuda deseada como parte de su atención integral.

La Organización Mundial de la Salud ha declarado la espiritualidad como una dimensión de la calidad de vida. Definió los cuidados paliativos, en el año 1990, como el cuidado total y activo de pacientes en los que la enfermedad no responde al

tratamiento curativo, y es primordial el control del dolor y de otros síntomas así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. «El objetivo es conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y familiares».¹

La experiencia durante las prácticas hospitalarias, como estudiante de la Segunda Especialidad de Unidad de Cuidados Intensivos ha permitido observar el cuidado que brinda el profesional de enfermería, a la persona en estado terminal, son cuidados orientados a cumplir el tratamiento prescrito por el médico, acciones supeditadas a las necesidades de supervivencia como la de abordar el manejo tecnológico, oxigenación, hemodinamia, evitar úlceras por presión y otras que sólo salvaguardan la integridad física- fisiológica de la persona, sin embargo cuando se deben tomar decisiones sobre acciones médicas, como la intubación, traqueostomía, y/o algún otro procedimiento, generalmente el médico es quien decide por la persona, muchas veces sin tomar en cuenta el consentimiento informado que incluye, previo al procedimiento, la educación por parte del médico a los familiares y éstos son libres de decidir si aceptan dicho procedimiento o no. Se hace énfasis en este sentido puesto que hay religiones en las cuales se prohíbe por ejemplo la trasfusión sanguínea, pero que en algunos casos resulta de sumamente necesario para mejorar el estado de salud de la persona.

Frente a ello la enfermera acata las decisiones médicas, sin asumir la defensa de la persona que está bajo su cuidado, se observa que se valora, diagnostica, planifica y ejecuta acciones encaminadas a medir las respuestas humanas, más no a interpretar lo que hay en la subjetividad de la persona cuidada, a través de una observación minuciosa y orientada a observar aquellas manifestaciones que mejorarán la información acerca de las necesidades espirituales, ayudándolo a “bien morir”, y tengan una muerte digna.

Para la valoración que realiza el personal de enfermería se cuenta con una guía de valoración que incluye solamente aspectos físicos, fisiológicos como el estado de conciencia, Modo de ventilación, signos vitales, presencia de sondas, drenajes, etc., pero no consideran una valoración de las diversas dimensiones de la persona con son la psicológica, sociocultural. Con respecto a la valoración espiritual, ésta no incluye

las costumbres religiosas de la persona bajo cuidado de la enfermera, puesto que cuando se atienden éstas, se solicita la presencia del sacerdote, sin haber preguntado el credo religioso y no adopta acciones que permitan aplicar el proceso de atención de enfermería en el familiar. El personal médico en muy raras oportunidades considera estas dimensiones o se piensa que es el sacerdote quien se encargará de esta dimensión y para eso se coordina una visita.

Teniendo en cuenta todo lo mencionado nace la pregunta para desarrollar esta investigación ¿Cómo debe ser el cuidado de la dimensión espiritual de los adultos en fase terminal y cuál es su eficacia? ¿Cuáles son las mejores prácticas para el cuidado de la dimensión espiritual de las personas en etapa terminal?

Para conocer la mejor práctica se analizarán diferentes investigaciones primarias, guías y protocolos basados en la práctica del cuidado que contribuyan a determinar y a mejorar la calidad de cuidado enfermero para la dimensión espiritual de la persona en estado crítico.

El Objetivo general fue determinar a través de la revisión crítica los mejores cuidados para la dimensión espiritual y religiosa de las personas en fase terminal de una enfermedad y su eficacia.

CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO

- 1.1. Tipo de Investigación:** La presente investigación fue secundaria, en la cual se analizó e interpretó la información que ha sido presentada en las investigaciones primarias. ⁵
- 1.2. Metodología:** La metodología a seguir será la enfermería basada en evidencias que se define como el cuidado concerniente de la incorporación de la evidencia a la investigación, la expertez clínica y la preferencia de los pacientes, dentro de las decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes en forma individual. La EBE es la práctica clínica fundada sobre una duda o pregunta clínica que obtiene una respuesta destinada a mejorar el proceso de cuidados, los resultados y reducir la incertidumbre y la variabilidad. La respuesta procede de la investigación, la clave de la EBE está en el planteamiento de problemas susceptibles de ser resueltos. En la EBE se tiene datos, evidencias externas, de los resultados de una intervención que otros han publicado al respecto; se debe caracterizar por el uso de la investigación cuantitativa y cualitativa, mejor aún, por la búsqueda de evidencias de calidad más allá del diseño de la investigación. ⁵

La EBE consta de cinco pasos:

-Identificar el problema: En esta etapa formulamos una pregunta que surge de la práctica en este caso la investigadora estuvo motivada por la necesidad de los pacientes en UCI de contar con intervenciones o cuidados para la dimensión espiritual que por lo general se dejan de lado. De esta manera, convertimos las incertidumbres clínicas en preguntas que pueden ser respondidas mediante la investigación científica.

-Localizar las mejores evidencias para responder a las preguntas planteadas; normalmente en la bibliografía. Este paso requiere saber buscar con exhaustividad y eficiencia los trabajos científicos desarrollados sobre nuestro tema de interés. Se recurrió a diversas bases de datos como por

ejemplo: LILACS, Cochrane, Scielo, INDEX. Se ubicaron muchos artículos y una revisión sistemática en inglés.

- **Evaluar críticamente la validez de un trabajo científico** (proximidad a la verdad), la validez aparente se determinó a través de la lista de Gálvez Toro y luego con la investigación seleccionada se empleó la lista QUORUM para revisiones sistemáticas con meta análisis. Es hasta esta etapa que se desarrolló la investigación.

4.- Aplicar los resultados; esta etapa trata sobre las evidencias disponibles a nuestra práctica clínica, teniendo en consideración los riesgos y beneficios, las expectativas, contextos, preferencias de los pacientes y sus necesidades emocionales. La elaboración de informes sencillos para divulgar las evidencias halladas entre los miembros del equipo debería formar parte de la implementación.

5. Evaluar los cambios realizados, los resultados obtenidos tras la aplicación de las evidencias.

1.3. Formulación de la pregunta según esquema PICOT:

Cuadro N° 02: Formulación de la Pregunta y Viabilidad		
P	Paciente o Problema	Paciente adulto en estado crítico en el servicio de UCI/Cuidados de enfermería centrados en las necesidades fisiológicas
I	Intervención	Cuidados de enfermería con énfasis en la dimensión biológica. El personal profesional de enfermería no considera plenamente en su práctica la dimensión espiritual para dar un cuidado oportuno. En ocasiones solo rezan y llaman al sacerdote para dar la unción de los enfermos.
C	Comparación o Control	Cuidados de enfermería dirigidos a salvaguardar la dimensión espiritual de los pacientes críticos hospitalizados en las UCI's
O	Outcomes o Resultados	Mejorar la calidad del cuidado enfermero Respeto por los derechos del paciente y su dignidad.
T	Tipo de Diseño de Investigación	Descriptiva
Oxford-Centre of Evidence Based Medicine.		

Teniendo en cuenta todo lo mencionado nace la pregunta para desarrollar esta investigación ¿Cuáles son las intervenciones para la dimensión espiritual y religiosa en personas que atraviesan fase terminal de una enfermedad y cuál es su eficacia?

1.4. Viabilidad

En la valoración de las respuestas humanas que se relacionan con el proceso vivir morir, la enfermera cuenta con una guía de valoración que incluye solamente aspectos físicos, fisiológicos como el estado de conciencia, Modo de ventilación, signos vitales, presencia de sondas, drenajes, etc., pero no consideran una valoración de las diversas dimensiones de la persona con son la psicológica, sociocultural, espiritual.

Con respecto a la valoración espiritual, ésta no incluye las costumbres religiosas de la persona bajo cuidado de la enfermera, puesto que cuando se atienden éstas, se solicita la presencia del sacerdote, sin haber preguntado el credo religioso. Se observa que la enfermera ante el sufrimiento de los familiares de la persona cuidada en etapa terminal, no adopta acciones que permitan aplicar el proceso de atención de enfermería en el familiar.

1.5. METODOLOGIA DE BUSQUEDA DE INFORMACION

Cuadro N° 3 paso 1: Elección de las palabras claves			
Palabra Clave	Inglés	Portugués	Sinónimo
CUIDADO ENFERMERO	NURSING CARE	cuidados de enfermagem	Cuidado de enfermería. Actuar de enfermería
DIMENSION ESPIRITUAL	Spiritual dimensión	DIMENSÃO ESPIRITUAL	Cuidado espiritual de enfermería. Espiritualidad en enfermería.
PACIENTE CRITICO	Critical patient	PACIENTE CRITICO	Paciente en estado grave.

Cuadro N° 4 Paso 2: Registro escrito de búsqueda.				
Base de datos Consultada	Fecha de la Búsqueda	Estrategia para la búsqueda	N° de Artículos encontrados	N° de Artículos Seleccionados
Scielo		Dimensión espiritual + Religiosa	5	2
Cochrane		Intervenciones +espiritualidad+ Religiosidad	2	1
Google académico		Dimensión espiritual and Religiosa	5	2

Cuadro N° 5 Paso 3: Ficha para recolección bibliográfica					
Autor (es)	Título Artículo	Revista (Volumen, año, número)	Link	Idioma	Método
Caren Camargo Do Espírito Santo, Antonio Marcos Tosoli Gómes, Denize Cristina De Oliveira, Ana Paula Munhen De Pontes, Érick Igor Dos Santos, Camila Perroni Marouço Da Costa. ⁷	Diálogos entre espiritualidad e enfermagem: Uma revisão integrativa da literatura	COGITARE ENFERM. 2013 ABR/JUN; 18(2):372-8	http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/32588	Portugués	REVISION INTEGRATIVA DE LITERATURA REALIZADA

Penha Ramon Moraes. ⁸	La expresión de la dimensión espiritual en el cuidado de enfermería en la unidad de terapia intensiva	Maestría de la Escuela de enfermería Universidad de Sao Paulo. 2008	https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefeb/articulo/175/cotidianidad-del-cuidado-de-enfermeria-un-analisis-conceptual-de-espiritualidad/	Portugués	Estudio descriptivo-exploratorio
Luciana Winterkorn Dezorzi, Maria da Graça Oliveira Crossetti. ⁹	La espiritualidad en el cuidado de si para profesionales de enfermería en Terapia intensiva	Maestría en Enfermería, Enfermera del Centro de Tratamiento Intensivo, del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil, e-mail: winterk@click21.com.br	Rev Latino-am Enfermag em 2008 março-abril; 16(2) www.eerp.usp.br/rlae	Castellano	Investigación de tipo Cualitativo
Claudia P. Guevara Armenta, Sandra M. Mesa Rodríguez. ¹⁰	Significado del Cuidado Espiritual en el Profesional de Enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias	Bogotá-Colombia 2012	https://intelectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3686/CCLAUDIA_PATRICIA_GUEVARA_ARMENTA_trabajo.pdf?sequence=1	Castellano	Investigación de tipo cualitativo con metodología descriptiva-interpretativa

Perla María Ramírez Pérez, Gustavo Conde Corona, Carolina Manrique Nava, Oswaldo Javier Ramírez Alanís, Erika Acosta Becerril, Jessica Celeste Ramos Flores. ¹¹	Trato del personal de enfermería al paciente en estado crítico desde un enfoque humanista	México	http://www.index-f.com/par/n16/066d.php	castellano	Investigación de tipo cualitativo con metodología descriptiva-interpretativa
Sílvia Caldeira; Zita Castelo Branco; Margarida Vieira. ¹²	A espiritualidade e nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal	Portugal	http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832011000300015&lng=pt&nrm=iso	Portugués	Tipo de estudio revisión sistemática
Matea Abril Higuero. ¹³	Percepción y experiencia enfermera sobre atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica	Barcelona maestría de la Universidad Internacional de Catalunya-España 2013	https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/217662/Matea_Abril_Higuero_TFM.pdf?sequence=1	Español	Estudio cualitativo

1.6. Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro:

Los resultados del uso de la guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparentes se presenta a continuación:

Cuadro N° 6: Síntesis de la evidencia			
Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Resultado	Decisión
1.- Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease	Revisión Sistemática	Responde todas las preguntas	Pasa lista...
2.- Diálogos entre espiritualidade e enfermagem Uma revisão integrativa da literatura	Revisión de la literatura	No responde todas las preguntas	No se puede emplear
3.- La espiritualidad en el cuidado de sí para profesionales de enfermería en Terapia intensiva	Cualitativo	No responde todas las preguntas	No se puede emplear
4.- Significado del Cuidado Espiritual en el Profesional de Enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias	Descriptivo- Interpretativo	No responde todas las preguntas	No se puede emplear
5.- Percepción y experiencia enfermera sobre atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica	Cualitativo	No responde todas las preguntas	No se puede emplear
6.- A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal	Revisión Sistemática	No responde todas las preguntas	No se puede emplear

7.- Trato del personal de enfermería al paciente en estado crítico desde un enfoque humanista	Descriptivo Cualitativo	No responde todas las preguntas	No se puede emplear
8.- La expresión de la dimensión espiritual en el cuidado de enfermería en la unidad de terapia intensiva	Descriptivo exploratorio	No responde todas las preguntas	No se puede emplear
9.- Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas	Cuantitativo comparativo	No responde todas las preguntas	No se puede emplear

1.7. Lista de chequeo:

Cuadro N° 7 Lista de chequeo según artículo y su nivel de evidencia			
Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Lista empleada	Nivel de evidencia
1.- Intervenciones espirituales y religiosas para el bienestar de los adultos en la fase terminal de la enfermedad	Revisión Sistemática	QUORUM	II. 3

CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO:

2.1. El Artículo para Revisión: Se compone de las siguientes partes:

- a. **Título de la Investigación secundaria que desarrollara.**
CUIDADOS ESPIRITUALES Y RELIGIOSOS PARA EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS EN FASE TERMINAL DE LA ENFERMEDAD Y SU EFICACIA
- b. **Revisor(es):** Lic. Enf. Dery Milagros Reyes Basauri
- c. **Institución:** Hospital Regional de Lambayeque
- d. **Dirección para correspondencia:** rheyne_21@hotmail.com
- e. **Referencia completa del artículo seleccionado para revisión:**
Intervenciones espirituales y religiosas para el bienestar de los adultos en la fase terminal de la enfermedad (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 5. Art. No.: CD007544. DOI: 10.1002/14651858.CD007544 ⁶
- f. **Resumen del artículo original:**
Así como la enfermedad terminal progresa, la salud se deteriora y el final de la vida se acerca, la gente puede preguntarse ¿Por qué esta enfermedad? ¿Por qué a mí? ¿Por qué ahora? "Estas preguntas pueden invocar, reavivar o intensificar las preocupaciones espirituales o religiosas. Aunque los procesos por los cuales estas asociaciones se producen son poco conocidos, hay una cierta evidencia en investigación para las asociaciones principalmente positivas entre la conciencia espiritual y religiosa y el bienestar, como la salud emocional.

Esta revisión tuvo como objetivo describir las intervenciones espirituales y religiosas de adultos en la fase terminal de una enfermedad y evaluar su eficacia en el bienestar.

Se realizaron búsquedas en 14 bases de datos a noviembre de 2011, incluyendo el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados y MEDLINE.

Dentro de los criterios de inclusión, se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) si involucraban la participación de adultos en la fase terminal de una enfermedad y si evaluaban los resultados de una intervención que tenía un componente espiritual o religioso. Los resultados primarios fueron bienestar, afrontamiento de la enfermedad y calidad de vida.⁶

De acuerdo con los criterios de inclusión, dos revisores analizaron de forma independiente las citas. Un revisor extrajo los datos que luego fueron verificados por otro autor de la revisión. Se consideró la meta- análisis para estudios con características comparables.⁶

Dentro de los resultados principales se incluyeron cinco ECA (1130 participantes). Dos estudios evaluaron la meditación, los otros evaluaron Intervenciones multidisciplinares de cuidados paliativos que involucraron a un capellán o consejero espiritual como miembro del equipo de intervención. Los estudios que evalúan la meditación no encontraron diferencias significativas en general entre los que recibieron la meditación o la atención habitual de calidad de vida o bienestar.⁶

Sin embargo, cuando la meditación se combinó con masaje al mediano plazo amortiguaba la reducción de la calidad de vida. En los estudios de intervención de cuidados paliativos no hubo diferencia significativa entre la calidad de vida o bienestar entre los grupos que participaron en el ensayo. El afrontamiento a la enfermedad no se evaluó en los estudios. La calidad de los estudios fue limitada por subregistro de las características del diseño.⁶

Dentro de las conclusiones de los autores hemos encontrado pruebas poco concluyentes de que las intervenciones con componentes espirituales o religiosas para adultos en la fase terminal de una enfermedad pueden o no mejorar el bienestar. Estas intervenciones son sub evaluadas. Se llevaron a cabo cinco estudios identificados en el mismo país, y en las intervenciones de cuidados paliativos multidisciplinares no está claro si todos los participantes recibieron el apoyo de un capellán o un consejero espiritual. Por otra parte, no está claro en todos los estudios si los participantes en los grupos de

comparación recibieron apoyo espiritual o religioso, o ambos, como parte de la atención de rutina o de otra procedencia. La escasez de investigación de calidad indica la necesidad de estudios más rigurosos.⁶

Intervenciones espirituales y religiosas de adultos en la última etapa de una enfermedad

Estar enfermo y cerca del final de la vida puede plantear preguntas como ¿Por qué yo? ¿Por qué ahora? La experiencia puede iniciar o aumentar los pensamientos de naturaleza espiritual o religiosa. Algunas investigaciones han encontrado que tener conciencia espiritual o religioso, o ambos, puede ayudar a una persona hacer frente a la enfermedad y la muerte. Nuestra revisión fue realizada a través de búsquedas de estudios que fueran ensayos controlados aleatorios. Solo incluimos estudios si evaluaban una intervención que implicó un aspecto espiritual o religioso, como la oración y la meditación, y destinada a apoyar adultos en la fase terminal de una enfermedad. Se encontraron cinco estudios.

En total, los estudios incluyeron 1130 participantes. Dos estudios evaluaron la meditación. Tres evaluaron el trabajo de un equipo de cuidados paliativos que involucro a médicos, enfermeras y capellanes.⁶

Los estudios comparaban aquellos que recibían la intervención con aquellos que no la recibían. Los estudios evaluaron las intervenciones de varias maneras, incluyendo si ayudaron en modo alguno a la calidad de vida de una persona.⁶

Hubo evidencia no concluyente que la meditación y los equipos de cuidado paliativo que implican un capellán o la ayuda de un consejero espiritual ayuda a los pacientes a sentirse emocionalmente apoyados. Los hallazgos de la revisión son limitados. Esto se debe a que ninguno de los estudios midió si la intervención ayudo a la persona a hacer frente al proceso de la enfermedad, y también no está claro si todos los participantes que recibieron intervenciones de cuidado paliativo se les ofreció el apoyo de un capellán.⁶

Se realizaron todos los estudios en un país, por lo que es difícil sacar conclusiones sobre la pertinencia de la intervención para otros lugares. No se conocen conflictos de interés.

E-mail de correspondencia de los autores del artículo original:
rheyne_21@hotmail.com

Palabras clave: Intervenciones espirituales, religiosas, fase terminal

2.2. Comentario Crítico: Para realizar la crítica a la revisión sistemática que se presenta, se empleó la lista QUORUM ⁵, esta lista considera apartados clave de la revisión para su crítica como: título, resumen, introducción, métodos, resultados, discusión, se presenta a continuación.

En relación al título, este identifica con precisión el tema principal del estudio, posee una estructura sencilla, está redactado en forma positiva además contiene los descriptores de la investigación, proporciona información sobre los sujetos de estudio, tiene un índice de Gunnig ⁷ de 4, lo que comprueba su sencillez para ser comprendido.

El resumen elaborado para la revisión motivo de crítica cuenta con los elementos exigido por la lista QUORUM. Además, se caracteriza por ser independiente, auto-explicativo, su extensión supera las 250 palabras y está compuesto por apartados como: objetivos, métodos de búsqueda, criterios de selección, recogida y análisis de datos, resultados principales, conclusiones y un resumen en términos sencillos. Permite tener una idea completa del estudio, es más ánim a realizar la revisión completa del trabajo. ⁵

Introducción En la revisión este apartado no existe como tal, sin embargo y de acuerdo a la Guía de practica de lectura crítica de artículos científicos originales en Ciencias de la Salud, los puntos que siguen a continuación del resumen corresponden al contenido de la introducción: se encuentran antecedentes, un acápite en el que se dan en forme breve aspectos teóricos

sobre la temática. Asimismo, se da la justificación e importancia de realizar la revisión sobre el tema, se hallan luego los objetivos de la investigación redactados en infinitivo, declaran la obtención de un resultado concreto y previsto. Este acápite permite despertar el interés del lector por conocer el resto de la investigación.

En relación a los métodos criticaremos aquí la búsqueda de información, la selección de los artículos, los criterios para la selección, las estrategias de validación empleadas y aquellas para procurar recuperar la información y extracción de esta.

La búsqueda se realizó a través de varias bases de datos entre ellas: Cochrane, MEDLINE, PSYCINFO, EMBASE, AMED, CINAHL, ATLA, ASSIA, Servicio Nacional de Investigación en Salud, etc. La búsqueda incluyó investigaciones desde los años 1949 hasta 2011. Además, se revisaron los libros de resúmenes de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos de 2007 a 2011 y se realizó búsqueda hacia adelante y hacia atrás sobre las citas de todos los estudios incluidos.

La selección se llevó a cabo considerando los siguientes criterios: Se incluyeron estudios que evaluaban los resultados del paciente para las intervenciones espirituales o religiosas. Por intervenciones espirituales o religiosas se consideran a aquellas que contienen al menos alguna referencia a las creencias y / o experiencias en un ámbito que trasciende el mundo material y / o las experiencias diarias (King 2009). Por otra parte, nos referimos a las creencias y / o experiencias que van más allá de la "búsqueda de sentido" universal que es una parte de toda psicoterapia y, a menudo se refiere a valores como la vida familiar, las relaciones y el trabajo.

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios, también estudios cuasi aleatorios, estudios de control antes y después y estudios de series de tiempo interrumpido. Como podemos apreciar se ha procurado reunir toda la

información disponible y en este sentido parecería esto una ventaja, pero este detalle contribuye a heterogeneidad la investigación. Otra desventaja la constituye el hecho de que a pesar de ser un tema controvertido hasta cierto punto y necesario, la temática es subjetiva, y no existe una diferenciación clara entre lo que es espiritualidad y religiosidad, lo que ha permitido que muchas de las investigaciones tengan algún tipo de sesgo cabe destacar también que datos en relación al contexto se ha obviado lo que pudo resultar relevante para los resultados de las investigaciones.

Se incluyeron los estudios en cualquier idioma. Los sujetos que participaban en los estudios fueron hombres o mujeres entre 16 años y más que estaban en la fase terminal de una enfermedad y que tenían un tratamiento de por vida por tener una enfermedad que amenaza su vida con mal pronóstico; pues se asume que esta es una etapa que confronta al individuo y en donde por lo general una persona requiere de sostén y apoyo en la dimensión espiritual y religiosa.

La validación en todos los casos se dio a través de la revisión de los artículos de forma individual y encargada a uno de los integrantes del equipo de revisores, cualquier diferencia de opinión se resolvió por consenso, si la solución no era posible, se intentó establecer contacto con los autores para clarificación. Dos revisores examinaron de forma independiente las citas de los estudios de acuerdo con los criterios de inclusión definidos. A raíz de la detección, dos revisores de forma independiente evaluaron el texto completo de las citas elegibles para su inclusión. Se documentó la justificación de la exclusión de estudios en esta etapa. En este sentido los revisores agotaron los medios para tener certeza en relación a los resultados y poder brindar una conclusión que contribuyera a resolver la problemática planteada.

La Extracción de los datos se realizó a través de un revisor que extrajo los datos y otro después comprobó esto. Los otros revisores fueron consultados acerca de las discrepancias y esto se resolvió por consenso. Se diseñó un documento para la extracción de datos para esta revisión, pero no se hace mención de las características de este ni que indicadores contenla para su fin. En la opinión de

la revisora conocer detalles sobre el instrumento permitiría recomendarlo para futuras investigaciones y sobre todo conocer los criterios bajo los cuales se seleccionó la información.

Se procuró obtener la siguiente información, aunque como ya se mencionó no todos los estudios la tenían: tipo de diseño del estudio, el número de participantes elegibles, número asignado al azar / reclutado y razones por las que los participantes no estaban incluidos en el ensayo, el número de participantes evaluados durante el seguimiento (s) y el tiempo de seguimiento de los puntos de tiempo, características de los participantes, como la edad, el sexo, enfermedad terminal, co-morbilidad y la práctica espiritual o religiosa y creencias, diseño del ensayo en términos de enmascaramiento, ya sea en paralelo o cruzado, características del cálculo del tamaño de la asignación al azar y de la muestra, tipo de intervención espiritual o religiosa, incluyendo la práctica y el sistema de creencias, quien la dio, la duración y la forma de entrega, intervención de comparación incluyendo el contenido, duración y modo y si las prácticas espirituales o religiosas adicionales, tales como la capellanía del hospital, estaban disponibles y si es así su comienzo, los resultados en todos los puntos incluyendo la forma en que fueron medidos y las medias o puntuaciones categóricas de los resultados principales y otros.

Cuando faltaba información, se intentó establecer contacto con los autores del ensayo o patrocinadores de los ensayos. Un revisor introdujo los datos extraídos en RevMan 5 (RevMan 2011), se trata del software utilizado para la preparación y mantenimiento de las revisiones Cochrane. Este software se puede usar para protocolos y revisiones completas. Es muy útil cuando se ha formulado una revisión, y le permite preparar el texto, construye las tablas que muestran las características de los estudios y las comparaciones de la revisión, y agregar los datos del estudio. Gracias a este software se pueden presentar los resultados de forma gráfica.

Los otros revisores fueron consultados acerca de las discrepancias y estas fueron resueltas por consenso.

Un punto clave para la validez de la revisión que es tomado por las revisiones realizadas por el grupo Cochrane es la evaluación de riesgo de sesgo ¹⁰, esta evaluación se ha dado por la controversia que existe sobre cuál es la mejor forma de reflejar la calidad metodológica de los estudios. Frente a las clásicas escalas 0 modificaciones de estas que contemplan la valoración de elementos metodológicos individuales, la Colaboración Cochrane aboga, y así lo hace desde hace unos años, por evitar hablar del término calidad y prefiere que se considere este paso de la revisión, como evaluación del riesgo de sesgo¹⁰ en los estudios incluidos. La herramienta recomendada por la Colaboración para evaluar el riesgo de sesgo no es una escala, ni una lista de verificación, es una valoración basada en diferentes dominios. Cada dominio se representa, con un ítem específico, donde se da la descripción de lo que sucedió en el estudio y la asignación de una valoración con relación al riesgo de sesgo para ese ítem, con tres posibles valores: Bajo riesgo de sesgo, 'Alto riesgo' de sesgo o 'Riesgo poco claro' de sesgo. Se consideraron: sesgo de selección ¹¹: es un sesgo estadístico en el que hay un error en la elección de los individuos o grupos a participar en un estudio científico. A veces se le conoce como efecto de selección. El término sesgo de selección se refiere más a menudo a la distorsión de un análisis estadístico, que ocurre como resultado del método de recolección de muestras. Si el sesgo de selección no se tiene en cuenta, todas las conclusiones que salgan de esta pueden estar mal. La muestra no representa la población de estudio. Es frecuente en los estudios de casos y controles, sobre todo en la selección de controles. Solo se puede prevenir en la fase de diseño del estudio. El sesgo de selección es un error sistemático con un sentido definido y predecible, ya que no depende del azar, sino de una causa definida. Su presencia provoca falta de validez/exactitud interna del estudio, por lo que sus conclusiones son erróneas; el sesgo de realización ¹²: está relacionado con el cegamiento de los participantes y personal es decir con el conocimiento de los participantes del estudio de las intervenciones que ellos realizan; sesgo de detección¹⁴ : Su ocurrencia se explica por la introducción de metodologías diagnósticas diferentes a las inicialmente utilizadas al comienzo de un estudio; sesgo de deserción: El sesgo de detección se produce cuando es más probable

que se observe para un conjunto particular de sujetos de estudio, un fenómeno o característica. Evaluados los sesgos los estudios se subdividieron en tres categorías de tal manera que se asegure la calidad de la revisión: Bajo riesgo: todos los criterios de calidad conocidos; riesgo moderado: uno o más criterios de calidad se cumplieron solo parcialmente, alto riesgo si uno o más criterios no se cumplieron.

En relación a los resultados consideran la identificación de 3.868 citas de las cuales se identificaron 13 estudios que eran potencialmente relevantes. Finalmente se seleccionaron 5 estudios ECA elegibles coincidentes con los criterios de inclusión (Brumley 2007; Downey 2009; Gade 2008; Rabow 2004; Williams 2005). Los cinco estudios incluyeron 1130 participantes. Los cinco fueron realizados en diversas poblaciones de America del Norte; ninguno de los estudios proporciono detalles sobre la religión de los participantes y las creencias espirituales. Todos los investigadores afirmaron que una razón para llevar a cabo la investigación fue que alguna investigación anterior sugería que la intervención podía ser beneficiosa; ninguno dio otras razones, como la base teórica de sus componentes.

En tres estudios, los participantes recibieron, ya sea como atención habitual o como parte de la intervención evaluada, los cuidados paliativos (Brumley 2007; Downey 2009; Rabow 2004); en un estudio los participantes tenían una enfermedad avanzada (Williams 2005) y en otro que fueron hospitalizados con una enfermedad terminal (Gade 2008). Cuatro estudios incluyeron pacientes con cáncer, así como pacientes con otros diagnósticos (Brumley 2007; Downey 2009; Gade 2008; Rabow 2004). En cuanto al pronóstico, los participantes tuvieron:

- cáncer, enfermedad cardíaca o pulmonar, con un pronóstico de aproximadamente un año o menos para vivir (Brumley 2007);
- SIDA o el cáncer con un pronóstico de supervivencia de hasta seis meses (Downey 2009);

- Cáncer, enfermedad cardíaca o pulmonar, enfermedad renal en etapa terminal, la insuficiencia de algún órgano, accidente cerebrovascular 0 demencia y aquellos en los que el medico indico que "no se sorprendería si el paciente fallecía dentro de un ano "(Gade 2008);
- El cáncer, enfermedad cardíaca o pulmonar, con una esperanza de vida de uno a cinco años (Rabow 2004);
- El VIH-i que era 0 SIDA en etapa terminal o tenía una comorbilidad que era la etapa tardía (Williams 2005).

Cuando se informó, la edad media de participantes por prueba o grupo de ensayo, esta oscilo entre 42 y 74 años. Los escenarios de los estudios variaron. En dos estudios las intervenciones fueron proporcionadas en su mayoría en la casa del paciente (Brumley 2007; Downey 2009) mientras que el resto fue proporcionado en una clínica ambulatoria de medicina general (Rabow 2004), otra en un centro de enfermería dedicada a la hospitalización (Williams 2005) y otra en un hospital general (Gade 2008). (Gade 2008). Los estudios variaron en el contenido de la intervención y la duración. Dos eran de la meditación proporcionado por un instructor calificado (Downey 2009; Williams 2005). En un estudio, el paciente se reunía con el instructor de meditación hasta' dos veces por semana y esto continuo hasta que el paciente moría 0 pedía su retiro voluntario (Downey 2009). En el otro estudio el paciente se reunió con el instructor una vez por 90 minutos en un grupo de clase introductoria sobre los principios de Metta meditación (Williams 2005). Los participantes fueron instruidos para seguir el ejercicio de meditación enseñado en esta clase al menos diariamente durante cuatro semanas.

Los otros tres estudios trataron sobre intervenciones del equipo de cuidados multidisciplinarios paliativos que involucraban el apoyo de un capellán 0 un consejero espiritual (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004).

Otros miembros del equipo incluyeron médicos, enfermeras y asistentes sociales, en un estudio, además un farmacéutico, psicólogo, arte terapeuta y voluntarios (Rabow 2004). Ninguno de los estudios multidisciplinarios

informo cuanto tiempo permanecían los pacientes en contacto con el capellán, 0 si todos los pacientes tenían acceso al capellán.

Un estudio proporciono la intervención hasta la muerte del paciente (Brumley 2007), otro para la duración de la estancia hospitalaria (Gade 2008) y otro por 12 meses (Williams 2005). Como se puede apreciar la falta de homogeneidad de los estudios se constituye en una desventaja para dar respuesta a la pregunta clínica formulada. Sin embargo, se pone en evidencia las debilidades en la formulación de estos estudios, y la necesidad de vulnerar los sesgos cuando se trata de la realización de ensayos para esta temática.

La Discusión pone énfasis en la calidad y los resultados sobre la evidencia acerca de las intervenciones espirituales y religiosas para adultos en la fase terminal de una enfermedad. Se declara la identificación de cinco ECA; todos se llevaron a cabo en las poblaciones de América del Norte cuyos participantes en su mayoría tenían un diagnóstico de cáncer, SIDA, enfermedad de los pulmones o el corazón. Dos tipos de intervenciones fueron evaluadas: la meditación y las intervenciones multidisciplinarias de cuidado paliativo las que ofrecían al paciente el apoyo pastoral de un capellán 0 de un consejero espiritual.

A pesar de que la revisión no pudo responder a la pregunta de si las intervenciones espirituales o las religiosas para adultos en la fase terminal de una enfermedad generan un impacto en los resultados del paciente. Es relevante la información que se ha recopilado pues nos da en primer lugar una idea del estado del arte de la temática investigada, como también que se podría constituir en motivo de investigaciones primarias puesto que son escasos los estudios al respecto. De igual forma las investigaciones elaboradas se constituyen en una ruta a seguir para mejorar las intervenciones y salvar los riesgos de sesgo encontrados.

No hubo evaluaciones sobre el impacto del afrontamiento a la enfermedad, lo que también sería motivo de investigaciones. Las diferencias en el análisis y la escasa información en los resultados impidieron la consideración de cualquier

análisis combinado. En los dos estudios de intervención sobre meditación de forma individual no hubo impacto significativo en la calidad de vida en general o el bienestar (Downey 2009; Williams 2005). Aunque en uno de estos estudios fue proporcionado la meditación con el masaje se encontró para mejorar la calidad de mediano plazo de la vida (Williams 2005). Para las intervenciones multidisciplinarias que involucraron a un capellán o un consejero espiritual, en ninguna de las evaluaciones sobre bienestar y calidad de vida hubo una diferencia significativa entre los grupos de ensayo (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). Aunque hubo una tendencia en un estudio con aquellos en el grupo de intervención que se sintieron más apoyados emocionalmente (Gade 2008). Sin embargo, la evidencia que se encontró para las intervenciones que implican un capellán y los de la meditación es débil (es decir, potencialmente sesgada), debido al número limitado de participantes y ensayos involucrados en el análisis. Además hubo variación en el componente de cada intervención y también para la comparación. Por ejemplo, las intervenciones multidisciplinarias diferían por profesión en términos de quien era parte del equipo y mientras que en cuatro ensayos comparados la atención fue habitual, una consistió en un control activo de visitas amigable.

La integridad global de las pruebas presentadas en esta revisión está limitada por el número de estudios que se han realizado (muy pocos hasta el momento). No se identificaron estudios sobre intervenciones que incluyen la oración o el yoga. Por otra parte, mientras que se identificaron estudios de intervenciones que implican el cuidado pastoral de un líder religioso el impacto de este tipo de atención puede haber sido limitado, ya que no está claro en los estudios cuanto apoyo fue proporcionado por los capellanes a cada paciente en los ensayos. La generalización de los hallazgos es también limitada. Ninguno de los estudios proporciono detalles sobre las creencias religiosas o espirituales de los pacientes.

Las intervenciones se evaluaron en un solo contexto cultural, los Estados Unidos, donde las afiliaciones y prácticas religiosas difieren

considerablemente de otros países. Esta diferencia puede influir en la relación entre la espiritualidad y el bienestar.

Entre las dificultades a las que se enfrentó el estudio tenemos: En primer lugar, existen retos en la definición de la espiritualidad, que se reflejan en la gran cantidad de términos que usaran en la estrategia de búsqueda. Esto ha podido influir en el sentido que pueden no haber sido suficientes las ecuaciones de búsqueda de información para capturar todas las intervenciones relevantes. Sena importante considerar que este tipo de intervenciones es multidisciplinar inclusive si hay algún profesional como psicólogos que coordinen la investigación, en ese sentido cabe mencionar que no se han incluido para la presente revisión intervenciones psicoterapéuticas que si tienen o deberían tener impacto sobre bienestar espiritual, como la terapia de Dignidad (Chochinov 2005) y la terapia expresiva de apoyo (Classen 2001).

No hay consenso sobre la naturaleza exacta de las necesidades espirituales y religiosas y como pueden variar entre los individuos durante el proceso de la enfermedad. Por lo tanto, no todas las intervenciones evaluadas aquí pudieron ser apropiadas para todos los participantes potenciales. Hay también desafíos en la definición de la fase terminal de una enfermedad.

En la selección de resultados primarios sobre la base de lo que podría ser más sensibles a los efectos potenciales de la intervención, no todos los resultados primarios se midieron en los estudios; Por ejemplo, ninguno de los estudios midió el afrontamiento frente a la enfermedad y en el estudio Brumley 2007 ni el bienestar ni la calidad de vida se evaluaron. También hay otras limitaciones a nuestras conclusiones. Los resultados de los estudios estaban en un alto riesgo de sesgo debido a la sub declaración de puntos clave en la metodología. Ninguno de los estudios informo plenamente su proceso de asignación al azar. Hubo también un alto riesgo de sesgo de reclutamiento en un estudio, ya que más del 50% de los elegibles se negó a participar (Rabow 2004).

2.3 Importancia de los resultados: Los resultados permiten conocer el vacío en investigación primaria que existe en esta temática, sobre todo para realizar

investigaciones bajo el diseño cuasi-experimental o experimental, puesto que si existen estudios de índole cualitativo sobre todo del ámbito de enfermería.⁵

Permite también en función a los estudios recopilados detectar los sesgos y mejorar los diseños para futuras investigaciones. Así como conocer que intervenciones si se han puesto en práctica y cuales no para iniciar nuevas investigaciones.

2.4. Nivel de evidencia. Según la Canadian Task Force on Preventive Health Care el nivel de evidencia es II. 3 y el grado de recomendación es C esto quiere decir que existen insuficientes evidencias para considerar los resultados y debería hacerse a partir de otros criterios. O que existen evidencias obtenidas mediante estudios comparativos de tiempo 0 lugar, con 0 sin intervención. O existen algunos estudios controlados, pero con resultados espectaculares.

2.5. Respuesta a la pregunta: A pesar que en la revisión se concluye que no se puede dar respuesta a la pregunta formulada, existe alguna evidencia aunque no contundente sobre su eficacia, que sugiere entre las intervenciones para la dimensión espiritual y religiosa: la consejería de un pastor o líder religioso, la meditación, las visitas de amistades, la investigadora cree en ese sentido no se deben dejar de realizar puesto que hay alguna evidencia del bienestar que generan. Se sugiere realizar investigaciones que exploren la eficacia, considerando los sesgos que se encontraron en las investigaciones de la presente revisión.

2.6. Recomendaciones

Hemos encontrado pruebas poco concluyentes de que las intervenciones con componentes espirituales o religiosas para adultos en la fase terminal de una enfermedad pueden o no mejorar el bienestar. Se sugiere realizar investigaciones que exploren la eficacia, consideran

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonilla Merizalde. El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematologic del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito Enero - Diciembre. Tesis. Disponible en <http://enfermeriaiw.com/wp-content/uploads/2012/10/bonilla-Afrontar-la-muerte-hospital.pdf>.
Consultada el 10 de enero 2015 a horas
2. SECPAL. Cuidados Paliativos. Disponible en: <http://www.auxiliar-enfermeria.com/auxiliarpaliativos.htm>.
Consultado el: 27/04/2014 A LAS 8:28 AM
3. Alarcón Soca. Necesidades espirituales de los pacientes terminales del servicio de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2009. Tesis. Disponible en :
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/522/1/alarconsi.pdf>.
Consultado el: 27/04/2014 A LAS 8:40 AM
4. Wikipedia. Calidad de vida. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wdM/Calidaddevida>.
Consultado el: 27/04/2014 A LAS 10:28 AM
5. Galvez Toro A. Enfermería Basada en la Evidencia. 2ed. España: Fundación Index; 2007
6. Gunning Fox. Disponible en <http://gunning-fog-index.com/>.
Consultado el: 18/06/2014 A LAS 9:05 AM
7. Caren Camargo Do Espírito Santo, Antonio Marcos Tosoli Gómes, Denize Cristina De Oliveira, Ana Paula Munhen De Pontes, Érick Igor Dos Santos, Camila Perroni Marouço Da Costa. Diálogos entre espiritualidad e enfermagem: Uma revisão integrativa da literatura. COGITARE ENFERM. 2013

8. Penha Ramon Moraes. La expresión de la dimensión espiritual en el cuidado de enfermería en la unidad de terapia intensiva. Maestría de la Escuela de enfermería Universidad de Sao Paulo. 2008
9. Luciana Winterkorn Dezorzi, Maria da Graça Oliveira Crossetti. La espiritualidad en el cuidado de si para profesionales de enfermería en Terapia intensiva. Maestría en Enfermería, Enfermera del Centro de Tratamiento Intensivo, del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.2008
10. Claudia P. Guevara Armenta, Sandra M. Mesa Rodríguez. Significado del Cuidado Espiritual en el Profesional de Enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias. Bogotá- Colombia 2012
11. Perla María Ramírez Pérez, Gustavo Conde Corona, Carolina Manrique Nava, Oswaldo Javier Ramírez Alanís, Erika Acosta Becerril, Jessica Celeste Ramos Flores. Trato del personal de enfermería al paciente en estado crítico desde un enfoque humanista México. 2012
12. Sílvia Caldeira; Zita Castelo Branco; Margarida Vieira. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem:revisão da divulgação científica em Portugal. Portugal. 2013
13. Matea Abril Higuero. Percepción y experiencia enfermera sobre atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica Barcelona maestría de la Universidad Internacional de Catalunya- España 2013
14. Guía de práctica de lectura crítica de artículos científicos originales en Ciencias de la Salud. Disponible en:

<http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiapracticadelectura.pdf>.

Consultado el: 18/06/2014 A LAS 11s 14 AM

15. Cochrane. Manual Cochrane para revisiones sistemáticas. 2011.

Disponible en:

<http://www.cochrane.es/files/handbookcast/ManualCochrane510.pdf>

Consultado el: 18/06/2014 A LAS 03:08 P.M.

16. Primium Non cere. Riesgo de sesgo. Disponible en:

<https://rafabravo.wordpress.com/2014/Q3/06/riesgo-dc-sesgo/>. Consultado

el: Consultado el: 18/06/2014 A LAS 10:22AM

17. Wikipedia. Sesgo de selección. Disponible en:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Sesgodeseleccion>. Consultado el

18/06/2014 A LAS 12:14 AM

18. Primium Non cere. Riesgo de sesgo. Disponible en:

<https://rafabravo.wordpress.com/2014/03/06/riesgo-de-sesgo/>.

Consultado el 19/06/2014 A LAS 08:35 AM

19. EPI-CENTRO. Los sesgos más frecuentes. Disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insIntrod4.htm>

Consultado el: 12/05/2014 A LAS 09:30 AM

20. Wikipedia. Sesgo de detección. Disponible en:

<http://en.wikipedia.org/wiki/Bias%28statistics%29>.

Consultado el: 12/05/2014 A LAS 10:20 AM

ANEXOS

Anexo N° 1

Cuadro de Descripción del Problema		
1	Contexto-Lugar	Hospital Regional de Lambayeque
2	Personal de Salud	Licenciados en Enfermería
3	Paciente	Adultos en etapa terminal
4	Problema	Adultos en etapa terminal que reciben cuidados o intervenciones centradas en las necesidades fisiológicas por parte del equipo de salud.
4.1	Evidencias internas: Justificación de práctica habitual	Cuidados de enfermería con énfasis en la dimensión biológica. El personal profesional de enfermería no considera plenamente en su práctica la dimensión espiritual para dar un cuidado oportuno. En ocasiones solo rezan y llaman al sacerdote para dar la unción de los enfermos.
4.2	Evidencias internas: Justificación de un cambio de práctica	Cuidados de enfermería dirigidos a salvaguardar la dimensión espiritual de los pacientes críticos hospitalizados en las UCI's
5	Motivación del problema	Con respecto a la valoración espiritual, ésta no incluye las costumbres religiosas de la persona bajo cuidado de la

		<p>enfermera, puesto que cuando se atienden éstas, se solicita la presencia del sacerdote, sin haber preguntado el credo religioso. Se observa que la enfermera ante el sufrimiento de los familiares de la persona cuidada en etapa terminal, no adopta acciones que permitan aplicar el proceso de atención de enfermería en el familiar.</p>
--	--	---

Anexo N°02

Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 01		
Título de la investigación a validar: DIÁLOGOS ENTRE ESPIRITUALIDADE E ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA		
Metodología: REVISION INTEGRATIVA DE LITERATURA REALIZADA		
Año: 2013		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	La espiritualidad está asociada a la búsqueda de sentido en la vida cuando se está en un estado de dolor. Se destaca la importancia del desarrollo de la espiritualidad en el cuidado de enfermería.	El estudio si da respuesta a la pregunta de investigación.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Se concluye que la mayoría de las publicaciones de enfermería no se refieren, específicamente, a la espiritualidad, pero esta tem	Resuelve el problema parcialmente
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si es aplicable para la resolución del problema planteado.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En la investigación no menciona ningún tipo de maleficencia hacia la persona de estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?		Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 02		
Título de la investigación a validar: DIÁLOGOS ENTRE ESPIRITUALIDADE E ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA		
Metodología: Estudio descriptivo- exploratorio		
Año: 2008		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Este estudio tuvo como resultado la influencia del significado religioso en el acceso a la dimensión espiritual de los pacientes, además se mostró que el mecanismo cotidiano y las relaciones verbales pueden influir negativamente en la identificación de las necesidades espirituales de los pacientes.	El estudio si da respuesta a la pregunta de investigación.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	El estudio permite concluir que la teoría del cuidado transpersonal asociada a los presupuestos de la comunicación no verbal aparenta ser un importante vehículo orientador para la práctica espiritual en enfermería.	Resuelve el problema parcialmente
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si es aplicable para la resolución del problema planteado.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En la investigación no menciona ningún tipo de maleficencia hacia la persona de estudio.	Si
¿Son validos los resultados y los hallazgos?	El análisis del contenido y la observación de señales no verbalicos utilizados para el análisis de los discursos.dolóes fueron los referenciales met	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 03		
Título de la investigación a validar: LA ESPIRITUALIDAD EN EL CUIDADO DE SI PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA		
Metodología: Investigación de tipo Cualitativo		
Año: 2008		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Este artículo presenta uno de los temas que surgieron en la investigación: la espiritualidad en el cuidado de sí mismo, la que fue evidenciada en las prácticas cotidianas que acontecían por medio de la oración, del contacto íntimo con la naturaleza, así como en el sentimiento de conexión con una Fuerza Superior que propiciaba tranquilidad, bienestar y fortalecía la vida y el trabajo de las enfermeras en la UCI. El auto conocimiento se reveló como una práctica esencial en el cuidado de sí mismo que contribuía para mejor cuidar de otros	El estudio si da respuesta a la pregunta de investigación.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	En los conceptos y en las implicaciones para la práctica de enfermería, el estudio sugiere la inclusión del auto conocimiento en los procesos de educación permanente, una vez que fue considerado imprescindible para que la espiritualidad envuelva el cuidado de sí. El auto conocimiento promueve la transformación del ser que cuida, ampliando su conciencia y reintegrándolo consigo mismo. El cuidado holístico solamente es posible cuando la cuidadora está conciente de sí misma y cuando su “self” está integrado y	Resuelve el problema parcialmente

	armonioso. Para ser capaces de cuidar de la espiritualidad de sus pacientes, las cuidadoras de enfermería necesitan cuidar de ellas mismas a través de la continua busca por armonía e integridad	
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si es aplicable para la resolución del problema planteado.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En la investigación no menciona ningún tipo de maleficencia hacia la persona de estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	En esta investigación se escogió el abordaje del Método Creativo y Sensible (MCS), una vez que este valoriza la creatividad y la sensibilidad humana como elementos esenciales en la producción de la investigación, así como contempla la participación activa de todos los participantes.	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 04		
Título de la investigación a validar: SIGNIFICADO DEL CUIDADO ESPIRITUAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE SE DESEMPEÑA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS		
Metodología: Investigación de tipo cualitativo con metodología descriptiva-interpretativa		
Año: 2012		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	En esta investigación las categorías identificadas hacen referencia al cuidado espiritual brindado por el profesional de enfermería, soportado por un referente teórico, científico y humanístico, en donde se destaca la integralidad del ser humano representada en los valores, principios y creencias que les son propicios al paciente, la familia y el profesional de enfermería.	El estudio si da respuesta a la pregunta de investigación.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	El cuidado espiritual fortalece el ejercicio profesional por medio del establecimiento de relaciones terapéuticas que enriquecen la integralidad de la persona, haciendo visible el liderazgo de la disciplina profesional de enfermería.	Resuelve el problema parcialmente
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si es aplicable para la resolución del problema planteado.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En la investigación no menciona ningún tipo de maleficencia hacia la persona de estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	En esta investigación se utilizó un diseño de tipo cualitativo con metodología descriptiva-interpretativa.	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio		

Anexo N° 3

Intervenciones espirituales y religiosas para el bienestar de los adultos en la fase terminal de la enfermedad

Bridget Candy 1, Louise Jonesi, Mira Varagunam 1 , Peter Speck 2, Adrian Tookman 1, Michael King 3

- Marie Curie Palliative Care Research Unit, UCL Mental Health Sciences Unit, University College Medical School, London, UK.
- Cicely Saunders Institute, King's College London, London, UK. 3UCL Mental Health Sciences, University College Medical School, London, UK

Contact address: BridgetCandy,MarieCurie
PalliativeCare
ResearchUnit,UCLMentalHealth
SciencesUnit,UniversityCollegeMedic
al
School, Charles Bell House, 67 - 73 Riding House Street, London, W1W 7EJ, UK.
b.candy@ucl.ac.uk, bridget@metaclarity.com.

Editorial group: Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group.

Publication status and date: New, published in Issue 5, 2012. Review content assessed as up-to-date: 4 April 2012.

Citation: Candy B, Jones L, Varagunam M, Speck P, Tookman A, King M. Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD007544. DOI:[io.1002/i465i858.CD007544.pub2](https://doi.org/10.1002/i465i858.CD007544.pub2).

Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Así como la enfermedad terminal progresa, la salud se deteriora y el final de la vida se acerca, la gente puede preguntarse ¿Por qué esta enfermedad? ¿Por qué a mi? ¿Por qué ahora?

"Estas preguntas pueden invocar, reavivar o intensificar las preocupaciones espirituales o religiosas. Aunque los procesos por los cuales estas asociaciones se producen, son poco conocidos, hay una cierta evidencia en investigación para las asociaciones principalmente positivas entre la conciencia espiritual y religiosa y el bienestar, como la salud emocional.

Objetivos

Esta revisión tuvo como objetivo describir las intervenciones espirituales y religiosas de adultos en la fase terminal de una enfermedad y evaluar su eficacia en el bienestar.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en 14 bases de datos a noviembre de 2011, incluyendo el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados y MEDLINE.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) si involucraban la participación de adultos en la fase terminal de una enfermedad y si evaluaban los resultados de una intervención que tenía un componente espiritual o religioso. Los resultados primarios fueron bienestar, afrontamiento de la enfermedad y calidad de vida.

Recogida y análisis de datos

De acuerdo con los criterios de inclusión, dos revisores analizaron de forma independiente las citas. Un revisor extrajo los datos que luego fueron verificados por otro autor de la revisión. Se consideró la meta-análisis para estudios con características comparables.

Resultados principales

Se incluyeron cinco ECA (1130 participantes). Dos estudios evaluaron la meditación, los otros evaluaron Intervenciones multidisciplinares de cuidados paliativos que involucraron a un capellán o consejero espiritual como miembro del equipo de intervención. Los estudios que evalúan la meditación no encontraron diferencias significativas en general entre los que recibieron la meditación o la atención habitual de calidad de vida o bienestar. Sin embargo, cuando la meditación se combinó con masaje al mediano plazo amortiguaba la reducción de la calidad de vida. En los estudios de intervención de cuidados paliativos no hubo diferencia significativa entre la calidad de vida o bienestar entre los grupos que participaron en el ensayo. El afrontamiento a la enfermedad no se evaluó en los estudios. La calidad de los estudios fue limitado por subregistro de las características del diseño.

Conclusiones de los autores

Hemos encontrado pruebas poco concluyentes de que las intervenciones con componentes espirituales o religiosas para adultos en la fase terminal de una enfermedad pueden o no mejorar el bienestar. Estas intervenciones son sub evaluadas. Se llevaron a cabo cinco estudios identificados en el mismo país, y en las intervenciones de cuidados paliativos multidisciplinares no está claro si todos los participantes recibieron el apoyo de un capellán o un consejero espiritual. Por otra parte, no está claro en todos los estudios si los participantes en los grupos de comparación recibieron apoyo espiritual o religioso, o ambos, como parte de la atención de rutina o de otra procedencia. La escasez de investigativo de calidad indica la necesidad de estudios más rigurosos.

RESUMEN EN TERMINOS SENCILLOS

Intervenciones espirituales y religiosas de adultos en la última etapa de una enfermedad

Estar enfermo y cerca del final de la vida puede plantear preguntas como ¿Por qué yo? ¿Por qué ahora? La experiencia puede iniciar o aumentar los pensamientos de

naturaleza espiritual o religiosa. Algunas investigaciones han encontrado que tener conciencia espiritual o religioso, o ambos, puede ayudar a una persona hacer frente a la enfermedad y la muerte. Nuestra revisión fue realizada a través de búsquedas de estudios que fueran ensayos controlados aleatorios. Solo incluimos estudios si evaluaban una intervención que implicó un aspecto espiritual o religioso, como la oración y la meditación, y destinada a apoyar adultos en la fase terminal de una enfermedad. Se encontraron cinco estudios. En total, los estudios incluyeron 1130 participantes. Dos estudios evaluaron la meditación. Tres evaluaron el trabajo de un equipo de cuidados paliativos que involucro a médicos, enfermeras y capellanes. Los estudios comparaban aquellos que recibían la intervención con aquellos que no la recibían. Los estudios evaluaron las intervenciones de varias maneras, incluyendo si ayudaron en modo alguno a la calidad de vida de una persona.

Hubo evidencia no concluyente que la meditación y los equipos de cuidado paliativo que implican un capellán o la ayuda de un consejero espiritual ayudan a los pacientes a sentirse emocionalmente apoyados. Los hallazgos de la revisión son limitados. Esto se debe a que ninguno de los estudios midió si la intervención ayudo a la persona a hacer frente al proceso de la enfermedad, y también no está claro si todos los participantes que recibieron intervenciones de cuidado paliativo se les ofreció el apoyo de un capellán. Se realizaron todos los estudios en un país, por lo que es difícil sacar conclusiones sobre la pertinencia de la intervención para otros lugares.

ANTECEDENTES

La religión es un sistema organizado de creencias, practicas, rituales y símbolos que pueden ser diseñados para (a) facilitar el acercamiento a un ser sagrado o trascendente (Dios, el poder más alto o verdad última / realidad) y (b) fomentar una comprensión de la relación de uno y la responsabilidad hacia los demás en la convivencia en una comunidad (Koenig 2001; Larson 1998). La participación en actividades religiosas puede incluir beneficios personales en términos de promover su bienestar social, cultural, los intereses económicos y políticos. Religión y espiritualidad se consideraban como idénticas hasta tiempos recientes (Hill 2000). El advenimiento del siglo 20 vio una distinción gradual entre la religión como las prácticas y creencias

acerca de lo sagrado o divino, y la espiritualidad, que en contraste se define con menos claridad.

El uso más amplio del término "espiritual" puede referirse a las preocupaciones no religiosas que involucran la experiencia existencial y emocional. Mientras que la espiritualidad y religión puedan ser diferenciadas, ellas están, no obstante, interrelacionadas.

7

La espiritualidad y la religiosidad pueden vincular lo personal a lo universal y ambos pueden incluir la búsqueda de la coherencia, el significado y el propósito en la vida humana. La religión es la práctica de las creencias espirituales, sino preocupaciones de índole espiritual, como la búsqueda del significado de la vida, que puede ocurrir en ausencia de cualquier afiliación o práctica religiosa (King 2006; Mota 1998).

Descripción de la condición

La experiencia de los problemas de salud, sobre todo cerca del final de la vida puede plantear preguntas tales como "¿Por qué? ¿Por qué yo? ¿Por qué ahora?" Invocar, reavivar o intensificar las preocupaciones espirituales o religiosas, o ambos. Aunque los procesos por los que se producen estas asociaciones son poco entendidos hay cierta evidencia en la investigación, principalmente de Estados Unidos y Poblaciones del Reino Unido, principalmente para las asociaciones positivas entre la conciencia espiritual y el bienestar religioso, como emocional y la salud mental (véase, por ejemplo Balboni 2007; Cardella 2004; Kendler 2003; Rey de 1999; Koenig 2001; Miller 2003; Walsh 2002). En ese momento la creencia espiritual o religiosa puede ayudar a una persona a hacer frente al facilitar con renovada esperanza y paz mental, una forma de llorar la muerte inminente, encontrar significado y propósito y adaptarse a los problemas de otra manera insolubles, como el efecto que su muerte tendrá en su amigos y familiares. También puede proteger contra la morbilidad psicológica y mejorar la calidad de vida (McClain 2003; Tarakeshwar 2006). Evidencia en investigación sobre esto, se refleja en la NICE orientación sobre la mejora de la atención de apoyo y paliativos para adultos con cáncer (NICE 2004) y el desarrollo

del Liverpool Care Pathway, que proporciona un marco para la transferencia de cuidado de un hospicio para un entorno de salud general (LCP) (Ellershaw 2003). Ambas iniciativas se basan en la mejor evidencia disponible y ambos recomiendan ofrecer servicios de apoyo espiritual.

Descripción de la intervención

A pesar de las políticas, directrices prácticas (como se refleja en NIZA 2004) y la investigación que sugieren ahora rutinariamente considerar las necesidades espirituales y religiosas como componentes esenciales, en contraposición a los servicios adicionales proporcionados por otros como la Capellanía, atención de salud en etapa terminal. También muchos médicos creen que la conciencia espiritual o religiosa tiene un efecto positivo sobre el bienestar de los pacientes en la fase terminal de una enfermedad (véase, por ejemplo Curlin 2007; Larimore 2002; Sloan 2000).

Además, una proporción significativa de pacientes valoran mucho la oportunidad de discutir problemas espirituales o religiosos con profesionales de la salud (MacLean 2003; McClain 2003; McCord 2004; Murray 2004; Sin embargo, más allá de la derivación a un capellán u otros representantes religiosos, las discusiones sobre las necesidades espirituales o religiosas entre el paciente y el profesional de la salud no siempre tienen lugar (Curlin 2007).

El reconocimiento de que los profesionales de la salud deberían ayudar y facilitar apoyo espiritual o religioso es relativamente reciente y los profesionales de la salud no están claros de cómo hacer esto (Lo 2002). Por ejemplo, expresar frustración, miedo, sentirse inútil o sentir que la vida no vale la pena no hacen pensar en la necesidad de apoyo espiritual o religioso? ¿Es necesario ofrecer al paciente servicios religiosos para orar, hablar con alguien acerca de asuntos espirituales, o tal vez estar cerca de personas que comparten el mismo sistema de creencias (Hampton 2007)? Los profesionales de la salud también pueden sentirse no calificados para juzgar. La falta de una adecuada capacitación en las principales denominaciones religiosas y necesidades espirituales y limitaciones de tiempo son las barreras entre los profesionales y profesionales de la salud por las que puede no estar claro dónde están los límites profesionales entre el profesional sanitario y el capellán (Walter 1997).

Los profesionales también pueden temer que tal discusión podría generar angustia, causar daño u ofender al paciente, como en aquellas personas que no tiene fe credo religioso- La discusión de cuestiones espirituales 0 religiosas pueden entrar en conflicto con puntos de vista de los profesionales sanitarios; algunos profesionales pueden ser ateos o pueden ser reacios a discutir temas de espiritualidad o religiosidad con los pacientes, 0 ambos. Sin embargo, esto requiere una cuidadosa consideración, ya que al igual que no podemos aprobar que el personal con un alto sentido de espiritualidad imponga su punto de vista sobre los pacientes, también somos sensibles a los peligros de la situación contraria. Sin embargo, todo el personal debe ser capaz de, al menos, escuchar las preocupaciones de cualquier naturaleza de los pacientes.

¿Por qué es importante realizar esta revisión?

Facilitar la conciencia espiritual y cualquier otra necesidad religiosa puede ser una intervención de mérito dentro de los servicios de salud. Hay algún ensayo aleatorio controlado emergente como evidencia (ECA) en un número de intervenciones que incluyen componentes espirituales o religiosos para los pacientes con enfermedad avanzada. Estos incluyen la meditación y las intervenciones que tienen como objetivo apoyar 0 facilitar la conciencia espiritual o religiosa a través de un grupo de apoyo. Sin embargo, la investigación en esta área sufre inevitablemente de una tensión en que el tipo de evaluaciones controladas puede ser inadecuado en un grupo de pacientes que tiene necesidades emocionales, mentales y físicos de alto grado, y para qui en las necesidades espirituales y / 0 religiosas también pueden ser proporcionados por desde fuera del entorno médico.

OBJETIVOS

Esta revisión sistemática permite:

1. Clasificar y describir las intervenciones espirituales y religiosos para los adultos en la fase terminal de una enfermedad;
2. Evaluar la eficacia de las intervenciones espirituales y religiosas para los adultos en la fase terminal de una enfermedad.

MTODOS

Criterios para la consideración de los estudios para esta revisión Tipos de Tipos de estudios

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA). Como habíamos anticipado pocos ECA, también se incluyeron estudios cuasi aleatorios, estudios de control antes y después, y los estudios de series de tiempo interrumpido.

Los estudios realizados en la Comunidad o en cualquier centro de salud fueron incluidos. Se incluyeron los estudios en cualquier idioma. Debido a esto fue tornado en nuestra discusión en relación a los estudios más relevantes lo pertinente a la cultura tradiciones e influencias que puedan afectar la articulación de lo religioso y el pensamiento y la necesidad espiritual.

Tipos de participantes

Los participantes fueron 16 y más años, de ambos sexos y:

1. Estaban en la fase terminal de un tratamiento de enfermedad crónica y progresiva enfermedad incluyendo, pero no limitado a los canceres. Nosotros definimos terminal como una esperanza de vida estimada de menos de un año; o
2. Tenían un tratamiento de por vida por una enfermedad que amenaza su vida con mal pronóstico, como insuficiencia cardíaca o demencia avanzada, y estaban recibiendo cuidados paliativos.

Los participantes pueden o no haber celebrado, o practicado, cualquier tipo de creencia religiosa o espiritual.

Tipos de intervenciones

Se incluyeron estudios que evaluaban los resultados del paciente para las intervenciones espirituales o religiosas. Por intervenciones espirituales o religiosas nos referimos a aquellos que contienen al menos alguna referencia a las creencias y / o experiencias en un ámbito que trasciende el mundo material y / o las experiencias diarias (King 2009). Por otra parte, nos referimos a las creencias y / o experiencias que van más allá de la "búsqueda de sentido" universal que es una parte de toda psicoterapia y, a menudo se refiere a valores como la vida familiar, las relaciones y el trabajo.

Las intervenciones elegibles pueden incluir aquellas del conjunto de creencias religiosas / espirituales que los pacientes traen con ellos. Sin embargo, las intervenciones no fueron determinadas por las creencias de los pacientes y se podía incluir cualquier forma espiritual o religiosa en particular, tales como la oración, la pastoral de un líder religioso, las intervenciones que implican discusiones de los asuntos espirituales o religiosos, conciencia ampliada o los descritos como las experiencias cotidianas trascendentes.

También se incluyeron yoga, pero las formas no puramente físicas, que se utilizan más a menudo como formas de ejercicio para aumentar el ejercicio y flexibilidad. Se incluyeron meditación sobre la base de que por lo general induce un modo de conciencia que va más allá de lo cotidiano e implica la auto- realización y / o significado (Feuerstein 2006).

También incluimos el cuidado pastoral de un capellán u otro religioso / representante espiritual. Aunque somos conscientes de que este tipo de servicios van más allá de las preocupaciones religiosas / espirituales mediante la inclusión, amistad y apoyo a las personas en sus preocupaciones cotidianas muy pocos son llamados intervenciones espirituales y no incluyen otros componentes. Por ejemplo, la oración contiene elementos psicológicos de la relajación y auto expresión; la terapia cognitivo-conductual modificada para tener en cuenta las creencias religiosas, evidentemente contiene muchos ingredientes psicológicos. Se incluyeron intervenciones que teman varios componentes donde las intervenciones espirituales o religiosas se especificaban como una de varios componentes.

No se incluyeron las intervenciones en materia de drogas recreativas, como cocaína y anfetaminas, cuya acciones similares a los neurotransmisores puede dar lugar a experiencias que se atribuyen a una causa espiritual (Hay 1987). No se consideraron las intervenciones donde el paciente no participe activamente, como un intercesor distante de oración, en la que el paciente no está implicado en el contacto cara a cara o en comunicación con el proveedor. La intervención tampoco incluyo intervenciones

de medicina alternativa y complementaria que evaluaran un resultado espiritual pero que no se describieron, por los desarrolladores de la intervención, como tener un componente espiritual o religioso. Tampoco incluimos estudios de intervenciones cuyos resultados medidos en relación con el bienestar espiritual, no cumplieran con nuestra definición de una intervención espiritual o religiosa.

La comparación principal incluyó la atención habitual y otros tipos intervenciones de apoyo que no tenían un componente espiritual explícito, tales como terapias complementarias como el masaje o formas de psicoterapia. En nuestra extracción de datos nos ocupamos de reunir todos los detalles disponibles de comparación de la atención.

Los tipos de comparación identificados en la atención se reflejaron en nuestro plan de análisis y en nuestras conclusiones posteriores.

Tipos de medidas de resultado

Se evaluaron los resultados primarios y secundarios a la luz de las características de la muestras de la población, incluyendo la cultura y la demografía, así como las características de la intervención, incluyendo como la intervención fue estructurada, quien la propuso, y si eran miembros de un grupo religioso o espiritual, profesional de la salud u otro tipo de persona. Hemos tomado nota de que la atención espiritual o religiosa también podría haber estado disponible para los del grupo de comparación.

Los resultados primarios

Las Intervenciones espirituales y religiosas pueden tener un impacto en los pacientes en una serie de aspectos importantes y por lo tanto se espera que la naturaleza de los resultados primarios pueda variar. Sin embargo, somos conscientes de tal amplitud puede complicar las conclusiones que podemos sacar. Las medidas de resultado primarias fueron el efecto de la intervención

Las medidas de resultado primarias fueron el efecto de la intervención en el bienestar (esto puede incluir el bienestar psicológico, trastorno mental común o la angustia de

la muerte), afrontamiento (definido para el efectos de esta revisión como la mejora de la capacidad de vivir con la efectos del proceso de la enfermedad) y calidad de vida. Tales resultados fueron capturados utilizando escalas validadas, tales como, en el caso de la depresión, la Escala de Hamilton para la depresión.

Los resultados secundarios

Los resultados secundarios incluyeron síntomas físicos como el dolor, cansancio, hipersomnia y disnea; uso de los servicios de salud, tales como ingreso en el hospital y la salida; la mortalidad y el lugar de la muerte, así como el bienestar espiritual y los resultados de los cuidadores informales. Tales resultados fueron capturados mediante escalas validadas que median, por ejemplo, la espiritualidad o la religión de la conciencia, los valores o la participación (Hill, 1999), o el uso de los servicios de salud.

Métodos de búsqueda para la identificación de los estudios búsquedas electrónicas

Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos.

- El registro Cochrane Central de Ensayos controlados (Central) numero 10, 2011
- MEDLINE 1950 a noviembre de 2011
- PSYCINFO 1806 a noviembre de 2011
- EMBASE 1980 a noviembre de 2011
- AMED 1985 a noviembre de 2011
- CINAHL 1981 a noviembre de 2011
- Servicio Nacional de Investigación en Salud Registro, búsqueda desde inicios (2000) hasta el cierre (septiembre de 2009)
- ATLA Religion Database 1949 a noviembre de 2011

- ASSIA: Applied Social Índice Ciencias y Resúmenes 1987 a noviembre de 2011
- Antropología Plus 1980 a noviembre de 2011
- Servicios Sociales Abstracts 1979 a noviembre de 2011
- Sociological Abstracts 1952 a noviembre de 2011

Las estrategias de búsqueda se detallan en el Apéndice 1.

Búsqueda de otros recursos

Se verificaron los libros de resúmenes de congresos de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos de 2007 a 2011. Se realizó búsqueda hacia adelante y hacia atrás sobre las citas de todos los estudios incluidos.

Recogida y análisis de datos

Selección de los estudios

Dos revisores (BC y LJ) examinaron de forma independiente las citas de los estudios de acuerdo con los criterios de inclusión definidos.

A raíz de la detección, dos revisores (BC y LJ) de forma independiente evaluaron el texto completo de las citas elegibles para su inclusión. Diferencias de opinión se resolvieron por consenso con autores revisores (MK, PS y AT). Si la solución no era posible, se intentó establecer contacto con los autores para clarificación. Documentamos la justificación de la exclusión de estudios en esta etapa.

Extracción de los datos

Un revisor extrajo los datos y otro (BC y LJ) después comprobó esto. Los otros revisores (PS, MK y AT) fueron consultados acerca de las discrepancias y resolvimos estos por consenso.

Diseñamos un documento para la extracción de datos para esta revisión. Donde fue posible, se obtuvo la siguiente información por cada estudio:

1. Tipo de diseño del estudio.
2. El número de participantes elegibles, número asignado al azar / reclutado y razones por las que los participantes no estaban incluidos en el ensayo.
3. El número de participantes evaluados durante el seguimiento (s) y el tiempo de seguimiento de los puntos de tiempo.
4. Características de los participantes, como la edad, el sexo, enfermedad terminal, co-morbilidad y la práctica espiritual o religiosa y creencias.
5. Diseño del ensayo en términos de enmascaramiento, ya sea en paralelo o cruzado, características del cálculo del tamaño de la asignación al azar y de la muestra.
6. Tipo de intervención espiritual o religiosa, incluyendo la práctica y el sistema de creencias, qui en la dio, la duración y la forma de entrega.
7. Intervención de Comparación incluyendo el contenido, duración y modo y si las practicas espirituales o religiosas adicionales, tales como la capellanía del hospital, estaban disponibles y si es así su comienzo.
8. Los resultados en todos los puntos incluyendo la forma en que fueron medidos y las medias o puntuaciones categóricas de los resultados principales y otros.

Cuando faltaba información, se intentó establecer contacto con los autores del ensayo o patrocinadores de los ensayos.

Un revisor (BC) introdujo los datos extraídos en RevMan 5 (RevMan 2011) y un segundo revisor verifico los datos; específicamente L J comprueba las entradas en la descripción del ensayo y MV verifico las entradas en los resultados del ensayo. Los otros revisores (MK y PS) fueron consultados acerca de las discrepancias y estas fueron resueltas por consenso.

Evaluación del riesgo de sesgo en los estudios incluidos

Dos revisores (BC y MT) evaluaron de forma independiente la calidad de los ECA incluidos de acuerdo con los criterios descritos en el Manual Cochrane para las Revisiones Sistemáticas de Intervenciones (Higgins 2011) y con el apoyo de Junio de

2001. Cuando las diferencias de opinión se resolvieron por consenso con el otro revisores (MK, PS y AT).

Se evaluaron cuatro fuentes principales de sesgo sistemático a través del "Herramienta para el Riesgo de sesgo" para cada estudio incluido:

- Sesgo de selección (sesgo en la contratación, la secuencia de asignación al azar, ocultamiento de la asignación);
- Sesgo de realización
- Sesgo de detección;
- Sesgo de deserción (la integridad del seguimiento, con menos de 10% de pérdida durante el seguimiento se define como adecuado).

Con base en este criterio, los estudios se subdividieron en las siguientes tres categorías:

- Todos los criterios de calidad conocidos: bajo riesgo de sesgo;
- Uno o más de los criterios de calidad se cumplieron solo parcialmente: riesgo moderado de sesgo; y
- Uno o más criterios no se cumplieron: alto riesgo de sesgo.

Medidas del efecto del tratamiento

Los estudios que miden el efecto del tratamiento usaron tanto los datos dicotómicos o una escala de calificación ordinal tal como, la del estado psicológico, la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) o el Inventario de Depresión Beck (BDI).

Datos dicotómicos

Cuando se informaron los datos dicotómicos, se extrajeron o generamos odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza del 95% (IC).

Datos continuos

Se evaluaron los efectos de medidas para datos ordinales como datos continuos. Generamos la diferencia de medias (DM) para datos ordinales cuando los datos se proporcionan como una media y desviación estándar (SD).

Manejo de los datos faltantes

Los estudios faltantes pueden resultar de una búsqueda inadecuada o por sesgo de publicación en que los documentos con resultados negativos tienen menos probabilidades de ser publicados. ¿Cómo nos topamos con la identificación de los estudios faltantes? se discute en la sección sobre la estrategia de búsqueda.

Un número significativo de perdida se esperaba que ocurriera para el seguimiento en los estudios en esta revisión, debido a la disminución de salud de los pacientes. Presentamos las tasas de deserción, por estudio, en las tablas de "Sesgo Riesgo". Esto incluye, en su caso, por los grupos de ensayos razones para el desgaste y si el estudio indico alguna re inclusión realizadas en el análisis.

Un ítem olvidado en común en los datos de resultado es la desviación estándar (SD) para el resultado continuo. Cuando no se informaron los datos, pero estaban disponibles se intentó establecer contacto con los autores del estudio.

Si el contacto con el autor no era posible, se planificó calcular o imputar utilizando los datos pertinentes, solo si una minoría de los estudios (para ser combinados en un meta-análisis) tenían un faltante SD (Higgins 2011). También se planificó probar dicha imputación a través de análisis de sensibilidad para evaluar su impacto en el análisis combinado.

No se excluyeron los estudios sobre la base de los datos que faltaban. En la sección de la discusión se aborda el impacto potencial de los datos que falta en las conclusiones de la revisión.

Evaluación de la heterogeneidad

Si el meta-análisis hubiera sido posible, habríamos evaluado la heterogeneidad estadística entre los estudios mediante la prueba de Chi 2 y I 2 estadística (un valor de

Chi 2 p menor de 0,05 indica heterogeneidad significativa y una estadística I2 mayor que 50% indica variabilidad sustancial en la estimación del efecto entre los estudios que se debe a la heterogeneidad). Si la heterogeneidad fue identificada emprendimos análisis de subgrupos para explorar la falta de homogeneidad.

Evaluación de los sesgos de notificación

Se planificó explorar el sesgo de publicación mediante el uso de gráficos de embudo. Nos dimos cuenta, sin embargo, que el sesgo de publicación es solo uno de una serie de posibles causas de la asimetría del gráfico en embudo.

Síntesis de los datos

Éramos conscientes de que era probable que frente a una gran variedad de tipos de Intervenciones y comparaciones de grupo, limitarían el número de estudios que podrían combinarse en un meta-análisis. Cuando los datos del estudio eran de suficiente calidad (un estudio cumplió con al menos uno de los cuatro criterios de calidad a priori) y eran lo suficientemente similares (en intervención, medida de resultado y el tipo de análisis) se planificó combinar los datos en un meta-análisis para proporcionar una estimación agrupada del efecto. Utilizamos un modelo de efectos fijos en primera instancia. Si no había heterogeneidad estadística, se utilizó el modelo de efecto random para comprobar la solidez del modelo de efectos fijos. Si se observó heterogeneidad estadística, se utilizó el modelo de efectos aleatorios a priori.

Análisis de subgrupos e investigación de la heterogeneidad

Para explorar la heterogeneidad clínica e investigar efectos de la modificación de los participantes y los tipos de tratamiento, se planeó, si hablan datos suficientes, llevar a cabo los siguientes subgrupos de análisis de:

Los participantes

1. Género - hombre o mujer

2. Por tipo de enfermedad, por ejemplo el cáncer, VIH o enfermedad cardiovascular
3. Edad
4. Por tipo de creencias espirituales (incluyendo anterior y actual)

Intervención

1. Tipo de espiritualidad o la intervención religiosa incluida si la intervención funciona de manera explícita con las creencias de los pacientes o es independiente de sus creencias.
2. Si el profesional que realiza la intervención es acreditado para proporcionar / apoyo espiritual o religioso
3. Si la espiritualidad es un componente de una intervención multifacética
4. Duración / intensidad

Análisis de sensibilidad

Se planifico realizar análisis de sensibilidad mediante la exclusión de:

1. Los estudios no publicados (si había alguno);
2. Los estudios con un mayor riesgo de sesgo;
3. Los estudios que utilizaron escalas que no fueron validados para medir efecto.

RESULTADOS

Descripción de los estudios

Ver: Características de los estudios incluidos; Características de los estudios excluidos.

Se identificaron 3.868 citas de nuestra búsqueda electrónica. De la proyección de títulos y los resúmenes se identificaron 13 estudios que eran potencialmente relevantes. El texto completo de recuperación de cinco ECA elegibles coincidentes con los criterios de inclusión (Brumley 2007; Downey 2009; Gade 2008; Rabow 2004; Williams 2005). No identificamos cuasi- ECA, estudios de control antes y después o estudios de series de tiempo interrumpido. Se excluyeron cinco de los ocho estudios después de leer el texto completo porque los participantes no estaban en la fase terminal de una enfermedad.

Se excluyeron los otros dos porque sus intervenciones no encajaban con los criterios seleccionados; uno que era acerca de una hierbal medicinal china y el otro porque la intervención era sobre si la actuación de un actor era tan eficaz como una persona que declaraba tener poderes curativos a través de la imposición de las manos. Ver tabla sobre las "Características de los estudios excluidos". Los otros estudios cumplían con los criterios de ser una intervención espiritual o religiosa y dos de los estudios trataban sobre meditación (Downey 2009; Williams 2005) tres eran programas de cuidado para el final de vida, que implicaban el trabajo de un capellán o consejero espiritual para las preocupaciones y el apoyo espiritual (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). Estos cinco estudios incluyeron 1130 participantes. Los cinco fueron realizados en diversas poblaciones de América del Norte; ninguno de los estudios proporcionado detalles sobre la religión de los participantes y las creencias espirituales. Todos los investigadores afirmaron que una razón para llevar a cabo la investigación fue que alguna investigación anterior sugería que la intervención podía ser beneficiosa; ninguno dio otras razones, como la base teórica de sus componentes.

Los participantes

En tres estudios, los participantes recibieron, ya sea como atención habitual o como parte de la intervención evaluada, los cuidados paliativos (Brumley 2007; Downey 2009; Rabow 2004); en un estudio los participantes tenían una enfermedad avanzada (Williams 2005) y en otro que fueron hospitalizados con una enfermedad terminal (Gade 2008). Cuatro estudios incluyeron pacientes con cancer, así como pacientes con otros diagnósticos (Brumley 2007; Downey 2009; Gade 2008; Rabow 2004). En cuanto al pronóstico, los participantes tuvieron:

- cáncer, enfermedad cardíaca o pulmonar, con un pronóstico de aproximadamente un año o menos para vivir (Brumley 2007);
- SIDA o el cáncer con un pronóstico de supervivencia de hasta seis meses (Downey 2009);
- Cáncer, enfermedad cardíaca o pulmonar, enfermedad renal en etapa terminal, la insuficiencia de algún órgano, accidente cerebrovascular o demencia y aquellos en

los que el médico indicó que "no se sorprendería si el paciente fallecía dentro de un año "(Gade 2008);

- El cáncer, enfermedad cardíaca o pulmonar, con una esperanza de vida de uno a cinco años (Rabow 2004);
- El VIH-i que era 0 SIDA en etapa terminal o tenía una comorbilidad que era la etapa tardía (Williams 2005).
- Cuando se informó, la edad media de participantes por prueba o grupo de ensayo, esta osciló entre 42 y 74 años.

Escenario

Los escenarios de los estudios variaron. En dos estudios las intervenciones fueron proporcionadas en su mayoría en la casa del paciente (Brumley 2007; Downey 2009) mientras que el resto fue proporcionado en una clínica ambulatoria de medicina general (Rabow 2004), otra en un centro de enfermería dedicada a la hospitalización (Williams 2005) y otra en un hospital general (Gade 2008). (Gade 2008).

Intervención

Los estudios variaron en el contenido de la intervención y la duración. Dos eran de la meditación proporcionado por un instructor calificado (Downey 2009; Williams 2005). En un estudio, el paciente se reunía con el instructor de meditación hasta dos veces por semana y esto continuó hasta que el paciente moría o pedía su retiro voluntario (Downey 2009). En el otro estudio el paciente se reunió con el instructor una vez por 90 minutos en un grupo de clase introductoria sobre los principios de Metta meditación (Williams 2005). Los participantes fueron instruidos para seguir el ejercicio de meditación enseñado en esta clase al menos diariamente durante cuatro semanas.

Los otros tres estudios trataron sobre intervenciones del equipo de cuidados multidisciplinarios paliativos que involucraban el apoyo de un capellán o un consejero espiritual (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). Otros miembros del equipo incluyeron médicos, enfermeras y asistentes sociales, en un estudio, además un

farmacéutico, psicólogo, arte terapeuta y voluntarios (Rabow 2004). Ninguno de los estudios multidisciplinarios informo cuanto tiempo permanecían los pacientes en contacto con el capellán, o si todos los pacientes tenían acceso al capellán.

Un estudio proporciono la intervención hasta la muerte del paciente (Brumley 2007), otro para la duración de la estancia hospitalaria (Gade 2008) y otro por 12 meses (Williams 2005).

Comparación

Los estudios variaron en el grupo de comparación. Los participantes asignados al azar a los grupos comparativos recibieron lo siguiente.

- En tres estudios la atención habitual solamente (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). En uno está involucrado asistir a una consulta externa de medicina general (Rabow 2004), en uno diferentes cantidades y tipos de servicios de salud en el hogar, cuidados intensivos, atención primaria y cuidados de hospicio (Brumley 2007) y en la tercera atención hospitalaria habitual en un hospital general (Gade 2008).

- En los dos estudios de meditación hubo múltiples grupos de comparación (Downey 2009; Williams 2005). En un estudio los grupos comparativos fueron masaje o visitas de amigos (Downey, 2009). Las visitas de amigos exigen pasar tiempo con pacientes (leyendo, hablando, haciendo recados) o, alternativamente, podría proporcionar respiro u otra asistencia al cuidador del paciente. En el otro estudio había tres grupos de comparación: el masaje solo, combinado meditación y masaje, o atención habitual. Atención habitual involucraba evaluaciones integrales de un equipo de salud multidisciplinario, incluyendo el tratamiento de abuso de sustancias, servicios de salud mental, un programa de amigos, grupo de oración y capellanía (Williams 2005).

Riesgo de sesgo en los estudios incluidos

Todos los hallazgos de los estudios tenían un alto riesgo de sesgo debido a la subregistro de los procesos metodológicos clave.

La asignación al azar

Cuatro estudios proporcionaron detalles adecuados en la generación de la secuencia de asignación al azar (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004; Williams, 2005).

Ocultación de la asignación

Ninguno de los estudios proporciono detalles sobre el ocultamiento de la asignación.

Asignación enmascarada

Los participantes y los proveedores de la intervención no podían estar enmascarados a la asignación de grupos en estos estudios, pero solo un estudio indico que el analista de investigación era ciego a la asignación de grupos (Brumley 2007).

Sesgo de deserción

Todos los estudios informaron el número de participantes perdidos durante el seguimiento.

En dos estudios se corría el riesgo de sesgo de deserción ya que más del 25% de los participantes se perdieron; no está claro en ambos estudios si cualquier característica demográfica clave difirió entre los grupos de deserción (Rabow 2004; Williams 2005). Dos estudios utilizaron intención totreat (ITT) el análisis (Downey 2009; Williams 2005).

Efectos de las intervenciones

Heterogeneidad

No se combinaron efectos del ensayo, ya que los estudios fueron demasiado heterogéneos en la naturaleza de la intervención, la elección de los resultados y como se midieron los resultados. Aunque hubo dos estudios en los que la elección de los resultados de las medidas empleadas se superponían, diferían en la naturaleza de la intervención: una consistió en una intervención de solo meditación (Downey 2009) y la otra era una intervención paliativa multiprofesional, que implicaba la participación de un capellán como una parte fundamental del equipo (Gade 2008). Estos estudios también difieran en sus grupos de comparación: uno comparo la intervención con una persona que proporciono actividades de compañerismo en casa (Downey 2009) y el

otro la comparación consistía en la atención Habitual en un hospital general (Gade 2008).

1º Comparación: la meditación o la meditación con masaje

Dos estudios contribuyeron a este análisis, en total se incluyeron 225 participantes (Downey 2009; Williams 2005). Proporcionaron evidencia limitada sobre los resultados primarios de la revisión. Solo calidad de vida se evaluó en ambos estudios. En un estudio los participantes en el grupo de atención habitual se animó a tomar los servicios de apoyo incluyendo un grupo de oración, el servicio de Capellanía y servicios religiosos (Williams 2005). Sin embargo, al hacerlo el número de participantes no se informó.

Los resultados primarios

Calidad de vida: meditación

En un estudio en el que se analizaron los datos de 95 participantes, no hubieron diferencias significativas a las nueve semanas de seguimiento en calidad de vida (utilizando un único ítem para medición) entre los que recibieron la meditación y los que recibieron masaje (diferencia de medias (DM) -11,51; 95% intervalo de confianza (IC) -24,23 a 1,21) 0 visitas de amigos (MD -1,63; IC del 95%: -14,04 a 10,78) (Downey 2009).

En el segundo estudio de 58 participantes no hubo diferencias significativas en el cambio de significado de la línea de base hasta el seguimiento en la calidad de la vida (usando el índice de Calidad de Missoula-VITAS de Vida) entre los grupos de meditación y la atención habitual (a las ocho semanas MD 0.38; 95% IC -2,67 a 3,43, en 68 semanas MD 0.55; 95% CI -3.67 a 4,77 (Williams 2005)).

En un análisis de una sub escala sobre medida de la calidad de vida, no hubo diferencias significativas en relaciones personales (a las ocho semanas MD - 9,81; IC del 95%: -26,43 a 6,81, y en 68 semanas MD -6,77; IC del 95% -25,82 a 12,28) y en funcionalidad física (a las ocho semanas MD 11,69; IC del 95%: -2,22 a 25.60, y en 68 semanas MD 17.46; 95% CI 1,27 a 33,65).

Calidad de vida: la meditación con el masaje

En un estudio en el grupo que recibió tanto la meditación y masaje hubo una diferencia significativa en la calidad de vida en el medio, pero no en el largo plazo, favoreciendo la intervención en grupo combinada, en comparación con la atención habitual (a las ocho semanas MD 4,31; IC 95% 1,33-7,29, a 68 semanas MD 3,76; 95% -0,35 CI a 7.87) (Williams 2005). En el análisis de la subescala del estudio sobre la medida de su calidad de vida habían diferencias significativas a favor el grupo de intervención combinado en la funcionalidad física (a las ocho semanas MD 24.08; IC 95% 10,24-37,92, en 68 semanas MD 22,15; IC del 95% 6,89 a 37,41, pero no en las relaciones personales (a las ocho semanas MD 7,73; IC del 95%: -9,66 a 25,12; en 68 semanas MD 5.38; IC del 95% -13,74 a 24,50).

Bienestar

Un estudio midió el bienestar en una subescala de medición de calidad de vida (Williams 2005). No hubo diferencias significativas entre los que recibieron intervención de meditación y los que recibieron la atención habitual (a las ocho semanas MD 5,94; IC del 95%: -2,82 a 14.70, y en 68 semanas MD 1,08; IC del 95%: -9,81 a 11,97) 0 entre los que recibieron la meditación y masajes y los que recibieron la atención habitual (a las ocho semanas MD 1,18; IC del 95%: -8,73 a 11.09, Y en 68 semanas MD -2,15; IC del 95% -14,48 a 10,18).

Afrontamiento

Las evaluaciones no se llevaron a cabo sobre cómo afrontar el proceso de la enfermedad.

Los resultados secundarios

Los síntomas físicos

Ambos estudios evaluaron los síntomas físicos. En el estudio de Williams 2005 no hubo diferencias significativas (en el análisis de la sub-escala) en los síntomas físicos entre el grupo de meditación y el grupo usual de atención (a las ocho semanas MD -4,53; IC del 95%: -10,78 a 1,72, y a 68 semanas MD -5,76; IC del 95% -13,06 a 1,54) o entre aquellos que recibieron la meditación y masaje y los que recibieron atención

habitual (a las ocho semanas MD 0,16; 95% IC -5,98 a 6,30, y en 68 semanas MD 3,93; IC del 95%: -5,14 a 13,00).

En el estudio de Downey 2009 no hubo diferencias significativas entre medias aquellos que reciben visitas de amistades y visitas de meditación en el reporte de los pacientes sobre las semanas esperadas de tener menor dolor y estrés (MD ajustado por las visitas amistosas en el grupo de meditación 0.179, SE 0,317, valor de p 0,573).

Trascendencia

En los análisis de la subescala índice de Calidad de Vida de Missoula Vitas, un estudio evaluó la trascendencia (Williams 2005). Trascendencia según lo definido por el desarrollador del índice de calidad de vida es la experiencia de conexión con una construcción duradera o la experiencia del significado o propósito en la vida. El estudio no encontró diferencia significativa entre los del grupo de meditación y los del grupo de atención habitual (a las ocho semanas MD 0,51; IC 95%: -6,98 a 8,00, y en 68 semanas MD -0,15; IC del 95% -8,18 a 7,88). Había una diferencia significativa, sin embargo, entre los que recibieron la meditación y masaje y los que recibieron la atención habitual (a las ocho semana MD 10.05; 95% CI 3,61 a 16,49, y en 68 semanas 8,69; 95% CI 1,42 a 15,96).

Otros resultados secundarios

Otros resultados secundarios no se midieron, incluido el uso de los servicios de salud, el lugar de la muerte y los logros de cuidadores informales.

2° Comparación: intervenciones multidisciplinarias que implica el apoyo de un capellán versus atención habitual

Tres estudios contribuyeron a este análisis, en total se incluyeron 905 participantes (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004)- Había evidencia limitada sobre los resultados primarios de la revisión; no todos fueron evaluados y donde fueron evaluados no eran totalmente reportados.

Los resultados primarios

Bienestar

Dos estudios evaluaron el bienestar (Gade 2008; Rabow 2004). En uno se informó ninguna diferencia significativa entre los grupos del ensayo en relación a los síntomas como la depresión o la ansiedad (datos completos no proporcionados) (Rabow 2004). En el otro estudio se informó que los del grupo de intervención se sintieron ligeramente más apoyados emocionalmente pero esto no fue una diferencia significativa (DM 0,30; IC del 95%: 0,00 a 0,60) (Gade 2008).

Calidad de vida

Dos estudios evaluaron la calidad de vida (Gade 2008; Rabow 2004). Uno no informó diferencias significativas en el seguimiento entre los grupos del ensayo (MD 0,10; IC del 95%: -0,34 a 0,54) (Gade 2008); El otro reportó una diferencia significativa (los datos no fueron proporcionados por los autores del estudio) (Rabow 2004).

Afrontamiento

No se realizaron evaluaciones sobre el afrontamiento con el proceso de la enfermedad.

Los resultados secundarios

Tres estudios midieron los resultados secundarios y los hallazgos fueron mixtos. **Los síntomas físicos**

Dos estudios evaluaron los síntomas físicos (Gade 2008; Rabow 2004). En el estudio de Gade 2008 no encontró ninguna diferencia entre los grupos del ensayo en la severidad de los síntomas (DM -0,10; IC del 95%: -0,45 a 0,25). En el otro estudio se encontró que los de la intervención en grupo eran menos propensos a reportar disnea (odds ratio (OR) 6,07; IC del 95%: 1,04 a 35,56) y haber mejorado la calidad del sueño (datos no proporcionados), pero que no había diferencia en el nivel de dolor entre los grupos del ensayo (datos no proporcionados) (Rabow 2004).

El bienestar espiritual

En un estudio se observó una diferencia significativa a favor de la intervención en grupo a favor del bienestar en relación con los factores espirituales, tales como conexión, la auto-actualización y la consonancia (no se proporcionaron los datos completos) (Rabow 2004). En otro estudio no encontraron alguna diferencia entre los grupos de ensayos en relación a sentirse espiritualmente apoyado (MD 0,40; IC del 95%: -0,11 a 0,91) (Gade 2008).

Uso de servicios de Salud

Los tres estudios evaluaron el uso de servicios de salud (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004).

En una, significativamente pocos participantes en el grupo de intervención habían asistido a los servicios de urgencias (OR 0,51; IC del 95%: 0,30 a 0,87) o habían sido ingresados en el hospital (36% de los que recibieron la intervención en comparación con el 59% recibieron la atención habitual, el valor $P < 0,001$) (Brumley 2007).

En el estudio de Rabow 2004 había significativamente menos visitas a la clínica por parte de los participantes en el grupo de intervención (MD -3,10; IC del 95%: -5,79 a -0,41), pero no había diferencia significativa entre los grupos de ensayo en relación a la necesidad de atención de urgencias (MD -0,30; IC del 95%: -0,61 a 0,01), los ingresos hospitalarios (DM 0,4; IC del 95% - 0,24-1,04), visitas a urgencias (DM -0,10; IC del 95% -1,16 A 0,96), visitas de especialistas de la salud (DM -2,10; IC del 95% -5,7 a 1,50) o el total de días de hospitalización (DM 2,00; IC del 95%: -2,43 a 6,43). En el tercer estudio (Gade 2008) hubo una tendencia en el grupo de intervención hacia un menor número de admisiones a cuidados intensivos (OR 0,52; IC del 95% 0,25 a 1,08).

Lugar de la muerte

El lugar de la muerte se midió en el estudio Brumley 2007, que informo que mas participantes en el grupo de intervención murieron en su casa que los que recibieron la atención habitual (71% versus 51%, P valor $< 0,001$).

Resultados del cuidador informal

El Impacto del cuidador informal no fue evaluado.

Otros resultados Satisfacción del Cuidado

Los tres estudios evaluaron la satisfacción de la atención médica (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). Los resultados no fueron concluyentes.

En uno de ellos informaron que no hubo diferencias significativas en la satisfacción con el cuidado (Rabow 2004). En otro se informó que estaban significativamente más satisfechos en el grupo de intervención cuando se cumplían en 30 y 90 días seguimiento, pero no hubo diferencia significativa a los 60 días (Brumley 2007). Los datos completos no fueron proporcionados en ningún estudio. En el tercero, ambas evaluaciones de satisfacción favorecían los grupo de intervención (en la atención ambiental MD 0,40; IC 95% 0,16 a 0,64, en el personal de atención MD 0.60; 95% CI 0,27 a 0,93) (Gade 2008).

Preparación para el Fin de la vida

En un estudio más participantes del grupo de intervención en comparación a los del grupo de control completaron una directiva avanzada (91,1% versus 77,8%, p valor 0,001) (Gade 2008).

En otro estudio los participantes del grupo de intervención estaban más dispuestos a completar los arreglos funerarios (OR 9,60; 95% CI 1,08 a 85,68), pero no hubo diferencia entre los grupos del ensayo en la proporción de participantes que habían completado un poder permanente o en la elaboración de planes para la disposición de su posesiones (Rabow 2004).

Supervivencia

Un estudio se propuso evaluar la supervivencia: no se encontraron diferencias entre los grupos de ensayo (Gade 2008). Otro estudio reportó diferencias entre la supervivencia los dos grupos del ensayo, pero esto no fue estadísticamente significativo (Brumley 2007).

Coste de la atención

Los tres estudios evaluaron el impacto en los costos de salud (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). Ninguno involucro la evaluación económica y la evidencia que proporcionan es limitada. También no hubo consideración en los estudios sobre la incertidumbre en las estimaciones, por ejemplo, sobre como los diferentes costos en diferentes regiones podrían afectar resultados. En dos estudios la intervención era más barata y más eficaz para el resultado del estudio sobre la satisfacción del paciente (Brumley 2007; Gade 2008). En el estudio de Rabow 2004 hubo mejoras en el bienestar espiritual, pero esto no se comparó directamente con los costos.

DISCUSIÓN

Resumen de los resultados principales

Esta revisión se propuso considerar la calidad y los resultados sobre la evidencia acerca de las intervenciones espirituales y religiosas para adultos en la fase terminal de una enfermedad. La revisión identifico cinco ECA; todos se llevaron a cabo en las poblaciones de América del Norte (Brumley 2007; Downey 2009; Gade 2008; Rabow 2004; Williams 2005). Los participantes del ensayo en su mayoría tenían un diagnóstico de cáncer, SIDA, enfermedad de los pulmones o el corazón. Se evaluaron dos tipos de intervenciones: la meditación (Downey 2009; Williams 2005) y las intervenciones multidisciplinarias de cuidado paliativo las que ofrecían al paciente el apoyo pastoral de un capellán o de un consejero espiritual (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004).

La revisión no pudo responder a la pregunta de si las intervenciones espirituales o las religiosas para adultos en la fase terminal de una enfermedad generan un impacto en los resultados del paciente. Hubo evidencia limitada en los resultados primarios de la revisión de bienestar y calidad de vida. No hubo evaluaciones sobre el impacto del afrontamiento a la enfermedad.

Las diferencias en el análisis y la escasa información en los resultados impidieron la consideración de cualquier análisis combinado. En los dos estudios de intervención sobre meditación de forma individual no hubo impacto significativo en la calidad de

vida en general o el bienestar (Downey 2009; Williams 2005). Aunque en uno de estos estudios fue proporcionado sobre meditación con el masaje se encontró para mejorar la calidad de mediano plazo de la vida (Williams 2005).

Para las intervenciones multidisciplinarias que involucraron a un capellán o un consejero espiritual, en ninguna de las evaluaciones sobre bienestar y calidad de vida hubo una diferencia significativa entre los grupos de ensayo (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004).

Aunque hubo una tendencia en un estudio con aquellos en el grupo de intervención que se sintieron más apoyados emocionalmente (Gade 2008). Sin embargo, la evidencia que se encontró para las intervenciones que implican un capellán y los de la meditación es débil (es decir, potencialmente sesgada), debido al número limitado de participantes y ensayos involucrados en el análisis. Además hubo variación en el componente de cada intervención y también para la comparación. Por ejemplo, las intervenciones multidisciplinarias diferían por profesión en términos de quien era parte del equipo y mientras que en cuatro ensayos comparados la atención fue habitual, una consistió en un control activo de visitas amigable.

Cumplimiento y aplicabilidad general de evidencia

La integridad global de las pruebas presentadas en esta revisión está limitada ya que se han realizado pocos estudios. No se identificaron estudios sobre intervenciones que incluyen la oración o el yoga. Por otra parte, mientras que se identificaron estudios de intervenciones que implican el cuidado pastoral de un líder religioso el impacto de este tipo de atención puede haber sido limitado, ya que no está claro en los estudios cuanto apoyo fue proporcionada por los capellanes a cada paciente en los ensayos.

La generalización de nuestros hallazgos es también limitada. Ninguno de los estudios proporciono detalles sobre las creencias religiosas o espirituales de los pacientes.

Las intervenciones se evaluaron en un solo contexto cultural, los Estados Unidos, donde las afiliaciones y prácticas religiosas difieren considerablemente de otros países. Esta diferencia puede influir en la relación entre la espiritualidad y el bienestar.

Calidad de las pruebas

Los estudios (y esta revisión) se enfrentaron a una serie de dificultades. En primer lugar, existen retos en la definición de la espiritualidad, que se reflejan en la gran cantidad de términos que usaron en la estrategia de búsqueda. Aun así, los términos que utilizamos pueden haber sido insuficientes para capturar todas las intervenciones relevantes. No se incluyeron términos para capturar las intervenciones psicoterapéuticas que podrían impactar sobre bienestar espiritual, como la terapia de Dignidad (Chochinov 2005) y la terapia expresiva de apoyo (Classen 2001).

Tomamos este curso porque deseamos incluir solo aquellas intervenciones que tuvieran un componente espiritual claramente definido. Intervenciones que podían afectar indirectamente el bienestar espiritual podrían ser objeto de otra revisión.

Tampoco hay consenso sobre la naturaleza exacta de las necesidades espirituales y religiosas y como pueden variar entre los individuos durante el proceso de la enfermedad. Por lo tanto, no todas las intervenciones evaluadas aquí pudieron ser apropiadas para todos los participantes potenciales. Hay también desafíos en la definición de la fase terminal de una enfermedad, en parte la investigación sobre marcadores de pronósticos para todas las enfermedades es limitado.

Para contrarrestar esto se utilizaron dos criterios alternativos para definir fase terminal: primero que el paciente tenía una enfermedad progresiva con una esperanza de vida de un año o menos, o segundo los pacientes estaban recibiendo cuidados paliativos. Sin embargo, debido a las dificultades en la predicción pronostico, estas intervenciones no pudieron ser evaluadas en todos los grupos para los que pudieron ser relevantes.

Nuestras medidas de efecto también eran problemáticas como las construcciones de calidad de vida, bienestar y afrontamiento en la fase terminal de una enfermedad están insuficientemente exploradas. Las medidas utilizadas en los estudios de evaluar resultados pueden ser no específicas para recoger efectos reales de este tipo de intervenciones. Por otra parte, mientras seleccionamos los resultados primarios sobre la base de lo que podría ser más sensibles a los efectos potenciales de la intervención, no todos los resultados primarios se midieron en los estudios; Por ejemplo, ninguno

de los estudios midió el afrontamiento frente a la enfermedad y en el estudio Brumley 2007 ni el bienestar ni la calidad de vida se evaluaron.

También hay otras limitaciones a nuestras conclusiones. Los resultados de los estudios estaban en un alto riesgo de sesgo debido a la sub declaración de puntos clave en la metodología. Ninguno de los estudios informo plenamente su proceso de asignación al azar. Hubo también un alto riesgo de sesgo de reclutamiento en un estudio, ya que más del 50% de los elegibles se negó a participar (Rabow 2004).

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

Aunque hay pruebas no concluyentes sobre el impacto de las intervenciones espirituales o religiosas sobre el bienestar emocional de los adultos en la fase terminal de una enfermedad, esto no descarta la posibilidad de que para algunos pacientes este tipo de intervenciones pueden proporcionar un beneficio.

En particular, porque se identificaron pocos estudios y de estos algunos de las intervenciones evaluadas fueron de corta duración y el aspecto espiritual o religiosa de algunas de las intervenciones ensayados no se dieron a todos los participantes.

No es seguro que abordar temas espirituales y religiosos dará lugar a mejoras en la gama de los resultados medidos por los estudios en esta revisión. Los cambios pueden ocurrir en los aspectos menos tangibles de la experiencia existencial que son mucho más difíciles de medir.

Parece probable que las experiencias espirituales y religiosas siguen siendo muy personales. Por ello es importante que se continúe investigando la forma en que podrían satisfacerse para adoptar un enfoque centrado en la persona, tanto para la adaptación de la intervención a la necesidad individual y asegurarse de que esté disponible en el momento adecuado. Por otra parte, las herramientas de evaluación por si solas no puede ser el mejor método para evaluar la necesidad en esta área de atención. Más bien, la necesidad puede ser identificada como resultado de una exploración interpersonal en un enfoque sencillo y sin prejuicios.

Nuestra revisión proporciona poca evidencia para guiar la toma de decisiones sobre si, las intervenciones espirituales son eficaces en pacientes con cáncer. Por lo tanto, dado el énfasis actual en la disponibilidad de la atención espiritual cerca del final de la vida, los proveedores de salud necesitarían confiar en el sentido común y por lo tanto podrían restringir las intervenciones a formas reconocidas como el cuidado pastoral de líderes religiosos o varias formas de meditación. Esto también dependerá del contexto y el entorno.

En hospicios en los que se enfatizan las creencias religiosas y valores, la prestación de estos cuidados es apropiada. Sin embargo, en los sistemas seculares, como el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS), dicha disposición debe competir con otra basada en la evidencia de tratamientos como la terapia psicológica. Por lo tanto, si el cuidado espiritual debe continuar recomendándose, hay una necesidad urgente de evidencia de su eficacia.

Implicaciones para la investigación

NICE orientación sobre el cuidado de apoyo y cuidado paliativo para adultos (2004) y la Estrategia de Reino Unido para el cuidado al final de la vida (2008), ambos hacen una referencia específica para aumentar el conocimiento sobre la mejor manera de proporcionar apoyo espiritual a las personas con deterioro de la salud que enfrentan la muerte.

Sin embargo, no queda claro como esto podría lograrse de la mejor manera o como las intervenciones deben ser diseñadas para satisfacer la necesidad espiritual y como podría evaluarse su eficacia.

La falta de claridad sobre el fundamento teórico para las intervenciones incluidas en esta revisión plantea un problema importante, no solo para nosotros como revisores, sino también para los responsables políticos. Con el fin de recomendar estos tratamientos a los responsables políticos necesitan saber cómo funcionan estos tratamientos. Si los tratamientos espirituales deben ser recomendados en contextos seculares, a continuación, es necesario establecer su lugar e importancia.

Aunque hay un énfasis en los servicios de salud modernos en la llamada atención integral/holística, la naturaleza secular de los servicios de salud significa que la necesidad o el deseo por dicha atención por parte de los pacientes y las familias no pueden ser asumidos. Por lo tanto, aquí no solo necesitamos pruebas de la eficacia de los tratamientos espirituales y religiosos, también se requieren datos sobre su aceptabilidad, las poblaciones en las que son efectivas, exactamente la forma en que son eficaces y como deben ser entregados.

Nuestra revisión da poca orientación sobre lo que una intervención eficaz podría ser. Ninguna de las intervenciones tuvo base teórica. Tampoco alguna (hasta donde sabemos) tenía una base teológica clara. Sugerimos, por lo tanto, que los ensayos futuros deben evaluar las intervenciones en que el componente (s) espiritual o religiosa: 1) está claramente delineado en un lenguaje sencillo para que pueda ser reproducido en otros entornos; 2) tenga una base teórica clara o apuntalamiento teológico; y 3) son entregados por personas debidamente capacitadas que siguen directrices, entienden el objetivo de la intervención y restringen enfatizar sus propias creencias. Además, los resultados deben describir claramente tanto en términos espirituales y seculares y relacionarse estrechamente con los objetivos de la intervención. Las investigaciones futuras deben también incluir otros tipos de intervenciones espirituales y religiosas no identificadas en esta revisión, incluyendo la oración, la provisión de cuidado pastoral de un líder religioso que no es parte de una intervención a multidisciplinar, y el yoga.

Al mismo tiempo, el contenido de las intervenciones futuras debe ser informado por las preferencias de receptores, por lo tanto, sobre la base de pruebas de piloto y la investigación de viabilidad, tal vez la incorporación de una gama o el menú de posibles enfoques o componentes que podría entonces adaptarse a la necesidad o demanda individual, la evaluación de cuál de estos componentes clave es el más efectivo en que tipos de población, por ejemplo pacientes mayores o más jóvenes para quienes las normas culturales difieren, o las personas con diferentes tipos de enfermedades, perfiles de salud y la carga de los síntomas. Debido a la complejidad de los estados de salud de los participantes, las intervenciones para poblaciones de pacientes de

cuidados paliativos son por lo general multi-componente y de alta complejidad. La Investigación en poblaciones aparte de los norteamericanos también se necesita.

Esto es de particular importancia en la consideración de intervenciones con componentes espiritual o religioso ya que la cultura norteamericana se basa en gran medida en fuertes tradiciones judeo-cristianas. Las evaluaciones también necesitan ser comparadas directamente con atenciones estándar versus atención estándar idéntica con un componente religioso / espiritual mejorado.

Las Pruebas de Intervención es probable que surjan de los ensayos aleatorios pero la naturaleza de los resultados puede ser diferente. Por lo tanto, las medidas bien validadas de afrontamiento espiritual, creencias y el bienestar deben ser reconocidos como medidas validas junto a otras medidas más familiares de salud física y psicológica, bienestar general y calidad de vida. Además, aunque va mas allá de la evidencia generada en esta revisión, existe la necesidad de seguir desarrollando y pruebas de medidas de bienestar y calidad de vida y otros resultados que son óptimas para el contexto de vida en la fase terminal de una enfermedad. Los ensayos futuros deben presentar un informe completo de las características clave de diseño.

DECLARACION DE INTERESES

No Conocidas.

Anexo 4

Lista de comprobación QUOROM para la evaluación de la calidad de meta-análisis de ensayos controlados aleatorios					
TITULO	Intervenciones espirituales y religiosas para el bienestar de los adultos en la fase terminal de la enfermedad (Revisión)				
CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	ITEM	INCLUIDO ?	Nº DE PAG	Comentario
RESUMEN	Objetivos	Utilizar un formato estructurado La cuestión clínica explícitamente	SI	01	El resumen elaborado para la revisión motivo de crítica cuenta con los elementos exigido por la lista QUORUM. Permite tener una idea completa del estudio, es más animo a realizar la revisión completa del trabajo.
	Fuentes de datos	Las bases de datos (es decir, una relación) y otras fuentes de información	SI	01	
	Métodos de revisión	Los criterios de selección (es decir, población, intervención, resultado y diseño de estudio), los métodos de valoración de la validez, análisis de datos y características del estudio, y síntesis de datos cuantitativos suficientemente detallada para permitir la repetición	SI	01	
	Resultados	Características de los ECC incluidos y excluidos: hallazgos cualitativos y cuantitativos (estimaciones puntuales e intervalos de	SI	01	

		confianza); y análisis de subgrupo			
	Conclusión	Resultados principales	SI	01	
INTR ODU CIÓN N	El problema clínico concreto, los fundamentos biológicos de la intervención y los fundamentos de la revisión		SI	02	En la revisión este aparatado no existe como tal, sin embargo si se encuentran antecedentes, un acápite en el que se da en forme breve aspectos teóricos sobre la temática. Asimismo se da la justificación e importancia de realizar la revisión sobre el tema.
MÉT ODOS	Búsqueda	Las Fuentes de información con detalle (p.e base de datos, registro ficheros personales, expertos, agencias, búsqueda manual) y cualquier restricción (años considerados, situación de publicación, idioma de la publicación)	SI	02	
	Selección	Los criterios de inclusión y exclusión relativos a la población, la intervención, los resultados principales y el diseño de estudio.	SI	05	EMBASE, AMED, CINAHL, ATLA, AS SI A, Servicio Nacional de Investigación en Salud, etc. La búsqueda incluyó investigaciones desde los años 1949 hasta 2011. Además se revisaron los libros de resúmenes de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos de 2007 a 2011 y se realizó búsqueda hacia adelante y hacia atrás sobre las citas de todos los estudios incluidos. La selección se llevó a cabo considerando los
	Evaluación de la validez	Criterios y proceso utilizados (p.e. condiciones encubiertas, valoración de la calidad y sus hallazgos)	SI	05	

	Análisis de datos	Proceso o procesos utilizados (p.e. completados independientemente, duplicado)	SI	08	siguientes criterios: Se incluyeron estudios que evaluaban los resultados del paciente para las intervenciones espirituales 0 religiosas. Cuando se habla de intervenciones espirituales 0 religiosas nos referimos a aquellos que contienen al menos alguna referencia a las creencias y / 0 experiencias en un ámbito que trasciende el mundo material y / 0 las experiencias diarias (King 2009). Por otra parte, nos referimos a las creencias y / 0 experiencias que van más allá de la "búsqueda de sentido" universal que es una parte de toda psicoterapia y, a menudo se refiere a valores como la vida familiar, las relaciones y el trabajo. Otra que fueran ensayos controlados aleatorios, también se incluyeron estudios cuasi aleatorios, estudios de control antes y después y estudios de series de tiempo interrumpido. Se incluyeron los estudios en cualquier idioma. Los sujetos que participaban en los estudios fueron hombres 0 mujeres entre 16 años y más que estaban en la fase terminal de una enfermedad y aquellas que tenían un tratamiento de por vida por tener una enfermedad que amenaza su vida con mal pronóstico; pues se asume que es una etapa que confronta al individuo y en donde por lo general una persona requiere de sostén y apoyo en la dimensión espiritual y religiosa, La validación se dio a través
	Características del estudio	Tipo de diseño del estudio, características de los participantes, detalles de la intervención, definiciones de los resultados, etc., y cómo se evaluó la heterogeneidad clínica	SI	08	
	Síntesis de datos cuantitativos	Principales medidas de efecto (p.e. riesgo relativo), el método de combinación de los resultados (pruebas estadísticas e intervalos de confianza), tratamiento de resultados	SI	09-15	

		<p>olvidados, evaluación de la heterogeneidad clínica, fundamento para cualquier análisis de sensibilidad y subgrupo a priori, y cualquier sesgo de publicación</p>		<p>de Dos revisores quienes examinaron de forma independiente las citas de los estudios de acuerdo con los criterios de inclusión definidos. A raíz de la detección, dos revisores de forma independiente evaluaron el texto completo de las citas elegibles para su inclusión. Las Diferencias de opinión se resolvieron por consenso con autores revisores. Si la solución no era posible, se intentó establecer contacto con los autores para clarificación. Se ha Documentado de manera acertada la justificación de la exclusión de estudios en esta etapa.</p> <p>Para la extracción de datos se diseñó un documento, pero también se contó con el respaldo de un revisor que extrajo los datos y otro después comprobó esto. Los otros revisores fueron consultados acerca de las discrepancias y se resolvieron estos por consenso. Donde fue posible, se obtuvo la siguiente información por cada estudio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de diseño del estudio. 2. El número de participantes elegibles, número asignado al azar / reclutado y razones por las que los participantes no estaban incluidos en el ensayo. 3. El número de participantes evaluados durante el seguimiento (s) y el tiempo de seguimiento de los puntos de tiempo. 4. Características de los participantes, como la edad, el sexo, enfermedad
--	--	---	--	---

				<p>terminal, co- morbilidad y la práctica espiritual o religiosa y creencias.</p> <p>5. Diseño del ensayo en términos de enmascaramiento, ya sea en paralelo o cruzado, características del cálculo del tamaño de la asignación al azar y de la muestra. Tipo de intervención espiritual o religiosa, incluyendo la práctica y el sistema de creencias, quién la dio, la duración y la forma de entrega.</p> <p>6. Tipo de intervención espiritual o religiosa, incluyendo la práctica y el sistema de creencias, quién la dio, la duración y la forma de entrega.</p> <p>7. Intervención de Comparación incluyendo el contenido, duración y modo y si las prácticas espirituales o religiosas adicionales, tales como la capellanía del hospital, estaban disponibles y si es así su comienzo.</p> <p>8. Los resultados en todos los puntos incluyendo la forma en que fueron medidos. y las medias o puntuaciones categóricas de los resultados principales y otros.</p> <p>Cuando faltaba información, se intentó establecer contacto con los autores del ensayo o patrocinadores de los ensayos.</p> <p>Un revisor introdujo los datos extraídos en RevMan 5 (RevMan 2011) Review Manager (RevMan) es el software utilizado para la preparación y el mantenimiento de las revisiones Cochrane.</p> <p>Puede usar RevMan para protocolos y revisiones</p>
--	--	--	--	--

				completas. Es muy útil cuando se ha formulado la cuestión de la revisión, y le permite preparar el texto, construye las tablas que muestran las características de los estudios y las comparaciones de la revisión, y agregar los datos del estudio. Puede realizar los meta análisis y presentar los resultados de forma gráfica, y un segundo revisor verificó los datos; específicamente L J comprueba las entradas en la descripción del ensayo y MV verificó las entradas en los resultados del ensayo. Los otros revisores (MK y PS) fueron consultados acerca de las discrepancias y estas fueron resueltas por consenso. Se llevó a cabo la evaluación de riesgo de sesgo esto se realizó de forma similar que para la validación, se verificaron para todos los estudios y dependiendo de su naturaleza, el sesgo de selección.
RES ULT ADO S	Flujo de resultados	Ofrecer un perfil del meta análisis que resuma el flujo de resultados	SI	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de los estudios Ver: Características de los estudios incluidos; Características de los excluidos estudios. • Se identificaron 3.868 citas de nuestra búsqueda electrónica. De la proyección de títulos y los resúmenes se identificaron 13 estudios que eran potencialmente relevantes. El texto completo de recuperación de cinco ECA elegibles coincidentes con los criterios de inclusión (Brumley 2007; Downey 2009; Gade 2008; Rabow 2004; Williams 2005). Identificamos No cuasi- ECA, estudios de control antes y

	Características de estudio	Descripción de cada resultado (p.e. edad, tamaño de la muestra, intervención, dosis, duración, período de seguimiento)	SI	<p>después o estudios de series de tiempo interrumpido. Se excluyeron cinco de los ocho estudios después de leer el texto completo porque los participantes no estaban en la fase terminal de una enfermedad. Se excluyeron los otros dos porque sus intervenciones no encajaban con los criterios seleccionados; uno que era acerca de una hierba medicinal china y el otro porque la intervención era sobre si la actuación de un actor era tan eficaz como una persona que declaraba tener poderes curativos a través de la imposición de las manos. Ver tabla sobre las "Características de los estudios excluidos". Los otros estudios cumplían con los criterios de ser una intervención espiritual o religiosa y dos de los estudios trataban sobre meditación (Downey 2009; Williams 2005) tres eran programas de cuidado para el final de vida, que implicaban el trabajo de un capellán o consejero espiritual para las preocupaciones y el apoyo espiritual (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). Estos cinco estudios incluyeron 1130 participantes. Los cinco fueron</p>
--	----------------------------	--	----	--

	<p>Síntesis de datos cuantitativos</p>	<p>Selección y evaluación de la validez, presentar un resumen sencillo de los resultados (por cada grupo en cada resultado, para cada resultado primario), presentar los datos necesarios para calcular los tamaños del efecto y los intervalos de confianza en los análisis (p.e. tablas 2x2, medidas y DE, proporciones)</p>	<p>SI</p>	<p>realizados en diversas poblaciones de América del Norte; ninguno de los estudios proporcionado detalles sobre la religión de los participantes y las creencias espirituales. Todos los investigadores afirmaron que una razón para llevar a cabo la investigación fue que alguna investigación anterior sugería que la intervención podía ser beneficiosa; ninguno dio otras razones, como la base teórica de sus componentes. Los participantes En tres estudios, los participantes recibieron, ya sea como atención habitual o como parte de la intervención evaluada, los cuidados paliativos (Brumley 2007; Downey 2009; Rabow 2004); en un estudio los participantes tenían una enfermedad avanzada (Williams 2005) y en otro que fueron hospitalizados con una enfermedad terminal (Gade 2008). Cuatro estudios incluyeron pacientes con cáncer, así como pacientes con otros diagnósticos (Brumley 2007; Downey 2009; Gade 2008; Rabow 2004). En cuanto al pronóstico, los participantes tuvieron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cáncer, enfermedad cardíaca o pulmonar, con un pronóstico de aproximadamente un año o menos para vivir (Brumley 2007); • SIDA o el cáncer con un pronóstico de supervivencia de hasta seis meses (Downey 2009); • Cáncer, enfermedad cardíaca o pulmonar, enfermedad renal en etapa terminal, la insuficiencia de algún órgano, accidente cerebro vascular o demencia y aquellos en los que el médico indicó que "no se sorprendería si el paciente fallecía dentro de un año "(Gade 2008); • El cáncer, enfermedad cardíaca o pulmonar, con una
--	--	--	-----------	--

				<p>esperanza de vida de uno a cinco años (Rabow 2004);</p> <ul style="list-style-type: none"> • El VIH-1 que era o SIDA en etapa terminal o tenía una comorbilidad que era la etapa tardía (Williams 2005). <p>Cuando se informó, la edad media de participantes por prueba o grupo de ensayo, esta osciló entre 42 y 74 años.</p> <p>Escenario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizado en diversas poblaciones • de América del Norte; ninguno de los estudios proporcionado detalles sobre la religión de los participantes y las creencias espirituales. Todos los investigadores afirmaron que una razón para llevar a cabo la investigación fue que alguna investigación anterior sugería que la intervención podía ser beneficiosa; ninguno dio otras razones, como la base teórica de sus componentes. Los participantes En tres estudios, los participantes recibieron, ya sea como atención habitual o como parte de la intervención evaluada, los cuidados paliativos (Brumley 2007; Downey 2009; Rabow 2004); en un estudio los participantes tenían una enfermedad avanzada (Williams 2005) y en otro que fueron hospitalizados con una enfermedad terminal (Gade 2008). Cuatro estudios incluyeron pacientes con cáncer, así como pacientes con otros diagnósticos (Brumley 2007; Downey 2009; Gade 2008; Rabow 2004). En cuanto al pronóstico, los participantes tuvieron: <ul style="list-style-type: none"> • •cáncer, enfermedad cardíaca o pulmonar, con un pronóstico de aproximadamente un año o menos para vivir (Brumley 2007); • SIDA o el cáncer con un pronóstico de supervivencia de hasta seis meses (Downey 2009);
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer, enfermedad cardíaca o pulmonar, enfermedad renal en etapa terminal, la insuficiencia de algún órgano, accidente cerebro vascular o demencia y aquellos en los que el médico indicó que "no se sorprendería si el paciente fallecía dentro de un año "(Gade 2008); • El cáncer, enfermedad cardíaca o pulmonar, con una esperanza de vida de uno a cinco años (Rabow 2004); • El VIH-1 que era o SIDA en etapa terminal o tenía una comorbilidad que era la etapa • tardía (Williams 2005). Cuando se informó, la edad media de participantes por prueba o grupo de ensayo, esta osciló entre 42 y 74 años. Escenario. • Los escenarios de los estudios variaron. En dos estudios las intervenciones fueron • proporcionadas en su mayoría en la casa del paciente (Brumley 2007; Downey 2009) mientras que el resto fue proporcionado en una clínica ambulatoria de medicina general (Rabow 2004), otra en un centro de enfermería dedicada a la hospitalización (Williams 2005) y otra en un hospital general (Gade 2008). (Gade 2008). Intervención • Los estudios variaron en el contenido de la intervención y la duración. Dos eran de la meditación proporcionado por un instructor calificado (Downey 2009; Williams 2005). En un estudio, el paciente se reunía con el instructor de meditación hasta dos veces por semana y esto continuó hasta que el paciente moría o pedía su retiro voluntario (Downey 2009). En el otro estudio el paciente se reunió con el instructor una vez por 90 minutos en un grupo de clase introductoria
--	--	--	--	---

				<p>sobre los principios de Metta meditación (Williams 2005). Los participantes fueron instruidos para seguir el ejercicio de meditación enseñado en esta clase al menos diariamente durante cuatro semanas. Los otros tres estudios trataron sobre intervenciones del equipo de cuidados multidisciplinarios paliativos que involucraban el apoyo de un capellán o un consejero espiritual (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros miembros del equipo incluyeron médicos, enfermeras y asistentes sociales, en un estudio, además un farmacéutico, psicólogo, arte terapeuta y voluntarios (Rabow 2004). Ninguno de los estudios multidisciplinarios informó cuánto tiempo permanecían los pacientes en contacto con el capellán, o si todos los pacientes tenían acceso al capellán. Un estudio proporcionó la intervención hasta la muerte del paciente (Brumley 2007), otro para la duración de la estancia hospitalaria (Gade 2008) y otro por 12 meses (Williams 2005). Comparación • Los estudios variaron en el grupo de comparación. Los participantes asignados al azar a los grupos comparativos recibieron lo siguiente. • En tres estudios la atención habitual solamente (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). En uno está involucrado asistir a una consulta externa de medicina general (Rabow 2004), en uno diferentes cantidades y tipos de servicios de salud en el hogar, cuidados intensivos, atención primaria y cuidados de hospicio (Brumley 2007) y en la tercera atención
--	--	--	--	---

				<p>hospitalaria habitual en un hospital general (Gade 2008).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En los dos estudios de meditación hubo múltiples grupos de comparación (Downey 2009; Williams 2005). En un estudio los grupos comparativos fueron masaje o visitas de amigos (Downey, 2009). Las visitas de amigos exigen pasar tiempo con pacientes (leyendo, hablando, haciendo recados) o, alternativamente, podría proporcionar respiro u otra asistencia al cuidador del paciente. En el otro estudio había tres grupos de comparación: el masaje solo, combinado meditación y masaje, o atención habitual. Atención habitual involucraba evaluaciones integrales de un equipo de salud multidisciplinario, incluyendo el tratamiento de abuso de sustancias, servicios de salud mental, un programa de amigos, grupo de oración y capellanía (Williams 2005). • Riesgo de sesgo en los estudios incluidos • Todos los hallazgos de los estudios tenían un alto riesgo de sesgo debido a la subregistro de los procesos metodológicos clave. • La asignación al azar Cuatro estudios proporcionaron detalles adecuados en la generación de la secuencia de asignación al azar (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004; Williams, 2005). Ocultación de la asignación Ninguno de los estudios proporcionó detalles sobre el ocultamiento de la asignación. • Asignación enmascarada Los participantes y los proveedores de la intervención no podían estar enmascarados a la asignación de grupos en estos estudios, pero sólo un estudio indicó que el analista de investigación era ciego a la
--	--	--	--	---

				<p>asignación de grupos (Brumley 2007).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesgo de deserción Todos los estudios informaron el número de participantes perdidos durante el seguimiento. En dos estudios se corría el riesgo de sesgo de deserción ya que más del 25% de los participantes se perdieron; no está claro en ambos estudios si cualquier característica • demográfica clave difirió entre los grupos de deserción (Rabow 2004; Williams 2005). Dos estudios utilizaron intención totreat (ITT) el análisis (Downey 2009; Williams 2005). Efectos de las intervenciones <p>Heterogeneidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se combinaron efectos del ensayo, ya que los estudios fueron demasiado heterogéneos en la naturaleza de la intervención, la elección de los resultados y cómo se midieron los resultados. Aunque hubo dos estudios en los que la elección de los resultados de las medidas empleadas se superponían, diferían en la naturaleza de la intervención: una consistió en una intervención de solo meditación (Downey 2009) y la otra era una intervención paliativa multiprofesional, que implicaba la participación de un capellán como una parte fundamental del equipo (Gade • . Estos estudios también diferían en sus grupos de comparación: uno comparó la intervención con una persona que proporcionó actividades de compañerismo en casa (Downey • y el otro la comparación consistía en la atención habitual en un hospital general (Gade 2008). • 1º Comparación: la meditación o la meditación con masaje Dos estudios contribuyeron a este análisis,
--	--	--	--	---

				<p>en total se incluyeron 225 participantes (Downey 2009; Williams 2005). Proporcionaron evidencia limitada sobre los resultados primarios de la revisión. Sólo calidad de vida se evaluó en ambos estudios. En un estudio los participantes en el grupo de atención habitual se animó a tomar los servicios de apoyo incluyendo un grupo de oración, el servicio de Capellanía y servicios religiosos (Williams 2005). Sin embargo, al hacerlo el número de participantes no se informó.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los resultados primarios Calidad de vida: meditación En un estudio en el que se analizaron los datos de 95 participantes, no hubieron diferencias significativas a las nueve semanas de seguimiento en calidad de vida (utilizando un único ítem para medición) entre los que recibieron la meditación y los que recibieron masaje (diferencia de medias (DM) - 11,51; 95% intervalo de confianza (IC) - 24,23 a 1,21) o visitas de amigos (MD -1,63; IC del 95%: -14,04 a 10,78) (Downey 2009). • En el segundo estudio de 58 participantes no hubo diferencias significativas en el cambio de significado de la línea de base hasta el seguimiento en la calidad de la vida (usando el índice de • Calidad de Missoula-VITAS de Vida) entre los grupos de meditación y la atención habitual (a las ocho semanas MD 0.38; 95% IC -2,67 a 3,43, en 68 semanas MD 0.55; 95% CI -3.67 a 4,77 (Williams 2005)). En un análisis de una sub escala sobre medida de la calidad de vida, no hubo diferencias significativas en relaciones personales (a las ocho semanas MD -9,81; IC
--	--	--	--	--

				<p>del 95%: -26,43 a 6,81, y en 68 semanas MD -6,77; IC del 95% -25,82 a 12,28) y en funcionalidad física (a las ocho semanas MD 11,69; IC del 95%: -2,22 a 25.60, y-en 68 semanas MD 17.46; 95% CI 1,27 a 33,65).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida: la meditación con el masaje • En un estudio en el grupo que recibió tanto la meditación y masaje hubo una diferencia significativa en la calidad de vida en el medio, pero no en el largo plazo, favoreciendo la intervención en grupo combinada, en comparación con la atención habitual (a las ocho semanas MD 4,31; IC 95% 1,33-7,29, a 68 semanas MD 3,76; 95% -0,35 CI a 7.87) (Williams 2005)). En el análisis de la subescala del estudio sobre la medida de su calidad de vida habían diferencias significativas a favor el grupo de intervención combinado en la funcionalidad física (a las ocho semanas MD 24.08; IC 95% 10,24-37,92, en 68 semanas MD 22,15; IC del 95% 6,89 a 37,41, pero no en las relaciones personales (a las ocho semanas MD 7,73; IC del 95%: -9,66 a 25,12; en 68 semanas MD 5.38; IC del 95% - 13,74 a 24,50). Bienestar • Un estudio midió el bienestar en una subescala de medición de calidad de vida (Williams 2005). No hubo diferencias significativas entre los que recibieron intervención de meditación y los que recibieron la atención habitual (a las ocho semanas MD 5,94; IC del 95%: -2,82 a 14.70, y en 68 semanas MD 1,08; IC del 95%: -9,81 a 11,97) o entre los que recibieron la meditación y masajes y los que recibieron la atención habitual (a las ocho semanas MD 1,18; IC del 95%: -8,73 a 11.09, y en 68
--	--	--	--	---

				<p>semanas MD - 2,15; IC del 95% -14,48 a 10,18).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento • Las evaluaciones no se llevaron a cabo sobre cómo afrontar el proceso de la enfermedad. Los resultados secundarios Los síntomas físicos Ambos estudios evaluaron los síntomas físicos. En el estudio de Williams 2005 no hubo diferencias significativas (en el análisis de la sub-escala) en los síntomas físicos entre el grupo de meditación y el grupo usual de atención (a las ocho semanas MD -4,53; IC del 95%: -10,78 a 1,72, y a 68 semanas MD - 5,76; IC del 95% -13,06 a 1,54) o entre aquellos que recibieron la meditación y masaje y los que recibieron atención habitual (a las ocho semanas MD 0,16; 95% IC - 5,98 a 6,30, y en 68 semanas MD 3.93; IC del 95%: -5,14 a 13,00). En el estudio de Downey 2009 no hubieron diferencias significativas entre medias aquellos que reciben visitas de amistades y visitas de meditación en el reporte de los pacientes sobre las semanas esperadas de tener menor dolor y estrés (MD ajustado por las visitas amistosas en el grupo de meditación 0.179, SE 0,317, valor de p 0,573). <p>Trascendencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • En los análisis de la subescala índice de Calidad de Vida de Missoula Vitas, un estudio evaluó la trascendencia (Williams 2005) • .Trascendencia según lo definido por el desarrollador del índice de calidad de vida es la experiencia de conexión con una construcción duradera o la experiencia del significado o propósito en la vida. El estudio no* encontró diferencia significativa entre los del
--	--	--	--	---

				<p>grupo de meditación y los del grupo de atención habitual (a las ocho semanas MD 0,51; IC 95%: - 6,98 a 8,00, y en 68 semanas MD -0,15; IC del 95% -8,18'a 7,88). Había una diferencia significativa, sin embargo, entre los que recibieron la meditación y masaje y los que recibieron la atención habitual (a las ocho semanas MD 10,05; 95% CI 3,61 a 16,49, y en 68 semanas 8,69; 95% CI 1,42 a 15,96). Otros resultados secundarios no se midieron, incluido el uso de los servicios de salud, el lugar de la muerte y los logros de cuidadores informales.</p> <p>2°Comparación: intervenciones multidisciplinares que implica el apoyo de un capellán versus atención habitual Tres estudios contribuyeron a este análisis, en total se incluyeron 905 participantes (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). Había evidencia limitada sobre los resultados primarios de la revisión; no todos fueron evaluados y donde fueron evaluados no eran totalmente reportados. Los resultados primarios Bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos estudios evaluaron el bienestar (Gade 2008; Rabow 2004). En uno se informó ninguna diferencia significativa entre los grupos del ensayo en relación a los síntomas como la depresión o la ansiedad (datos completos no proporcionados) (Rabow 2004). En el otro estudio se informó que los del grupo de intervención se sintieron ligeramente más apoyados emocionalmente pero esto no fue una diferencia significativa (DM 0,30; IC del 95%: 0,00 a 0,60) (Gade 2008). Calidad de vida
--	--	--	--	---

				<p>• Dos estudios evaluaron la calidad de vida (Gade 2008; Rabow 2004). Uno no informó diferencias significativas en el seguimiento entre los grupos del ensayo (MD 0,10; IC del 95%: - 0,34 a 0,54) (Gade 2008). El otro reportó una diferencia significativa (los datos no fueron proporcionados por los autores del estudio) (Rabow 2004).</p> <p>Afrontamiento</p> <p>No se realizaron evaluaciones sobre el afrontamiento con el proceso de la enfermedad.</p> <p>Los resultados secundarios</p> <p>Tres estudios midieron los resultados secundarios y los hallazgos fueron mixtos. Los síntomas físicos</p> <p>Dos estudios evaluaron los síntomas físicos (Gade 2008; Rabow 2004). En el estudio de Gade 2008 no encontró ninguna diferencia entre los grupos del ensayo en la severidad de los síntomas (DM -0,10; IC del 95%: -0,45 a 0,25). En el otro estudio se encontró que los de la intervención en grupo eran menos propensos a reportar disnea (odds ratio (OR) 6,07; IC del 95%: 1,04 a 35,56) y haber mejorado la calidad del sueño (datos no proporcionados), pero que no había diferencia en el nivel de dolor entre los grupos del ensayo (datos no proporcionados) (Rabow 2004). El bienestar espiritual</p> <p>En un estudio se observó una diferencia significativa a favor de la intervención en grupo a favor del bienestar en relación con los factores espirituales, tales como conexión, la auto-actualización y la consonancia (no se proporcionaron los datos completos) (Rabow 2004). En otro estudio no encontraron alguna diferencia entre los grupos de ensayos en relación a sentirse espiritualmente apoyado (MD</p>
--	--	--	--	---

				<p>0,40; IC del 95%: -0,11 a 0,91) (Gade 2008). Uso de servicios de Salud Los tres estudios evaluaron el uso de servicios de salud (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004).</p> <p>En una, significativamente pocos participantes en el grupo de intervención habían asistido a los servicios de urgencias (OR 0,51; IC del 95%: 0,30 a 0,87) o habían sido ingresados en el hospital (36% de los que recibieron la intervención en comparación con el 59% recibieron la atención habitual, el valor P <0,001) (Brumley 2007). En el estudio de Rabow 2004 había significativamente menos visitas a la clínica por parte de los participantes en el grupo de intervención (MD - 3,10; IC del 95%: -5,79 a -0,41), pero no había diferencia significativa entre los grupos de ensayo en relación a la necesidad de atención de urgencias (MD -0,30; IC del 95%: -0,61 a 0,01), los ingresos hospitalarios (DM 0,4; IC del 95% - 0,24-1,04), visitas a urgencias (DM -0,10; IC del 95% -1,16 A 0,96), visitas de especialistas de la salud (DM - 2,10; IC del 95% -5.7 a 1,50) o el total de días de hospitalización (DM 2,00; IC del 95%: -2,43 a 6,43). En el tercer estudio (Gade 2008) hubo una tendencia en el grupo de intervención hacia un menor número de admisiones a cuidados intensivos (OR 0,52; IC del 95% 0,25 a 1,08).</p> <p>Lugar de la muerte El lugar de la muerte se midió en el estudio Brumley 2007, que informó que más participantes en el grupo de intervención murieron en su casa que los que recibieron la atención habitual (71% versus 51%, P valor <0,001).</p> <p>Resultados del cuidador informal</p>
--	--	--	--	---

				<p>El Impacto del cuidador informal no fue evaluado. Otros resultados Satisfacción del Cuidado Los tres estudios evaluaron la satisfacción de la atención médica (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). Los resultados no fueron concluyentes.</p> <p>En uno de ellos informaron que no hubo diferencias significativas en la satisfacción con el cuidado (Rabow 2004). En otro se informó que estaban significativamente más satisfechos en el grupo de intervención cuando se cumplían en 30 y 90 días seguimiento, pero no hubo diferencia significativa a los 60 días (Brumley 2007). Los datos completos no fueron proporcionados en ningún estudio. En el tercero, ambas evaluaciones de satisfacción favorecían los grupo de intervención (en la atención ambiental MD 0,40; IC 95% 0,16 a 0,64, en el personal de atención MD 0.60; 95% CI 0,27 a 0,93) (Gade 2008). Preparación para el Fin de la vida</p> <p>En un estudio más participantes del grupo de intervención en comparación a los del grupo de control completaron una directiva avanzada (91,1% versus 77,8%, p valor 0,001) (Gade 2008).</p> <p>En otro estudio los participantes del grupo de intervención estaban más dispuestos a completar los arreglos funerarios (OR 9,60; 95% CI 1,08 a 85,68), pero no hubo diferencia entre los grupos del ensayo en la proporción de participantes que habían completado un poder permanente o en la elaboración de planes para la disposición de su posesiones (Rabow 2004). Supervivencia</p>
--	--	--	--	---

					<p>Un estudio se propuso evaluar la supervivencia: no se encontraron diferencias entre los grupos de ensayo (Gade 2008). Otro estudio reportó diferencias entre la supervivencia los dos grupos del ensayo, pero esto no fue estadísticamente significativo (Brumley 2007). Coste de la atención Los tres estudios evaluaron el impacto en los costos de salud (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). Ninguno involucró la evaluación económica y la evidencia que proporcionan es limitada. También no hubo consideración en los estudios sobre la incertidumbre en las estimaciones, por ejemplo,</p>
--	--	--	--	--	---

DISCUSIÓN	Resumir los hallazgos clave, discutir las inferencias clínicas basadas en la validez interna y externa, interpretar los resultados a la luz de la totalidad de la evidencia disponible, describir los sesgos potenciales en el proceso de revisión (p.e. sesgo de la publicación); y sugerir un futuro plan de investigación.	SI	20'25	Esta revisión se propuso considerar la calidad y los resultados sobre la evidencia acerca de las intervenciones espirituales y religiosas para adultos en la fase terminal de una enfermedad. La revisión identificó cinco ECA; todos se llevaron a cabo en las poblaciones de América del Norte (Brumley 2007; Downey 2009; Gade 2008; Rabow 2004; Williams 2005). Los participantes del ensayo en su mayoría tenían un diagnóstico de cáncer, SIDA, enfermedad de los pulmones o el corazón. Se evaluaron dos tipos de intervenciones: la meditación (Downey 2009; Williams 2005) y las intervenciones multidisciplinarias de cuidado paliativo las que ofrecían al paciente el apoyo pastoral de un capellán o de un consejero espiritual (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). La revisión no pudo responder a la pregunta de si las intervenciones espirituales o las religiosas para adultos en la fase terminal de una enfermedad generan un impacto en los resultados del paciente. Hubo evidencia limitada en los resultados primarios de la revisión de bienestar y calidad de vida. No hubo evaluaciones sobre el impacto del afrontamiento a la enfermedad. Las diferencias en el análisis y la escasa información en los resultados impidieron la consideración de cualquier análisis
-----------	---	----	-------	---

				<p>combinado. En los dos estudios de intervención sobre meditación de forma individual no hubo impacto significativo en la calidad de vida en general o el bienestar (Downey 2009; Williams 2005). Aunque en uno de estos estudios fue proporcionado la meditación con el masaje se encontró para mejorar la calidad de mediano plazo de la vida (Williams 2005). Para las intervenciones multidisciplinares que involucraron a un capellán o un consejero espiritual, en ninguna de las evaluaciones sobre bienestar y calidad de vida hubo una diferencia significativa entre los grupos de ensayo (Brumley 2007; Gade 2008; Rabow 2004). Aunque hubo una tendencia en un estudio con aquellos en el grupo de intervención que se sintieron más apoyados emocionalmente (Gade 2008). Sin embargo, la evidencia que se encontró para las intervenciones que implican un capellán y los de la meditación es débil (es decir, potencialmente sesgada), debido al número limitado de participantes y ensayos involucrados en el análisis. Además hubo variación en el componente de cada intervención y también para la comparación. Por ejemplo, las intervenciones multidisciplinares diferían por profesión en términos de quien era parte del equipo y mientras que en cuatro</p>
--	--	--	--	---

					ensayos comparados la atención fue habitual, una consistió en un control activo de visitas amigable.
<p>Calidad del meta-análisis grado de recomendación C</p> <p>Nivel de calidad de evidencia II.3 Existen insuficientes evidencias aceptables para considerar su uso, sin embargo debería hacerse a partir de otros argumentos o criterios.</p>					