

Eficacia y seguridad de la respiración consciente para el tratamiento de distintas condiciones clínicas

Efficacy and safety of mindful breathing for the treatment of different clinical conditions

Informe técnico
ACIS, Avalia-t

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



AXENCIA GALEGA
DE COÑECIMENTO
EN SAÚDE

Eficacia y seguridad de la respiración consciente para el tratamiento de distintas condiciones clínicas

Efficacy and safety of mindful breathing for the treatment of different clinical conditions

Informe técnico
ACIS, Avalia-t

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



AXENCIA GALEGA
DE COÑECEMENTO
EN SAÚDE

PAZ VALIÑAS, L

Respiración consciente para el tratamiento de distintas condiciones clínicas / L Paz Valiñas, ... [et al]. — Madrid: Ministerio de Sanidad. Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t; 2024.

1 archivo pdf. (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad)

NIPO: 133-24-073-2

Depósito legal: C 366-2024

1. Respiración 2. Ejercicios Respiratorios I. Triñanes Pego, Y. II. Faraldo Vallés, M J. III. Casal Acción, B. IV. España. Ministerio de Sanidad. V. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS.

La Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico Avalia-t asume la responsabilidad exclusiva de la forma y el contenido final de este informe. Las manifestaciones y conclusiones de este informe son las del Servicio de Evaluación y no necesariamente las de sus revisores externos.

Este documento puede ser reproducido parcial o totalmente para uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Edición: 2024

Edita: Ministerio de Sanidad.

Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS

Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t.

NIPO: 133-24-073-2

Depósito legal: C 366-2024

Contacto: Avalia_t.Acis@sergas.es

Maquetación: Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

Este documento ha sido realizado por la Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico Avalia-t en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

Este informe se enmarca dentro de los objetivos del "Plan de protección de la salud frente a las pseudoterapias", impulsado por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Para citar este informe:

Paz Valiñas L, Triñanes Pego Y, Faraldo Vallés MJ, Casal Acción B. Respiración consciente para el tratamiento de distintas condiciones clínicas. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico Avalia-t; 2024. (Colección: Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad).

Índice

Siglas y acrónimos	13
Resumen dirigido a la ciudadanía	15
Summary addressed to citizens	17
I. Introducción	19
I.1. Descripción de la respiración consciente	20
I.2. Descripción de las indicaciones clínicas	23
I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia	24
II. Alcance y objetivo	27
II.1 Alcance	27
II.2 Objetivo	27
III. Metodología	29
III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	29
III.2. Selección de estudios	30
III.3. Valoración de la calidad de los estudios	31
III.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia	32
III.5. Participación de los agentes de interés	32
IV. Resultados	33
IV.1 Resultado de la búsqueda bibliográfica	33
IV.1.1 Características de los estudios incluidos	34
IV.1.2 Calidad metodológica de los estudios incluidos	36
IV.2. Descripción y análisis de resultados	38
IV.2.1 Seguridad	38
IV.2.2 Eficacia	38
IV. 3. Estudios en marcha	53
V. Discusión	55
V.1. De la búsqueda bibliográfica	55
V.2. Discusión de los estudios incluidos	55
V. 3. Discusión de los resultados de seguridad	57
V. 4. Discusión de los resultados de eficacia	58
VI. Conclusiones	63

Contribución de los autores	65
Declaración de intereses	67
Referencias bibliográficas	69
Anexos	73
Anexo A. Estrategias de búsqueda bibliográfica	73
Anexo B. Valoración del riesgo de sesgo	79
Anexo C. Tablas de evidencia	112
Anexo D. Estudios en marcha	130
Anexo E. Artículos excluidos	140

Lista de tablas

Tabla 1:	Descripción de la práctica de la respiración consciente.	14
Tabla 2:	Bases de datos bibliográficas de literatura biomédica	20
Tabla 3:	Pregunta de investigación en formato PICOD	22
Tabla 4:	Riesgo de sesgo de los ECA incluidos mediante la herramienta RoB 2	28
Tabla 5:	Media y DE de la puntuación del estrés y atención plena percibidos	30
Tabla 6:	Diferencia de medias desde el estado basal al mes y tres meses de seguimiento	31
Tabla 7:	Medias y DE para las variables de resultado antes y después del tratamiento por grupo	32
Tabla 8:	Comparación entre las diferentes medidas de resultado	32
Tabla 9:	Diferencia de medias para la variable de angustia y diferentes parámetros fisiológicos	33
Tabla 10:	Diferencia de medias para la variable de dolor	34
Tabla 11:	Cambios en la mediana y rango intercuartílico (IQR) de los grupos de comparación en la ESAS	34
Tabla 12:	Comparación de medias entre grupos de estudio	35
Tabla 13:	Comparación entre las diferentes medidas de resultado	36
Tabla 14:	Comparación por pares de las medidas de resultado	37
Tabla 15:	Valores descriptivos de las medidas de resultado	38
Tabla 16:	Comparación entre grupos sobre las medidas de resultado	39
Tabla 17:	Cambios en las variables de resultado entre los grupos de intervención y control	40
Tabla 18:	Resultados entre los grupos de comparación	41
Tabla 19:	Comparación de las diferencias entre los grupos intervención y control	41
Tabla 20:	Comparación de las diferencias de los subgrupos de pacientes entre los grupos intervención y control	42
Tabla 21:	Registros de presión arterial en participantes con hipertensión controlada	43
Tabla 22:	Puntuaciones del tablero de clavijas de Purdue en participantes con hipertensión controlada	43

Lista de figuras

Figura 1: Diagrama de flujo de los estudios identificados e incluidos	24
Figura 2: Proporción de cumplimiento de cada dominio por todos los estudios en evaluación	29

Siglas y acrónimos

AMED	<i>Allied and Complementary Medicine Database</i>
ATQ-P	Cuestionario Automático de Pensamientos Positivos (del inglés, <i>Automatic Thoughts Questionnaire-Positive</i>)
BDI-II	Inventario de Depresión de Beck-II (del inglés, <i>Beck Depression Inventory-II</i>)
CAMS-R	Escala de atención plena cognitiva y afectiva revisada (del inglés, <i>Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised</i>)
ECA	Ensayo clínico aleatorizado y controlado.
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
FFMQ	Cuestionario de <i>Mindfulness</i> de cinco fases (del inglés, <i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i>)
IBE	Índice biespectral.
ICTRP	Plataforma del Registro Internacional de Ensayos Clínicos (del inglés; <i>International Clinical Trials Registry Platform</i>).
MBSR	Reducción del estrés basada en la atención plena (del inglés, <i>Mindfulness-based stress reduction</i>).
PANAS	Programa de afecto positivo y negativo
PCL-C	Lista de verificación civil de trastorno de estrés postraumático (del inglés, <i>Post Traumatic Stress Disorder checklist-Civilian</i>).
RTA	Prueba de ansiedad revisada (del inglés, <i>Revised Test Anxiety</i>).
SB	Intervención de no atención plena (respiración lenta) (del inglés, <i>Slow Breathing</i>).
TEPT	Trastorno de estrés postraumático (del inglés, <i>Post-traumatic stress disorder</i>).

Resumen dirigido a la ciudadanía

Nombre de la técnica con pretendida finalidad sanitaria	Respiración consciente
Definición de la técnica e indicaciones clínicas	<p>La respiración consciente consiste en estar presente de forma plena en el momento en que se realiza la respiración y sentir los efectos de esta sobre el cuerpo. Esta práctica podría aliviar la sensación de angustia o estrés a la persona que la realiza, ya que disminuye el ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria a nivel físico.</p> <p>Este informe ha investigado la utilidad de esta práctica en el estrés, la ansiedad y la depresión, así como en otras patologías como la disnea (dificultad respiratoria o falta de aire) y la hipertensión arterial, y en pacientes que están en cuidados paliativos.</p>
Calidad de la evidencia	<p>Los estudios que evaluaron la respiración consciente no presentan una buena calidad, es decir, que pueden presentar errores en su planteamiento y, por tanto, sus resultados deben ser tomados con precaución.</p>
Resultados clave	<p>La respiración consciente podría considerarse una práctica segura y no se espera que aparezcan efectos adversos.</p> <p>Los resultados de los estudios localizados apuntan que podría reducir el estrés, la ansiedad y la depresión. En el entorno paliativo podría mejorar la angustia/malestar y los niveles de depresión y ansiedad, aunque no se han encontrado beneficios sobre síntomas como el dolor, la falta de aliento y las náuseas en estos pacientes. En cuanto a su uso en otras patologías, la evidencia parece señalar que podría mejorar la disnea y la hipertensión arterial.</p> <p>Estos resultados deben ser interpretados con suma cautela, ya que baja calidad metodológica global de la evidencia científica identificada no garantiza que sean extrapolables a la práctica clínica.</p>
Conclusión final	<p>No existe evidencia confiable que apoye la eficacia de la respiración consciente para el tratamiento de las condiciones clínicas evaluadas.</p>

Summary addressed to citizens

Name of the technique with health purposes	Mindful breathing or mindful breath awareness
Definition of the technique and clinical indications	<p>Mindful breathing or mindful breath awareness, consists of being fully present in the moment of breathing and feeling the effects of the breath on the body. This practice may reduce feelings of distress or stress for people who practice it, causing decreases in heart rate and respiratory rate at a physical level.</p> <p>This report has investigated the usefulness of this practice on stress, anxiety and depression, as well as in other pathologies such as dyspnea (shortness of breath), arterial hypertension, and palliative care patients.</p>
Quality of the evidence	The studies that have evaluated mindful breathing are generally of low quality, including failures in their approach, and therefore their results should be taken with caution.
Key results	<p>Mindful breathing could be considered as a safe practice and no adverse effects are expected.</p> <p>Results from studies suggest that mindful breathing may reduce stress, anxiety, and depression. In the palliative setting it may reduce distress, discomfort, depression, and anxiety levels, although no benefits have been found on symptoms such as pain, shortness of breath and nausea in these patients. In respect of its use in other conditions, the evidence seems to indicate that it could improve dyspnoea and arterial hypertension.</p> <p>These results should be interpreted with extreme caution, as the overall low methodological quality of the scientific evidence identified does not guarantee that they can be extrapolated to clinical practice.</p>
Final conclusion	There is currently no reliable evidence to support the efficacy of mindful breathing for the treatment of the clinical conditions evaluated.

I. Introducción

Este informe se enmarca en los objetivos del “Plan de protección de la salud frente a las pseudoterapias”, impulsado por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia e Innovación. Su principal objetivo es proporcionar a la ciudadanía información veraz para que pueda diferenciar las prestaciones y tratamientos cuya eficacia terapéutica o curativa ha sido contrastada científicamente de todos aquellos productos y prácticas que, en cambio, no lo han hecho.

El Plan contempla cuatro líneas de actuación y la primera de ellas es generar, difundir y facilitar información, basada en el conocimiento y en la evidencia científica más actualizada y robusta de las pseudoterapias a través de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS).

Con el fin de avanzar en esta línea se ha asignado una línea de actividad para el apoyo a la evaluación de la evidencia científica que se requiere desde el Plan de protección de la salud frente a las pseudoterapias en el marco del Plan de trabajo anual de la RedETS.

Como punto de partida se elaboró un análisis exploratorio inicial, basado en una búsqueda de las publicaciones científicas del tipo revisiones sistemáticas y ensayos clínicos, limitada temporalmente al período 2012-2018, en la base de datos médica Medline, sobre el listado de 138 terapias incluidas en el Documento de Situación de las Terapias Naturales del Ministerio de Sanidad (1). El análisis exploratorio realizado no identificó ensayos clínicos o revisiones sistemáticas publicados durante el periodo 2012-2018 que proporcionaran evidencia científica en el caso de 71 de los procedimientos incluidos en el listado. Por tanto, para estas técnicas no se localizó soporte en el conocimiento científico con metodología lo suficientemente sólida (ensayos clínicos o revisiones sistemáticas) que sirviera para evaluar su seguridad, efectividad y eficacia, de manera que se clasificaron como pseudoterapias según la definición del mencionado Plan, que considera pseudoterapia a la sustancia, producto, actividad o servicio con pretendida finalidad sanitaria que no tenga soporte en el conocimiento científico ni evidencia científica que avale su eficacia y su seguridad.

Para las restantes técnicas en las que se localizaron publicaciones científicas con la búsqueda realizada, se ha planificado un procedimiento de evaluación progresivo, para analizarlas en detalle. **En este marco se incluye la evaluación de la eficacia y seguridad de la respiración consciente** para el tratamiento de distintas condiciones clínicas.

I.1. Descripción de la respiración consciente

El documento de análisis de situación de las terapias naturales (Ministerio de Sanidad, 2011) define la respiración consciente integral como “una respiración consciente, pausada y profunda que actúa sobre el organismo de forma similar a los tranquilizantes o ansiolíticos, activando sustancias y sistemas opuestos a los de la respuesta del estrés, produciendo una sensación agradable de relajación y tranquilidad” (1). Según ese documento, la respiración consciente se clasificaría dentro de las denominadas técnicas de la mente y el cuerpo (como el yoga, la meditación, etc.).

Existen diferentes técnicas de respiración y, aunque la mayor parte de ellas tienen como finalidad la modificación del patrón respiratorio (2), en la respiración consciente debe existir, además, un componente de atención y consciencia, es decir estar presente de forma plena en el momento en que se realiza y sentir los efectos de la respiración sobre el cuerpo; es lo que diferentes autores en idioma inglés denominan *mindful breathing* o *breath awareness*. La respiración consciente es una de las prácticas centrales y de anclaje de las intervenciones basadas en la atención plena (*Mindfulness*), donde se guía a los participantes para que pongan su atención en la respiración.

Se han identificado diferentes definiciones de respiración consciente (tabla 1). En todas ellas el denominador común es la toma de consciencia del acto de respirar en el momento presente.

Teniendo en cuenta estas características que definen a la respiración consciente, en este informe no se tendrán en cuenta aquellas técnicas respiratorias que tengan como finalidad un entrenamiento físico o mejora de la respiración como el método Papworth o el Buteyko (que se basa en intentar mejorar la calidad del aire inspirado que llega a los pulmones, enfatizando la importancia de la respiración nasal para humedecer, limpiar y calentar el aire), o la respiración profunda diafragmática, que es un control de la respiración lenta y profunda que se emplea para modificar el patrón de respiración superficial e irregular (respiración torácica), donde la finalidad de las intervenciones es el control de síntomas de un amplio rango de condiciones clínicas como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la ansiedad o el dolor en el parto (9).

Tabla 1: Descripción de la práctica de la respiración consciente.

Autor	Definición de la intervención
Guan, 2016 (3)	La respiración consciente es una de las prácticas centrales y de anclaje de la atención plena. En ella, se guía a los participantes para que centren su atención en la respiración. Al experimentar cada respiración mientras se inhala, se exhala y repite la respiración, sirve como un ancla que devuelve al participante al momento presente y le ayuda a entrar en un estado de conciencia sobre sus propios pensamientos y emociones.
Hirshberg, 2018 (4)	La respiración consciente es una práctica fundamental de la atención plena que implica mantener la atención en las sensaciones físicas de la respiración y devolver suavemente la atención a la respiración cuando la mente se ha distraído. Se debe permitir que los pensamientos y otras distracciones potenciales aparezcan y desaparezcan de forma natural mientras se vuelve la atención a la sensación del movimiento de la respiración.
Beng, 2019 (5)	La respiración consciente consiste en relajar el cuerpo, cerrar los ojos y centrar la atención en la respiración. Si existe alguna distracción, se debe volver a dirigir amablemente la atención a la respiración.
Colgan, 2016 (6)	En la práctica de la respiración consciente, la atención se centra en las sensaciones físicas asociadas con la respiración. Cuando la mente se distrae con otra cosa que no sea la respiración, el individuo toma nota del pensamiento sin juzgarlo, lo deja pasar y suavemente vuelve a concentrarse en las sensaciones de la respiración.
Leh Ching, 2021 (7)	La respiración consciente es un ejercicio que implica prestar atención a la propia respiración sin distraerse con el entorno u otras experiencias internas.
Lei Chui, 2021 (8)	La respiración consciente combina la respiración rítmica y la atención al momento presente con aceptación y sin juzgar. Es un ejercicio que implica prestar atención a la propia respiración sin distraerse con el entorno u otras experiencias internas.

Fuente: elaboración propia a partir de diferentes fuentes.

Existen otras técnicas como el Pranayama, que se corresponde con los ejercicios respiratorios empleados en el Yoga, que comparten ciertos aspectos con la respiración consciente, ya que presentan un componente importante centrado en la atención a la respiración. Sin embargo, en estas prácticas también se modifica deliberadamente el proceso respiratorio, al igual que en otras intervenciones como la respiración diafragmática rápida, la respiración lenta/profunda, la respiración por las fosas nasales alternas y la contención/retención de la respiración (10). Por lo tanto, al incluir características de diferentes intervenciones se considera una entidad diferente y tendría que ser abordada de forma independiente y específica, por lo que no se recoge en el presente informe.

Mecanismo de acción

Como se acaba de describir, el componente principal de la respiración consciente es la atención que se presta a la respiración. Dicha atención facilitaría al participante para centrarse en el momento presente y lo ayudaría a entrar en un estado de consciencia sobre sus propios pensamientos y emociones. No obstante, el mecanismo de acción del componente de la atención al momento presente durante la respiración no se conoce con exactitud. Diferentes estudios han encontrado una asociación entre la respiración consciente y la no reactividad (11) y el descentramiento, y esta asociación se ha relacionado con una disminución de la depresión (12), excitación fisiológica, reactividad al estrés y reactividad (6).

Algunos autores han descrito que crear un espacio interior para notar y permitir que los pensamientos y emociones angustiantes pasen sin reaccionar y luego devolver la atención a la respiración puede servir para fortalecer la asignación de atención y mejorar la capacidad de la persona para reconocer la naturaleza transitoria de las señales o experiencias angustiantes (6, 13). Además, la no reactividad podría aumentar la tolerancia a las experiencias aversivas y disminuiría los patrones cognitivos rígidos y conductuales, interrumpiendo finalmente el ciclo de rumiación y depresión automáticos (6).

Además de los propios efectos de la atención sobre la respiración existirían otros mecanismos de acción asociados. Según diferentes autores, la práctica de la respiración consciente ralentiza el patrón respiratorio e intensifica la acción del nervio vago, lo que ayudaría a regular las respuestas del cuerpo al estrés (8).

El mecanismo de acción también podría estar mediado por la interacción entre la respiración lenta y la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) y la arritmia sinusal respiratoria (ASR), que es una medida objetiva de actividad nerviosa parasimpática (vagal). La variabilidad de la frecuencia cardíaca consiste en dos componentes periódicos: 1) alta frecuencia (HF, 0.15-0.5 Hz) y 2) baja frecuencia (LF, 0.04-0.15 Hz); el HF, también se conoce como la ASR, que refleja la actividad nerviosa parasimpática, mientras que el componente LF refleja tanto el sistema simpático como el parasimpático. Durante la inspiración el diafragma se contrae y baja, la cavidad torácica se expande y la presión intratorácica disminuye, y el aire fluye hasta los pulmones; la presión arterial también disminuye lo que activa los barorreceptores, el tono vagal es suprimido y la frecuencia cardíaca se incrementa. Durante la expiración, el diafragma se relaja y se mueve hacia arriba, lo que disminuye la capacidad torácica, incrementa la presión intratorácica y el aire fluye fuera de los pulmones. La presión arterial también se incrementa y desactiva los barorreceptores, el tono vagal no se suprime y la frecuencia cardíaca disminuye (14, 15). En cuanto a cómo afecta a la

presión arterial no está del todo claro; según algunos autores, podría estar relacionado con el mejor control del sistema parasimpático sobre el sistema cardiovascular. Si bien la presión arterial sistólica suele estar determinada por el gasto cardíaco, la presión arterial diastólica está más estrechamente asociada con la inflación del pulmón y una disminución de la resistencia vascular periférica. Se cree que la activación simpática a través de los núcleos hipotalámicos está estrechamente relacionada con el flujo de aire a través de las fosas nasales (16).

La respiración lenta parece promover una mayor flexibilidad psicofisiológica que vincularía la actividad parasimpática con la actividad del SNC relacionada con el control emocional y el bienestar psicológico, según refiere una revisión sistemática cuyo objetivo fue conocer los mecanismos de acción subyacentes a las técnicas de respiración lenta (17). Esta revisión indicó que, aunque no existe una evidencia concluyente, parece que hay una asociación entre el aumento de la potencia de VFC y de la potencia de baja frecuencia durante las técnicas de respiración lenta y los resultados psicológicos/conductuales de disminución de ansiedad, con efectos sobre la relajación y la excitación, junto con un mayor confort y tranquilidad, relajación, energía positiva y satisfacción. Además, a nivel de la actividad del SNC, señalaron que el aumento de la actividad alfa en el electroencefalograma y la disminución de la actividad theta se relacionaron con el control emocional y el bienestar psicológico.

1.2. Descripción de las indicaciones clínicas

Los estudios publicados han investigado el uso de la respiración consciente como intervención en diferentes síntomas psicológicos, en el entorno de cuidados paliativos y en patologías como la disnea y la hipertensión arterial.

En cuanto a la investigación centrada en síntomas psicológicos y salud mental, hasta la fecha se ha centrado en analizar su uso en aspectos como la percepción del estrés, niveles de depresión o ansiedad (6, 8, 18). En el entorno de los cuidados paliativos los diferentes estudios han investigado el efecto de la respiración consciente en diferentes síntomas físicos y psicológicos, y tanto en pacientes como en cuidadores (3, 5, 19-21). En cuanto a los estudios que investigan el efecto de la respiración consciente en la disnea y la hipertensión arterial, se han centrado en su papel en la mejora de estas patologías (7, 16, 22).

I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia

Síntomas psicológicos y trastornos mentales

El manejo clínico de los síntomas psicológicos y trastornos mentales investigados se realiza normalmente con un enfoque escalonado, en el que las intervenciones van aumentando (en número y/o intensidad) en función de la gravedad. Normalmente se consideran las intervenciones de autoayuda, tratamiento psicológico, farmacológico o su combinación. Los tratamientos psicológicos y farmacológicos son diferentes dependiendo del trastorno mental (23, 24).

Cuidados paliativos

El abordaje paliativo suele incorporar, además del tratamiento farmacológico para el control de síntomas, diferentes intervenciones no farmacológicas. Las intervenciones no farmacológicas pueden emplearse solas o de forma complementaria al tratamiento farmacológico. Las no farmacológicas pueden ser empleadas tanto para el control de síntomas psicológicos (por ejemplo, depresión o ansiedad) como para el control de síntomas físicos (como el dolor o la disnea) (25, 26).

Disnea

Aunque existen avances significativos en el tratamiento etiológico de la disnea, ha habido pocos avances en el tratamiento sintomático. Entre todas las intervenciones farmacológicas, los opioides son el tratamiento más estudiado. Además, en el asma, se ha descubierto que los opioides reducen la dificultad para respirar debido a enfermedades pulmonares como el cáncer de pulmón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la fibrosis pulmonar. Todas las otras opciones farmacológicas comúnmente prescritas para la disnea tienen evidencia limitada, incluyendo oxígeno suplementario, benzodiazepinas, fenotiazinas, furosemida nebulizada y corticosteroides. En cuanto a las intervenciones no farmacológicas, existe evidencia de que respaldan la integración de la rehabilitación pulmonar para el tratamiento de los pacientes con EPOC y otras intervenciones como el uso de ventiladores de mano para reducir la disnea (22).

En cuanto al abordaje de la disnea en pacientes oncológicos, entre la principal medida farmacológica se encuentran los opioides, aunque también se podrían valorar la oxigenoterapia, la ventilación no invasiva y de alto flujo. Entre las principales medidas no farmacológicas se encuentran el abanico,

el reentrenamiento respiratorio, las ayudas a la movilidad, la educación y la rehabilitación pulmonar (27).

Hipertensión

Existen 2 estrategias ampliamente establecidas para el tratamiento de la hipertensión arterial: las intervenciones en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico. Todas las guías coinciden en que los pacientes con HTA de grado 2 (PA 160-179/100-109 mmHg) o 3 (HTA de grado 3 PA \geq 180/110 mmHg) deben recibir tratamiento antihipertensivo combinado con intervenciones en el estilo de vida.

Las medidas recomendadas para los cambios en el estilo de vida de las que se ha demostrado que reducen la PA son la restricción de la ingesta de sal, la moderación en el consumo de alcohol, un consumo abundante de frutas y verduras, la reducción y el control del peso y la actividad física regular (28).

II. Alcance y objetivo

II.1 Alcance

El presente informe está dirigido a analizar la evidencia existente sobre el uso de las técnicas de respiración consciente en el tratamiento de distintas patologías y condiciones clínicas. No se considerará la evidencia sobre técnicas de respiración que formen parte de la intervención denominada rehabilitación pulmonar ni de las intervenciones de atención al parto. Tampoco se considerarán las técnicas de respiración que estén integradas en otras terapias alternativas o intervenciones (yoga, tai chi o *mindfulness*, por ejemplo).

El propósito es generar información actualizada y de calidad y difundirla a todos los grupos de interés (administraciones públicas, profesionales, ciudadanía, medios de comunicación, colegios profesionales, asociaciones de pacientes, etc.). Con ello se pretende informar a la ciudadanía y a todos los potenciales usuarios sobre la evidencia científica acerca de su valor terapéutico, así como sus potenciales efectos adversos y riesgos.

II.2 Objetivo

Evaluar la seguridad y eficacia/efectividad de las técnicas de respiración consciente en el tratamiento de distintas patologías y/o condiciones clínicas.

III. Metodología

III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Para dar respuesta al objetivo de este informe, se diseñó una estrategia de búsqueda basada en el documento de uniformidad de contenidos realizada por el grupo elaborador de informes del plan de pseudoterapias del Ministerio, en el que se indica que se seguirán las recomendaciones de la “Guía para la elaboración de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias” adoptada por la RedETS (29). En este, se da prioridad a la metodología de búsqueda de revisiones sistemáticas (RS) y a su actualización con estudios primarios; en caso de no recuperar RS, se procederá a la identificación, valoración y síntesis de información de los ensayos clínicos aleatorizados y controlados (ECA).

Las bases de datos consultadas para la recuperación de RS y ECA se reflejan en la tabla 2 y la estrategia completa de búsqueda, en el anexo A.

Tipos	Bases
Bases de datos específicas	<ul style="list-style-type: none">• Amed (Ovid)• PsycINFO (Ovid)
Bases de datos generales	<ul style="list-style-type: none">• Medline (PubMed)• Embase (Ovid)• Cochrane (Wiley)
Bases de datos de proyectos de investigación en curso	<ul style="list-style-type: none">• Clinicaltrials.gov• ICTRP (OMS)

Descriptorios/términos libres y límites (diseño epidemiológico, tipo de publicación, límite temporal, unidad de estudio, etc.) empleados

En la estrategia de búsqueda se emplearon diferentes descriptorios y términos libres como: “*conscious breath*”, “*integrative breath*”, “*breath therapy*”, “*respiratory conscious*” or “*respiratory integrative*”, “*mindful breath*”, “*breath awareness*”, entre otros. Los términos libres se han buscado en los campos título, resumen y palabras clave. En el anexo A se pueden consultar las estrategias completas empleadas en cada una de las bases de datos.

Se establecieron límites en la búsqueda para recuperar estudios en inglés o español. Además, para identificar estudios en curso y no publicados, se realizó una búsqueda en dos bases de datos de registros de ensayos clínicos, *ClinicalTrials.gov*, e *International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)*.

Realización de búsquedas manuales o en otras fuentes de información

Además, se realizó también una búsqueda manual dentro la bibliografía citada en los artículos seleccionados, así como en páginas web oficiales de organizaciones y/o sociedades científicas nacionales e internacionales para recuperar información relevante sobre el tema.

El resultado de la búsqueda se volcó en un gestor de referencias bibliográficas (EndNote 20.2), con el fin de eliminar los duplicados y facilitar la gestión documental.

Fecha de ejecución de la búsqueda. Actualizaciones de la búsqueda inicial

La búsqueda sistemática se realizó en el agosto de 2021 seleccionando primero en base al título y resumen, para posteriormente revisar a texto completo los trabajos potencialmente relevantes y realizar la selección definitiva. Además, se realizó una actualización de la búsqueda al finalizar el informe en diciembre de 2021 con el fin de incorporar toda la evidencia publicada hasta la fecha de edición del documento.

III.2. Selección de estudios

Los artículos fueron seleccionados según una serie de criterios de inclusión/exclusión previamente definidos y basados en la pregunta de investigación PICOD (pacientes, intervención, comparación, resultados y diseño del estudio) (tabla 3). La selección se realizó por pares, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión preestablecido, y las discrepancias fueron resueltas mediante consenso o intervención de un tercero, y los artículos potencialmente relevantes leídos a texto completo. El proceso de identificación y selección de estudios se plasmó en un diagrama de flujo según la declaración PRISMA de revisiones sistemáticas (30).

Tabla 3: Pregunta de investigación en formato PICOD

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Población estudiada	Pacientes adultos con cualquier patología o condición clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • Atención en el embarazo y parto • Intervención de rehabilitación pulmonar
Tipo de intervención	Técnicas de respiración consciente evaluadas de forma independiente (<i>mindful breathing, conscious breathing o breathing awareness</i>).	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de respiración consciente que formen parte de otras intervenciones del ámbito de la medicina alternativa como yoga, tai-chi o <i>mindfulness</i>, o que se encuentren dentro de la intervención denominada rehabilitación pulmonar ni de la atención al parto.
Comparación	Placebo o tratamiento habitual (farmacológico, fisioterapéutico u otro).	Comparaciones con otras potenciales pseudoterapias o terapias alternativas.
Medidas de resultado	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Seguridad</u>: cualquier evento adverso asociado al uso de la técnica de respiración consciente. • <u>Eficacia</u>: variables sobre los resultados clínicos y/o resultados percibidos por el paciente: alivio del dolor y calidad de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados subjetivos que no puedan ser valorados por herramientas o escalas validadas.
Diseño del estudio y tipo de publicación	<ul style="list-style-type: none"> • Revisiones sistemáticas/ metanálisis, ensayos clínicos aleatorizados y controlados (ECAs). • Informes de evaluación de tecnologías sanitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisiones narrativas, estudios comparativos no aleatorizados y estudios observacionales. • Se excluirán cartas al director, artículos de opinión, editoriales y comunicaciones a congresos. • Publicaciones no revisadas por pares.
Idioma	Castellano e inglés.	Cualquier otro idioma.

III.3. Valoración de la calidad de los estudios

La evaluación del riesgo de sesgos de los estudios incluidos se realizó siguiendo las recomendaciones de la “Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias” desarrollada dentro de la línea de trabajos metodológicos de la RedETS (29). Para el presente informe al incluir exclusivamente ECAs se ha empleado la herramienta de la Cochrane *Risk of Bias* (RoB 2) (31) (Anexo B).

La aplicabilidad se evaluará atendiendo al grado de conformidad de los estudios con la pregunta PICO (población diana, la intervención, el comparador, los resultados y el entorno).

III.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia

La selección de los estudios se ha llevado a cabo según los criterios de inclusión previamente descritos por dos revisoras de forma independiente. De los estudios finalmente incluidos se recogieron los datos sobre la autoría, fecha de publicación, país, objetivo, diseño metodológico, población diana, grupos de intervención y variables de resultado analizadas. Esta información fue volcada en hojas de extracción específicas para su síntesis y para la generación de las tablas de evidencia (anexo C) empleando la aplicación de lectura crítica: FLC 3.0. (32).

III.5. Participación de los agentes de interés

La implicación de los agentes con interés en la intervención a evaluar es un proceso que se realiza con el objetivo de que puedan realizar aportaciones sobre los aspectos relevantes para ellos. No obstante, en la respiración consciente, no se ha localizado ninguna asociación en el Registro Nacional de Asociaciones del Ministerio del Interior del Estado español.

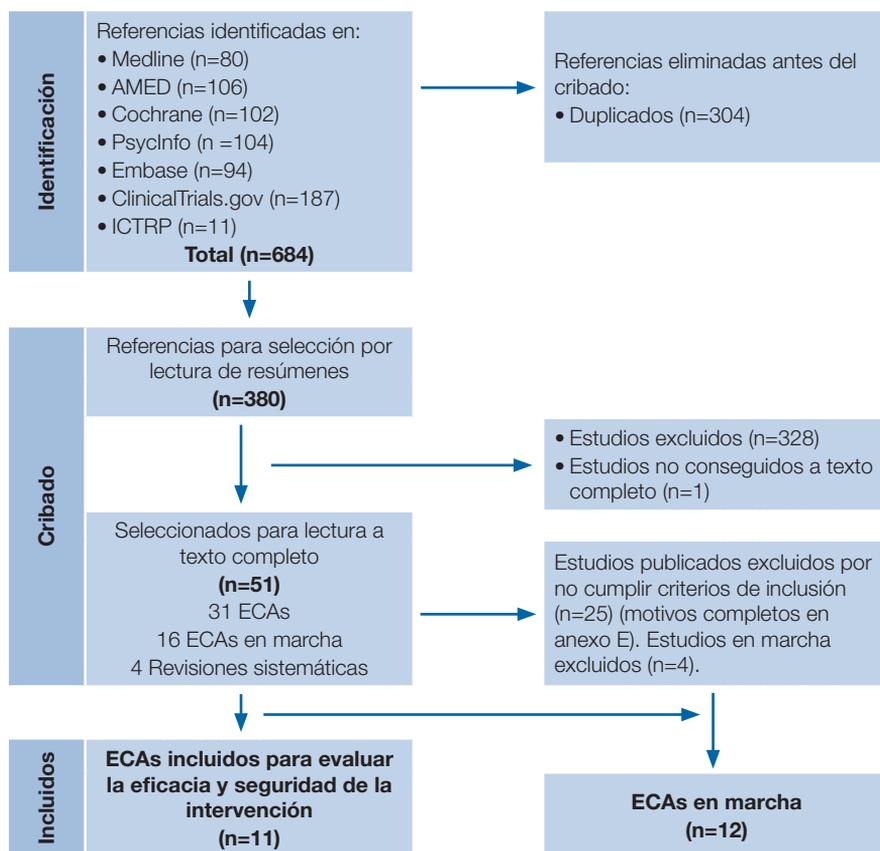
IV. Resultados

IV.1 Resultado de la búsqueda bibliográfica

La estrategia de búsqueda recuperó un total 684 referencias bibliográficas con 304 duplicados, tras la eliminación de estos, se procedió a la lectura de 380 resúmenes de los que se seleccionaron 50 estudios para su lectura a texto completo. El diagrama de flujo según la declaración PRISMA (30) de los estudios identificados e incluidos se muestran en la figura 1.

De las 50 referencias leídas a texto completo, se incluyeron 11 ECAs que cumplieron con los criterios de inclusión previamente establecidos en la metodología del informe. Además, se localizaron 12 ECAs en marcha que se detallan en el anexo D. Los estudios excluidos y su motivo de exclusión se detallan en el anexo E.

Figura 1: Diagrama de flujo de los estudios identificados e incluidos



IV.1.1 Características de los estudios incluidos

Se incluyeron un total de 11 ECAs que abordaron el empleo de la respiración consciente (del inglés: *mindful breathing o breath awareness*), en la que la intervención consiste en respirar de forma consciente, prestando atención al momento presente e integrando las sensaciones de cuerpo y mente (tabla 1 de la introducción de este informe). No se identificó ningún estudio en las bases de datos biomédicas que denominase a la intervención “respiración consciente integral” (en inglés: *integrative, full, global o comprehensive*).

Estos estudios analizaron la mejora de los síntomas relacionados con la salud mental y trastornos mentales (6, 8, 18); cuatro en el entorno paliativo (3, 5, 19-21), dos en la disnea (7, 22) y uno en la hipertensión arterial (16).

A continuación, se describen las principales características de los estudios. La descripción completa de las características se muestra en las tablas de evidencia del anexo C. La calidad de los estudios fue evaluada mediante la herramienta de valoración de riesgo de sesgos para ECAs: RoB 2, del grupo Cochrane (31), que se muestra desarrollado en el anexo B.

Síntomas relacionados con la salud mental y trastornos mentales

Los síntomas evaluados fueron principalmente el estrés, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos, con trastorno de estrés postraumático y estudiantes con niveles altos ansiedad.

- El ECA de Lei Chui et al del año 2021 (8) examinó los efectos de la práctica de respiración consciente sobre la percepción del estrés y la atención plena en 83 pacientes con cáncer que fueron aleatorizados a 5 minutos de práctica de respiración consciente, 3 veces al día durante 3 meses, o al grupo control con cuidado estándar que consistió en sesiones sobre cómo afrontar el tratamiento contra el cáncer. El riesgo de sesgo fue dudoso según la herramienta RoB 2.
- El ECA de Colgan et al publicado en el 2016 (6) evaluó la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR), la exploración corporal y respiración consciente entre los veteranos con trastorno de estrés postraumático (TEPT) y depresión en comparación con una intervención de no atención plena (SB) frente a un grupo de control (sentarse tranquilamente). Los autores realizan diferentes intervenciones, solo se tendrá en cuenta la respiración consciente, que consistió en una sesión guiada durante 20 minutos e incluyeron un total de 25 pacientes por brazo de comparación. Riesgo de sesgo dudoso según la herramienta RoB 2.
- El ECA realizado por Cho et al en el año 2016 (18) analizó la eficacia de las prácticas diarias de respiración consciente sobre la ansiedad

de estudiantes universitarios con niveles elevados de ansiedad frente a los exámenes. En el grupo intervenido 12 estudiantes realizaron una práctica de 30 minutos diarios de respiración consciente durante una semana; el grupo control, 12 estudiantes, no realizaron ningún entrenamiento. Este estudio presentó un riesgo de sesgo clasificado como dudoso mediante la herramienta RoB 2.

Entorno de cuidados paliativos

Los estudios incluidos valoraron el efecto de la respiración consciente sobre diferentes síntomas como el dolor, el cansancio, la ansiedad, depresión o el bienestar en pacientes y cuidadores en cuidados paliativos.

- Guan et al realizaron un ECA en el año 2016 (3) cuyo objetivo fue estudiar la eficacia de la respiración consciente de 5 minutos para reducción de la angustia/sufrimiento en 60 pacientes con cáncer en cuidados paliativos. Posteriormente, en el año 2021 se publicó la variable de resultado de reducción rápida del dolor basada en este ECA (19). Este ECA presentó un riesgo de sesgo alto según la herramienta RoB 2.
- El ECA de Look et al publicado en el año 2020 (21) determinó la eficacia de una única sesión de 20 minutos de respiración consciente en la reducción de diferentes síntomas (dolor, ansiedad, cansancio, somnolencia, náuseas, falta de apetito, depresión) en 40 pacientes en cuidados paliativos. El riesgo de sesgo de este ECA fue clasificado como dudoso según la herramienta RoB 2.
- En el año 2019 se publicó el ECA de Beng et al (33) en el que se estudió la eficacia de una única sesión de respiración consciente sobre la reducción del nivel percibido de sufrimiento en 20 pacientes de cuidados paliativos y los cambios en el índice biespectral (IBE) que es una escala de medición basada en la actividad eléctrica cerebral, entre estos pacientes frente al grupo control de 20 pacientes con una sesión de apoyo y escucha de 20 minutos. Este ECA presentó un riesgo de sesgo alto según la herramienta RoB 2 del grupo Cochrane (anexo B).
- Solo el ECA de Tan et al (31) examinó el efecto de la respiración consciente en cuidadores informales de cuidados paliativos. Tras una única sesión de respiración consciente de 20 minutos midieron el nivel de sufrimiento percibido, junto con los cambios en la puntuación del índice biespectral (IBE) en 20 cuidadores frente a un grupo control de 20 cuidadores con una sesión de escucha y apoyo de 20 minutos. Este ECA presentó un riesgo de sesgo alto según la herramienta RoB 2.

Disnea

Dos ECAs investigaron el efecto de la respiración consciente sobre la disnea:

- Leh-Ching et al, 2020 (7) comprobaron la eficacia de 20 minutos de respiración consciente en la reducción de la disnea en 15 pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada en comparación con 15 pacientes en reposo. Este ECA presentó un riesgo de sesgo alto según la herramienta RoB 2 del grupo Cochrane (anexo B).
- Tan et al, 2019 (22) examinaron el efecto de la respiración consciente durante 20 minutos sobre la reducción rápida de la disnea en reposo, en pacientes con cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma. Compararon 32 pacientes atendidos de forma estándar por parte del equipo respiratorio más una sesión de respiración consciente de 20 minutos con 31 pacientes atendidos solo de forma estándar. Este ECA presentó un riesgo de sesgo alto según la herramienta RoB 2 del grupo Cochrane (anexo B).

Hipertensión arterial

Solo se localizó un ECA que evaluó el efecto de la respiración consciente sobre la hipertensión. Este ECA publicado por Telles et al en el año 2013 (16) examinó el efecto de la respiración consciente y pranayama anuloma-viloma sobre la hipertensión y el desempeño de tareas (tablero de clavijas de Purdue) en pacientes con presión arterial elevada. Solo se tomaron los datos que hacen referencia a la práctica de respiración consciente (n=32), que fue de 10 minutos, y al grupo control (n=31) que fueron aleatorizados a una sesión de lectura neutra. El riesgo de sesgo de este ECA fue clasificado como dudoso según la herramienta RoB 2 (anexo B).

IV.1.2 Calidad metodológica de los estudios incluidos

Todos los estudios presentaron buenos resultados para el dominio de pérdidas de datos, con prácticamente ningún paciente perdido a lo largo del estudio. No obstante, en el dominio de medida de resultado, el riesgo de sesgo fue elevado en la mayoría de los ECAs, debido principalmente a que el conocimiento de la intervención recibida por parte de los evaluadores. En el dominio de desviación de las intervenciones establecidas, los resultados fueron mayoritariamente dudosos debido al conocimiento de la intervención por parte de los pacientes e investigadores. El dominio del proceso de aleatorización el riesgo fue bajo o dudoso, en estos últimos casos debido a la falta de información de cómo se había llevado a cabo este proceso. La valoración global de estos ensayos fue de riesgo alto o dudoso. En la tabla 4 se presenta la evaluación del riesgo de sesgo para cada ECA.

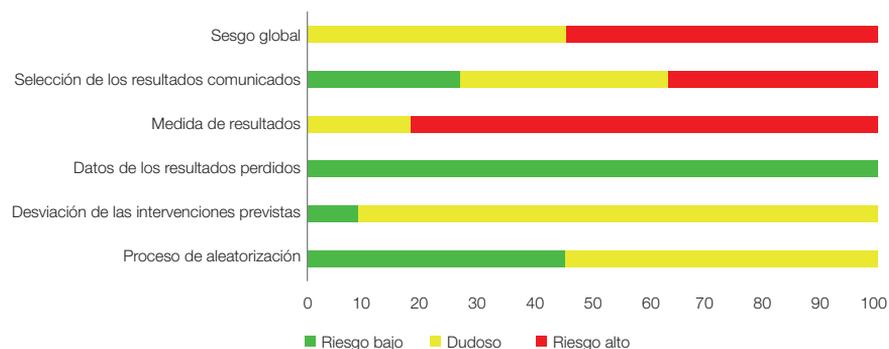
En la proporción de cumplimiento de cada dominio por ECA, el patrón de resultados fue similar con un riesgo de sesgo bajo para los datos perdidos ya que no se comunicaron perdidas de pacientes tratados; pero con sesgo de riesgo alto en la medida de resultado. Dando como resultado una valoración global de riesgo de sesgo elevado o dudoso (figura 2).

Tabla 4: Riesgo de sesgo de los ECAs incluidos mediante la herramienta RoB 2

ECA	Proceso de aleatorización	Desviación de las Intervenciones establecidas	Pérdida de datos de resultado	Medidas de los resultados	Selección de los resultados reportados	Valoración global
Lei Chui, 2021	+	!	+	-	+	!
Colgan, 2016	+	!	+	-	!	!
Cho, 2016	+	!	+	-	-	!
Guan, 2021	!	!	+	-	-	-
Look, 2020	+	!	+	-	+	!
Tan, 2020	+	!	+	-	!	-
Beng, 2019	!	!	+	-	-	-
Guan, 2016	!	!	+	-	!	-
Le-Ching, 2020	!	!	+	!	-	-
Tan, 2019	!	+	+	-	!	-
Telles, 2013	!	!	+	!	+	!

 Riesgo bajo
 Dudoso
 Riesgo alto

Figura 2: Proporción de cumplimiento de cada dominio por todos los estudios en evaluación



IV.2. Descripción y análisis de resultados

IV.2.1 Seguridad

La mayor parte de los ECAs incluidos no aportaron datos sobre la aparición de eventos adversos (3, 5, 6, 8, 18, 19, 21, 22). Solo tres informaron que no se produjo ningún evento adverso tras la práctica de respiración consciente (7, 16, 20).

IV.2.2 Eficacia

Las variables de resultado para evaluar la eficacia de la respiración consciente variaron en función de la condición evaluada y emplearon, además, diferentes herramientas o cuestionarios para analizarlas, con distintos tiempos de seguimiento, etc. lo que no permitió realizar un análisis agregado de los resultados. Por ello, los hallazgos de cada ECA se muestran de forma independiente. La información completa de los estudios está volcada en las tablas de evidencia que se muestran en el anexo C.

Síntomas relacionados con la salud mental y trastornos mentales

El ECA de Lei Chui et al del año 2021 (8) examinó los efectos de 5 minutos de práctica de respiración consciente, 3 veces al día durante 3 meses sobre la percepción del estrés y la atención plena en pacientes con cáncer. El estrés percibido se midió a través de la escala de estrés percibido de 10 ítems (PSS-10) (34) mediante una escala tipo Likert de 0-4 (0, nunca a 4 muy a menudo). La atención plena fue medida a través de la escala de atención plena cognitiva y afectiva revisada (*Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised*, CAMS-R) de 12 ítems (35). Los grupos de comparación no

presentaron diferencias basales en cuanto a edad, puntuación de angustia, origen étnico, estado civil, nivel de educación, estadio de la enfermedad y tipo de tratamiento. No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones medias al inicio y al mes de seguimiento (T1) entre el grupo control e intervención. Sin embargo, a los tres meses (T2) se encontraron mejorías en el grupo intervenido frente al control para el estrés ($p=0.01$) y la atención plena percibida ($p=0.02$) (tabla 5). En la tabla 6 se muestran la diferencia de medias entre los niveles basales y el tiempo de seguimiento con mejores resultados para el grupo de respiración consciente frente al control a los tres meses de seguimiento. Con un incremento significativo del estrés percibido en el grupo control en T1 y T2; y un descenso significativo en el grupo de intervención en T2 (-2.57 ; $p=0.03$), y con un nivel de atención plena percibida entre T2 y la línea basal significativamente diferente (3.57 ; $p=0.001$), lo que indica un aumento significativo en la atención plena percibida.

Tabla 5: Media y DE de la puntuación del estrés y atención plena percibidos

	Control (n=41)		Intervención (n=42)		p
	Media	DE	Media	DE	
Estrés percibido					
• Basal	25.22	7.18	28.12	5.92	0.05
• T1	28.85	3.91	27.62	6.06	0.09
• T2	29.02	3.42	25.55	5.57	0.01
Atención Plena Percibida					
• Basal	35	5.99	32.19	4.22	0.05
• T1	32.05	4.79	31.69	4.83	0.73
• T2	32.9	5.15	35.76	6.18	0.02

T1: 1 mes posintervención; T2: 3 meses posintervención; DE: desviación estándar. Significancia estadística ($p<0.05$).

Tabla 6: Diferencia de medias desde el estado basal al mes y tres meses de seguimiento

	Control (n=41)		Intervención (n=42)	
	Diferencia de medias	p	Diferencia de medias	p
Estrés percibido				
• Basal-T1	3.63	0.006	-0.5	0.09
• Basal-T2	3.8	0.007	-2.57	0.03
Atención Plena Percibida				
• Basal-T1	-2.95	<0.05	-0.5	0.62
• Basal-T2	-2.09	0.06	3.57	<0.05

T1: 1 mes posintervención; T2: 3 meses posintervención; DE: desviación estándar. Significancia estadística (p<0.05).

El ECA de Colgan et al (6) incluyó veteranos con trastorno de estrés postraumático (TEPT) y evaluó, entre otras intervenciones, la práctica de una sesión guiada de respiración consciente durante 20 minutos en la reducción del estrés y la depresión. Emplearon diferentes herramientas como el cuestionario de *Mindfulness* de cinco fases (FFMQ), el inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y la lista de verificación civil de trastorno de estrés postraumático (PCL-C). Los grupos no presentaron diferencias en sus características basales ($p>0.05$). Tras la intervención con respiración consciente, no se observaron beneficios en la puntuación de FFMQ ($p=0.51$), pero sí en la reducción del estrés postraumático (0.01) y de la depresión ($p=0.04$). En el grupo control también se observó una reducción del estrés, aunque rozando la significancia estadística ($p=0.05$) (tabla 7).

Tabla 7: Medias y DE para las variables de resultado antes y después del tratamiento por grupo

Intervención	Respiración consciente (n=25)			Control (n=25)		
	Pre tratamiento Media (DE)	Pos tratamiento Media (DE)	p	Pre tratamiento Media (DE)	Pos tratamiento Media (DE)	p
Total FFMQ	124.9 (20.03)	128.85 (21.35)	0.51	113.10 (17.61)	112.60 (17.94)	0.89
BDI-II	21.91 (10.25)	17.54 (11.26)	0.04	23.14 (11.64)	20.91 (13.62)	0.28
PCL-C	53.39 (10.96)	46.91 (11.05)	0.01	56.32 (.80)	51.55 (12.06)	0.05

FFMQ: cuestionario de *Mindfulness* de cinco fases; BDI-II: inventario de Depresión de Beck-II; PCL-C: lista de verificación civil de trastorno de estrés postraumático; DE: desviación estándar.

El ECA realizado por Cho et al (18) analiza el efecto de la práctica diaria de 30 minutos de respiración consciente y de reevaluación cognitiva en estudiantes universitarios con elevada ansiedad frente a los exámenes mediante la prueba de ansiedad revisada (RTA), el cuestionario automático de pensamientos positivos (ATQ-P) y el programa de afecto positivo y negativo (PANAS). Observaron reducción en el RTA a lo largo del tiempo para los tres grupos, aunque estos valores fueron mayores para el grupo de respiración consciente y de reevaluación cognitiva en comparación con el grupo control. La reevaluación por grupos mostró mejores resultados para la respiración consciente sobre los pensamientos positivos a lo largo del tiempo. No encontraron diferencias significativas entre los tres grupos de comparación para el PANAS (tabla 8).

Tabla 8: Comparación entre las diferentes medidas de resultado

	Respiración consciente Media (DE) (n=12)		Reevaluación cognitiva Media (DE) (n=12)		Control Media (DE) (n=12)		Grupo F	Tiempo F	Tiempo x Grupo F
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post			
RTA	49.75 (5.71)	38.58 (10.04)	50.58 (6.26)	41.17 (8.94)	47.92 (7.74)	43.33 (8.49)	0.19	57.05***	3.14 +
ATQ-P	86.67 (13.77)	100.83 (9.80)	87.58 (16.69)	90.00 (19.46)	89.42 (20.17)	89.67 (17.67)	0.34	11.00**	6.53**
PANAS	63.83 (9.78)	66.50 (8.49)	60.92 (5.82)	62.75 (7.76)	63.83 (7.08)	62.75 (8.82)	0.70	0.67	0.67

+p=0.56; **p<0.01; ***p<0.001; DE: desviación estándar; Pre: preintervención; Post: posintervención; RTA: Prueba de ansiedad revisada; ATQ-P: cuestionario automático de pensamientos positivos; PANAS: programa de afecto positivo y negativo.

Entorno de cuidados paliativos

El ECA de Guan et al incluyó pacientes con cáncer en cuidados paliativos y publicaron dos estudios con diferentes variables de resultado: en el año 2016 (3) evaluaron la angustia y diferentes variables fisiológicas (frecuencia respiratoria, presión arterial, pulso y respuestas de la piel como conductancia y temperatura) y el año 2021 (19) publicaron los resultados sobre la reducción rápida del dolor tras la práctica de cinco minutos de respiración consciente. En los niveles percibidos de angustia justo después de la intervención (T2) y a los 10 minutos posteriores (T3) encontraron una reducción significativa en el grupo de respiración consciente ($p < 0,01$), y sin cambios en los pacientes del grupo control. En las variables fisiológicas de frecuencia respiratoria y presión arterial también se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo intervenido con respiración consciente frente al grupo control tanto a T1 como a T2. Justo tras la intervención no se observaron diferencias en la respuesta de conductancia de la piel, pero sí a los 10 minutos tras la intervención; mientras que en el pulso el efecto se observó justo tras la respiración consciente, restaurándose los valores a los 10 minutos de seguimiento (tabla 9).

En el año 2021 (19) estos autores publicaron los resultados de la respiración consciente sobre el dolor percibido que midieron a través de una escala visual analógica (VAS). Aunque el grupo intervenido con respiración consciente obtuvo mejores resultados sobre el dolor, no se observaron diferencias estadísticamente significativas frente al grupo control (tabla 10).

Tabla 9: Diferencia de medias para la variable de angustia y diferentes parámetros fisiológicos

Variables	5 minutos de respiración consciente vs control	
	T1-T2 intervención vs T1'-T2' control p	T1-T3 intervención vs T1-T3' control P
Angustia	<0.01	<0.01
Frecuencia respiratoria	<0.01	<0.01
Presión sistólica	<0.01	<0.01
Presión diastólica	0.03	0.03
Pulso	<0.01	0.09
Temperatura de la piel	0.05	0.03
Respuesta de la piel	0.13	<0.01

T1: tiempo antes de la intervención; T2: tiempo justo después de la intervención; T3: 10 minutos tras la intervención.

Tabla 10: Diferencia de medias para la variable de dolor

	Intervención (n=30)					Control (n=30)					Intervención vs control (p)	
	T1 media (DE)	T2 media (DE)	T3 media (DE)	T1-T2 P	T1-T3 P	T1 media (DE)	T2 media (DE)	T3 media (DE)	T1-T2 P	T1-T3 P	T1-T2 vs T1'-T2'	T1-T3 vs T1'-T3'
Dolor	4.12 (2.62)	3.65 (2.50)	3.48 (2.49)	0.46	0.32	4.17 (2.62)	3.93 (2.37)	3.93 (2.37)	0.72	0.72	NS	NS

T1: tiempo antes de la intervención; T2: tiempo justo después de la intervención; T3: 10 minutos tras la intervención. NS: no significativo.

Look et al (21) emplearon una única sesión de 20 minutos de respiración consciente en 40 pacientes con diferentes patologías y en cuidados paliativos. Los síntomas de dolor, ansiedad, cansancio, somnolencia, náuseas, falta de apetito y depresión fueron medidos mediante la escala de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) que se utiliza en pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos. Las características basales fueron similares en ambos grupos de comparación excepto para la depresión y para la puntuación total de la ESAS (mayores en el grupo de intervención). Tras la sesión de la respiración consciente se observó una reducción significativa de la somnolencia, falta de apetito, depresión, ansiedad y bienestar, así como en la puntuación total de la ESAS, y sin efecto para las variables de dolor, falta de aliento y náuseas (tabla 11). En el grupo control no se observaron diferencias en ninguna de las variables analizadas.

Tabla 11: Cambios en la mediana y rango intercuartílico (IQR) de los grupos de comparación en la ESAS

Variables	Intervención (n=20)			Control (n=20)		
	Mediana (IQR) T0	Mediana (IQR) T20	p	Mediana (IQR) T0	Mediana (IQR) T20	p
Dolor	3.0 (4)	2.5 (6)	0.468	1.0 (5)	2.0 (5)	0.152
Cansancio	5.0 (4)	4.0 (8)	0.103	5.0 (4)	5.0 (4)	0.635
Somnolencia	5.0 (8)	3.0 (8)	0.037	4.0 (4)	5.0 (4)	0.512
Náuseas	0.0 (1)	0.0 (0)	0.068	0.0 (1)	0.0 (1)	0.832
Falta de apetito	6.0 (2)	4.5 (4)	0.017	4.0 (8)	3.5 (7)	0.36
Falta de aliento	2.5 (7)	3.0 (6)	0.636	0.0 (5)	0.5 (4)	0.453
Depresión	5.5 (5)	3.0 (5)	0.004	3.0 (5)	2.0 (5)	0.057
Ansiedad	5.0 (7)	3.0 (5)	0.02	3.0 (4)	3.0 (5)	0.999
Bienestar	5.0 (3)	5.0 (4)	0.003	5.0 (5)	4.5 (6)	0.754
Puntuación total	38.3 (12.9)	28.3 (15.5)	<0.001	28.7 (7.2)	29.0 (12.3)	0.886

ESAS: Escala de evaluación de síntomas de Edmonton. T0: tiempo de la intervención; T20: a los 20 minutos de la intervención.

El análisis de los rangos medios, indicaron una reducción significativa de la puntuación total de la ESAS entre ambos grupos de comparación ($p=0.005$). Para los síntomas de forma individual, esta reducción se observó solo para la depresión ($p=0.033$) y la ansiedad (0.021); manteniéndose estas diferencias incluso después de ajustar los valores basales de la escala ESAS (tabla 12).

Tabla 12: Comparación de medias entre grupos de estudio			
	Intervención (n=20)	Control (n=20)	
Variables	Rango medio (T0-T20)	Rango medio (T0-T20)	p
Dolor	17.8	23.2	0.149
Cansancio	17.0	24.1	0.056
Somnolencia	17.2	23.8	0.072
Náuseas	18.8	22.3	0.355
Falta de apetito	18.2	22.9	0.211
Falta de aliento	20.2	20.8	0.883
Depresión	16.6	24.4	0.033
Ansiedad	16.3	24.8	0.021
Bienestar	17.3	23.7	0.086
Puntuación total	15.4	25.6	0.005

T0: minuto 0; T20: minuto 20.

El ECA de Beng et al (5) estudió la eficacia de una única sesión de respiración consciente de 20 minutos sobre la reducción del nivel percibido de sufrimiento y en los cambios en el índice bispectral (IBE) en pacientes con diferentes condiciones en cuidados paliativos. Se observó una reducción estadísticamente significativa de la puntuación de la medida de sufrimiento y el dolor tanto en el grupo de intervención como en el grupo control y sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos a los diferentes tiempos de seguimiento (T1, T2, T3, T4 y T5). El IBE mostró diferencias significativas entre el grupo de respiración consciente y el grupo control en T2 ($p=0.000$), T3 ($p=0.000$), T4 ($p=0.000$) y T5 ($p=0.000$) (tabla 13).

Tabla 13: Comparación entre las diferentes medidas de resultado

Medidas de Resultado (puntuaciones)	Respiración consciente Media (DE) (n=20)	Control Media (DE) (n=20)	p
Sufrimiento			
• T1	6.65 (1.74)	6.61 (1.83)	0.66
• T2	4.45 (2.28)	5.44 (2.41)	0.19
• T3	4.70 (2.10)	5.56 (2.23)	0.64
• T4	3.00 (2.10)	3.67 (2.19)	0.61
• T5	3.25 (2.15)	4.06 (2.28)	0.53
Dolor			
• T1	4.10 (2.67)	3.35 (3.39)	0.44
• T2	2.45 (2.21)	3.00 (2.99)	0.51
• T3	2.75 (2.29)	2.95 (2.98)	0.81
• T4	1.85 (1.95)	2.85 (2.96)	0.22
• T5	2.00 (2.10)	2.95 (2.98)	0.25
Valor IBE			
• T1	98.00 (1.50)	98.00 (1.00)	0.793
• T2	79.00 (11.00)	95.00 (4.50)	0.000
• T3	84.00 (11.50)	98.00 (1.50)	0.000
• T4	73.00 (15.00)	90.00 (7.50)	0.000
• T5	85.00 (10.50)	97.00 (5.00)	0.000

IBE: Índice biespectral; T1: niveles basales; T2: durante los 5 minutos; T3: a los 5 minutos; T4: a lo largo de los 20 minutos; T5: a los 20 minutos.

Para la comparación por pares, hubo una reducción en la puntuación de sufrimiento para ambos grupos, pero la significación estadística ocurrió antes en el grupo de respiración consciente (antes del minuto 5) en comparación con el grupo control (antes del minuto 20); también en la puntuación del dolor se observó una reducción estadísticamente significativa en el grupo de respiración consciente, pero no en el grupo de control. En los valores del IBE, se observaron reducciones en ambos grupos, pero la significación estadística fue consistente para todos los marcos temporales en el grupo de respiración consciente en comparación con el grupo de control (tabla 14).

Tabla 14: Comparación por pares de las medidas de resultado

Medidas de Resultado (puntuaciones)	Respiración consciente Diferencia de medias	p	Control Diferencia de medias	p
Sufrimiento				
• T2-T1	-2.20	0.00	-1.17	0.017
• T3-T1	-1.95	0.00	-1.06	0.11
• T4-T1	-3.65	0.00	-2.94	0.00
• T5-T1	-3.40	0.00	-2.56	0.00
Dolor				
• T2-T1	-1.65	0.01	-0.35	1.00
• T3-T1	-1.35	0.01	-0.40	1.00
• T4-T1	-2.25	0.00	-0.50	1.00
• T5-T1	-2.10	0.00	-0.40	1.00
Valor IBE				
• T2-T1	10.00	0.00	8.87	0.00
• T3-T1	10.00	0.00	7.33	0.32
• T4-T1	9.50	0.00	10.00	0.00
• T5-T1	9.00	0.00	9.23	0.02

IBE: Índice biespectral; T1: niveles basales; T2: durante 5 minutos; T3: a los 5 minutos; T4: a lo largo de los 20 minutos; T5: a los 20 minutos.

Uno de los ECAs examinó el efecto de la respiración consciente en cuidadores informales de cuidados paliativos (20). Estos autores observaron una reducción significativa en la puntuación de sufrimiento tanto en el grupo de intervención como en el grupo de control en T2, T3, T4 y T5; mientras que para el valor del IBE esta reducción solo se observó en el grupo de intervención para estos mismos intervalos temporales. En el grupo control, se produjo una reducción significativa en el valor de IBE solo en T2 y T4.

Tabla 15: Valores descriptivos de las medidas de resultado

Medidas de Resultado (puntuaciones)	Respiración consciente Mediana (IQR) (n=20)	Control Mediana (IQR) (n=20)
Sufrimiento		
• T1	7 (3)	6.5 (3)
• T2	4.5 (3)	5.5 (2)
• T3	5 (4)	5 (2)
• T4	3 (2)	4.5 (3)
• T5	3 (3)	4.5 (4)
Valor IBE		
• T1	98 (1)	98 (0)
• T2	84 (10)	94.5 (6)
• T3	87.5 (9)	97 (2)
• T4	72 (16)	89.5 (11)
• T5	88 (7)	97 (2)

IBE: Índice índice biespectral; T1: niveles basales; T2: durante 5 minutos; T3: a los 5 minutos; T4: a lo largo de los 20 minutos; T5: a los 20 minutos.

En la comparación entre los grupos, la reducción en la puntuación de sufrimiento en el grupo de intervención fue significativamente mayor que en el grupo de control en el minuto 20 ($p=0.036$). La reducción en el valor del IBE en el grupo de intervención fue significativamente mayor que en el grupo de control en el minuto 20 ($P<0.001$) (tabla 16).

Tabla 16: Comparación entre grupos sobre las medidas de resultado

Medidas de Resultado (puntuaciones)	Respiración consciente (n=20)		Control (n=20)		p
	Mediana	Rango medio	Mediana	Rango medio	
Sufrimiento					
• T2-T1	-2.0	25.35	0.0	15.65	0.006
• T3-T1	-0.5	21.65	-1.0	19.35	0.510
• T4-T1	-3.0	25.22	-2.0	15.78	0.010
• T5-T1	-3.0	24.30	-2.0	16.70	0.036
Valor IBE					
• T2-T1	-12.5	29.22	-1.5	11.78	<0.001
• T3-T1	-9.5	29.88	0.0	11.12	<0.001
• T4-T1	-25.5	29.30	-7.0	11.70	<0.001
• T5-T1	-8.0	29.52	-0.5	11.48	<0.001

IBE: Índice biespectral; T1: niveles basales; T2: durante 5 minutos; T3: a los 5 minutos; T4: a lo largo de los 20 minutos; T5: a los 20 minutos.

Disnea

Dos ECAs evaluaron el efecto de la práctica de 20 minutos de respiración consciente en la reducción de la disnea. Leh-Ching et al (7) en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada y Tan et al (22) en pacientes con cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma.

Leh-Ching et al (7) observaron una tendencia no significativa en la mejora de la saturación de oxígeno y la disminución de la frecuencia del pulso, pero sin diferencias estadísticamente significativas ni al inicio (T0) ni a los 20 minutos (T20) en los 2 grupos de comparación con respecto a la puntuación de disnea, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, frecuencia del pulso y presión arterial.

Al realizar el análisis de diferencia de medianas entre los grupos de comparación, sí encontraron una reducción estadísticamente significativa de la disnea en el grupo de respiración consciente en comparación con el grupo de control en T20 ($p=0.007$). Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para los otros parámetros analizados (tabla 17).

Tabla 17: Cambios en las variables de resultado entre los grupos de intervención y control

Variables de resultado	Respiración consciente (n=15)		Control (n=15)		P
	Mediana (IQR)	Rango medio	Mediana (IQR)	Rango medio	
Escala disnea (ESAS)					
	-2.0 (1.0)	11.30	0.0 (1.0)	19.70	0.007
Frecuencia respiratoria	Mediana (IQR)	Rango medio	Mediana (IQR)	Rango medio	
	0.0 (8.0)	16.17	0.0 (4.0)	14.83	0.667
Saturación O₂	Media	DE	Media	DE	
	0.27	2.31	-0.07	1.67	0.654
Pulso	Mediana (IQR)	Rango medio	Mediana (IQR)	Rango medio	
	-6.0 (12.0)	13.63	0.0 (9.0)	17.37	0.244
Presión sistólica	Media	DE	Media	DE	
	-1.07	11.18	-1.07	6.82	1.000
Presión diastólica	Media	DE	Media	DE	
	-1.73	7.77	0.60	7.84	0.420

ESAS: Edmond Symptom Assessment System; IQR: rango intercuartílico.

El ECA de Tan et al (22) reportó que el 65.6% de los participantes en el grupo de respiración consciente experimentaron una mejoría en la disnea en T5 en comparación con el 12,9% de los participantes en el grupo de control (OR 12.9; IC95%: 3.59-46.28; P<0.001). En T20 el 68.8% de los participantes en el grupo de respiración consciente experimentó una mejoría en la disnea en comparación con el 29,0% de los participantes en el grupo de control (OR 5.4; IC95%: 1.83-15.79; P=0.002) (tabla 18).

Tabla 18: Resultados entre los grupos de comparación

Variables de resultado	Respiración consciente (n=32)	Control (n=31)	P	OR (IC95%)
MBDS, n (%)				
• T5	21 (65.6)	4 (12.9)	<0,001	12.9 (3.59–46.28)
• T20	22 (68.8)	9 (29.0)	0.002	5.4 (1.83–15.79)
Sa O₂, n (%)				
• T5	12 (37.5)	4 (12.9)	0.025	4.1 (1.15–14.43)
• T20	12 (37.5)	5 (16.1)	0.056	3.1 (0.94–10.31)
FR, n (%)				
• T5	20 (62.5)	17 (54.8)	0.537	1.4 (0.50–3.75)
• T20	19 (59.4)	10 (32.4)	0.031	3.1 (1.09–8.61)

OR = odds ratio; IC = intervalo de confianza; MBDS = escala de disnea de Borg modificada; T5 = minuto 5, T20 = minuto 20; Sa O₂ = saturación de oxígeno; FR = frecuencia respiratoria.

En la comparación de medias, se observó una reducción estadísticamente significativa de la disnea en el grupo de respiración consciente en comparación con el grupo de control a los 5 y 20 minutos ($p < 0.001$). Así como una mejora en la saturación de oxígeno fue significativa en T5 y la mejora en frecuencia respiratoria fue significativa en T20 ($p = 0.023$) (tabla 19).

Tabla 19: Comparación de las diferencias entre los grupos intervención y control

Variables de resultado	Respiración consciente		Control		P -
	Mediana (IQR)	Rango medio	Mediana (IQR)	Rango medio	
MBDS					
• T5 – T0	-1.0 (1.0)	23.28	0 (0)	37.72	<0.001
• T20 – T0	-2.0 (2.0)	23.00	0 (1.0)	36.77	0.001
Sa O₂ (%)					
• T5 – T0	0 (2.0)	35.48	0 (1.0)	25.52	0.021
• T20 – T0	0 (2.5)	33.26	0 (1.0)	26.85	0.141
RR (respiraciones / min)					
T5 – T0	-2 (6.5)	27.05	-2.0 (4.0)	33.95	0.120
T20 – T0	-2 (6.0)	24.90	0 (4.0)	34.93	0.023

IQR = rango intercuartílico; MBDS = escala de disnea de Borg modificada; T5 = minuto 5; T0 = niveles basales; T20 = minuto 20; Sa O₂ = saturación de oxígeno; RR = frecuencia respiratoria.

En los análisis por subgrupos, se encontró una reducción significativa de la disnea en el grupo de respiración consciente para los tres subgrupos en T5. La mayor reducción de la disnea se produjo en el subgrupo de asma ($p=0.006$), seguido del de cáncer de pulmón ($p= 0.041$) y EPOC ($p=0.034$). También se redujo la disnea en los tres subgrupos en T20, pero solo fue significativo en el subgrupo de asma ($p=0.003$). En la misma línea, se observaron mejores resultados para la saturación de oxígeno en T5 para el asma y la frecuencia respiratoria (RR) en T20 en pacientes con EPOC (tabla 20).

Tabla 20: Comparación de las diferencias de los subgrupos de pacientes entre los grupos intervención y control

Variables de resultado	Respiración consciente		Control		P
	Mediana (IQR)	Rango medio	Mediana (IQR)	Rango medio	
Cáncer de pulmón					
• MBDS T5 – T0	-1.0 (1.0)	13.23	0 (0)	19.38	0.041
• MBDS T20 – T0	-2.0 (2.0)	13.50	0 (1.5)	18.06	0.147
• Sa O ₂ T5 – T0	0 (1.0)	19.33	0 (1.0)	14.00	0.080
• Sa O ₂ T20 – T0	0 (2.0)	18.61	0 (1.0)	13.85	0.120
• RR T5 – T0	-2.0 (8.0)	14.77	-2.0 (4.0)	18.03	0.315
• RR T20 - T0	-3.0 (9.0)	13.46	0 (4.0)	18.09	0.153
EPOC					
• MBDS T5 – T0	0 (1.5)	6.67	0 (0)	10.86	0.034
• MBDS T20 – T0	-1.0 (2.0)	6.89	0 (1.0)	10.57	0.076
• Sa O ₂ T5 – T0	0 (2.5)	9.17	0 (1.0)	7.64	0.496
• Sa O ₂ T20 – T0	-1.0 (5.0)	8.00	0 (1.0)	9.14	0.627
• RR T5 – T0	-4.0 (7.0)	7.78	-2.0 (4.0)	9.43	0.483
• RR T20 - T0	-4.0 (4.0)	6.33	2.0 (6.0)	11.29	0.035
Asma					
• MBDS T5 – T0	-1.5 (1.8)	5.19	0 (0)	11.21	0.006
• MBDS T20 – T0	-2.3 (2.8)	5.00	0 (0)	11.43	0.003
• Sa O ₂ T5 – T0	1.0 (4.5)	10.19	-1.0 (3.0)	5.50	0.039
• Sa O ₂ T20 – T0	1.0 (3.0)	9.38	-1.0 (3.0)	6.43	0.197
• RR T5 – T0	-4.0 (4.8)	6.38	0 (6.0)	9.86	0.118
• RR T20 - T0	-2.0 (11.8)	7.06	0 (2.0)	9.07	0.369

IQR = rango intercuartílico; MBDS = escala de disnea de Borg modificada; T5 = minuto 5; T0 = niveles basales; T20 = minuto 20; Sa O₂ = saturación de oxígeno; RR = frecuencia respiratoria.

Hipertensión

Solo se localizó un ECA que examinó el efecto de la respiración consciente y del pranayama anuloma-viloma sobre la hipertensión (tabla 21) y el desempeño de tareas (empleando el tablero de clavijas de *Purdue*) (tabla 22) en pacientes con hipertensión arterial. Solo se recogen los datos que hacen referencia a la respiración consciente que mostró una disminución significativa de la presión arterial sistólica ($p < 0.05$).

Tabla 21: Registros de presión arterial en participantes con hipertensión controlada

Grupos	Presión sanguínea sistólica		Presión arterial diastólica	
	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)
Respiración consciente	130.67 \pm 16.39	127.20' \pm 13.72	84.33 \pm 10.73	83.73 \pm 9.26
% cambio	-2,65		-0,71	
Control	140.83 \pm 14.22	139.53 \pm 18.65	81.20 \pm 9.42	81.33 \pm 9.37
% cambio	-0.92		0.16	

* $p < 0,05$;
 *** $p < 0,001$ antes y después de la intervención.

En relación con la puntuación de tareas del tablero de clavijas de Purdue con la mano derecha, mostraron una diferencia significativa entre los estados pre y posintervención ($p < 0.001$), pero sin diferencias significativa entre los tres grupos de comparación. Las puntuaciones de la mano derecha también mejoraron en el grupo control (lectura de una revista) ($p < 0.05$).

Tabla 22: Puntuaciones del tablero de clavijas de Purdue en participantes con hipertensión controlada

Grupos	Mano derecha		Mano izquierda		Ambas manos	
	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)
Respiración consciente	11.43 \pm 2.33	12.07 \pm 2.05	10.87 \pm 2.01	11.10 \pm 1.81	8.53 \pm 1.81	8.70 \pm 1.66
% cambio	5.59		2.11		1.99	
Control	11.57 \pm 2.43	12.37' \pm 2.36	10.63 \pm 1.99	10.77 \pm 1.89	8.60 \pm 2.43	8.70 \pm 2.83
% cambio	6.91		1.31		1.16	

* $p < 0.05$

IV. 3. Estudios en marcha

La estrategia de búsqueda localizó un total de 187 estudios en marcha en la base de datos de ClinicalTrial.gov y 11 en la ICTRP. De estos, solo 12 abordan el papel de la respiración consciente en diferentes condiciones como el insomnio, la EPOC, fatiga (en pacientes con cáncer), depresión en adolescentes, en pacientes en hemodiálisis o rehabilitación. Algunos de ellos investigan, también, los posibles mecanismos de acción de la práctica de respiración consciente y sus efectos positivos. Señalar que algunos de estos estudios recogidos en la base de datos de la *clinicaltrials.gov*, se encuentran duplicados con información del mismo ECA, pero en diferentes fases de desarrollo (piloto, reclutamiento de más pacientes, etc.). Indicar que, el hecho de que actualmente se esté investigando, tanto los mecanismos de acción como la eficacia de esta intervención, denota el interés existente por esta práctica, donde estos nuevos resultados podrán aportar nueva evidencia de cara valorar su eficacia y seguridad. Sus características se describen en el anexo D.

V. Discusión

V.1. De la búsqueda bibliográfica

La búsqueda de la literatura fue diseñada para no perder información relevante, primando la sensibilidad sobre la especificidad. Se diseñó una estrategia de búsqueda que fue adaptada a las distintas bases de datos, los términos de la misma fueron revisados por una segunda documentalista, evitándose así erratas y pérdida de sinónimos o descriptores, tal y como se aconseja en las principales guías metodológicas (36-38). Además, para asegurar la exhaustividad de los resultados, la búsqueda no se limitó ni por año ni por idioma.

La búsqueda para desarrollar el informe incluyó los términos en inglés relacionados con la respiración consciente (principalmente *mindful breathing* y *breath awareness*). Además, la estrategia incluyó los textos *integrative breath o respiratory integrative* y términos en inglés relacionados con el adjetivo “integral” (*integrative, full, global o comprehensive*) de forma que la estrategia recuperara todo lo publicado relativo a la técnica denominada “respiración consciente integral” según el documento de análisis de situación de las terapias naturales del Ministerio de Sanidad (2011) (1).

Con la finalidad de asegurar la pertinencia de los resultados, en cuanto a la tipología de los estudios, se emplearon filtros validados por el *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (39).

Para evitar la pérdida de estudios publicados durante las fases de análisis y redacción, se refrescó la búsqueda antes de la publicación del documento.

Teniendo en cuenta todo este proceso, la estrategia de búsqueda podría garantizar que se recuperó toda la información relevante y que no presenta limitaciones que afecten a la calidad de este informe.

Tras la revisión a texto completo de los estudios, se incluyeron 11 ECAs de 50 estudios seleccionados para su lectura a texto completo, porcentaje relativamente alto, lo que refleja que la búsqueda además de sensible, también presentó una buena especificidad ajustándose al tema de estudio.

V.2. Discusión de los estudios incluidos

Los estudios incluidos evaluaron la respiración consciente (del inglés: *mindful breathing o breath awareness*) que se define, por los autores de los estudios identificados, como una práctica en la se respira de forma

consciente, prestando atención al momento presente a la vez que se integran las sensaciones de cuerpo y mente durante la respiración. Estos autores emplean de forma sinónima el término *mindful breathing* y *breath awareness* (tabla 1 de la introducción de este informe).

Es de señalar que no se recuperó ningún estudio en las diferentes bases de datos biomédicas consultadas que mencionara el adjetivo “integral” (en inglés: *integrative, full, global* o *comprehensive*) en relación a la respiración consciente. Al no haber identificado bibliografía científica sobre la respiración consciente integral, este informe se ha centrado en la respiración consciente, de la cual sí que existe evidencia científica publicada.

A pesar de las diferencias en la terminología, podría considerarse que la respiración consciente integral hace referencia a la misma intervención que la respiración consciente. El adjetivo “integral”, según el diccionario de la RAE (40), se define como “que comprende todos los elementos o aspectos de algo” o “que tiene en su máximo grado lo expresado por el nombre al que acompaña,” en las dos acepciones que se podrían aplicar a este caso. Como se ha mencionado previamente, al ser todas las publicaciones encontradas referentes a la técnica denominada únicamente como respiración consciente, se ha considerado oportuno referenciar la intervención estudiada únicamente con los términos respiración consciente.

En relación al diseño de los estudios, para recoger la mejor evidencia disponible, en este informe solo se incluyeron ECAs ya que es el diseño experimental más adecuado para evaluar la eficacia de un tratamiento. Sin embargo, la calidad de los ECAs incluidos que evaluaron el efecto de la respiración consciente en diferentes condiciones, presentaron una serie de sesgos en diferentes fases de su desarrollo que hace que su calidad disminuya y que, por tanto, sus resultados deban ser tomados con cautela.

El riesgo de sesgo de estos ECAs fue evaluado a través de la herramienta validada RoB 2 de la colaboración Cochrane que presenta una serie de dominios que son críticos para determinar la calidad de los ECAs (31). En este sentido, los ECAs presentaron buenos resultados en el dominio de pérdidas ya que prácticamente se recogieron los datos de todos los pacientes aleatorizados. En el proceso de aleatorización el riesgo de sesgo también fue bajo, aunque algunos ECAs no indicaron cómo se realizó disminuyendo su calidad y clasificándose como dudosos (3, 5, 7, 16, 19, 22). Prácticamente todos los ECAs puntuaron como dudosos para la desviación de las intervenciones establecidas debido a la falta de enmascaramiento de los pacientes. El dominio con más riesgo de sesgo en la mayoría de los ECAs fue el de medidas de resultado porque el conocimiento de la intervención recibida por parte de los evaluadores puede influir directamente en la evaluación del resultado. En su conjunto se observó que la evaluación global de riesgo de sesgo fue elevada en la mayor parte de los ECAs incluidos,

siendo en algunos casos dudoso y ninguno obtuvo una valoración de riesgo de sesgo baja (tabla 4 del apartado de resultados).

Además de estos sesgos, los ECAs recuperados muestran una serie de limitaciones como pueden ser: 1) el bajo tamaño muestral, oscilando entre 15 y 30 participantes en cada brazo de análisis, 2) las herramientas o cuestionarios empleados para analizar las variables de resultado son muy dispares, que junto con las diferentes condiciones en las que se evalúa la respiración consciente, complica la estandarización de los resultados de forma global, 3) el tiempo de seguimiento es relativamente corto en gran parte de los ECAs incluidos, con algunos en los que incluso se realizaba la evaluación del efecto de la respiración consciente justo después de su práctica (10-20 minutos), por lo que solo se examina el efecto inmediato de una intervención breve, pero no su efecto sostenido o a medio/largo plazo; solo en algunos los periodos fueron más prolongados como en el ECA de Lei-Chui et al (8) con 3 meses de seguimiento, 5) los pacientes incluidos en los diferentes estudios fueron muy dispares, desde estudiantes con estrés a pacientes con cáncer en cuidados paliativos, y 6) los controles son tanto pasivos como activos y algunos no se corresponden con la práctica habitual. A mayores, destacar que, los estudios incluidos presentaron una elevada variabilidad en intervención aplicada, variando en cuanto al tiempo de intervención (por ejemplo 5 minutos o 20 minutos) y aspectos como el número de sesiones.

Otra cuestión que llama la atención en los ECAs recuperados que analizaron la respiración consciente es que, en muchos de ellos participa el mismo equipo investigador localizado en Malasia para las diferentes condiciones estudiadas: en todas las publicaciones del entorno paliativo (3, 5, 19-21), en las de disnea (7, 22), y en una de los estudios llevados a cabo en pacientes con cáncer (8), lo que podría reducir la generalización de sus resultados a otros contextos geográficos.

Por tanto, teniendo en cuenta este riesgo de sesgo y limitaciones, los resultados de estos ECAs deberían tomarse con prudencia ya que puede que no tengan los efectos esperados cuando se extrapolen a la práctica clínica.

Finalmente, señalar que la mayoría de los estudios no presentaron conflictos de intereses y solo dos no reportaron información al respecto (8, 16).

V. 3. Discusión de los resultados de seguridad

Los eventos adversos solo fueron referenciados por tres de los 11 ECAs incluidos (7, 16, 20), que no registraron la aparición de ningún evento; el resto de los ECAs no recogieron esta variable de resultado. Teniendo en cuenta las características de la práctica de la respiración consciente, podría

generalizarse que no se espera que presente ningún efecto perjudicial y podría, por tanto, considerarse una práctica segura para las condiciones evaluadas.

V. 4. Discusión de los resultados de eficacia

En función de la condición analizada se evaluaron diferentes variables de resultado:

- **En los síntomas relacionados con la salud mental** como el estrés, la depresión y la ansiedad, los ECAs referenciaron mejores resultados en el grupo que practicó la respiración consciente frente al grupo control (6, 8, 18). Estos efectos se observaron a corto plazo con una mejoría significativa en la ansiedad ($P < 0.001$) y en los pensamientos positivos ($p < 0.01$) a la semana de la intervención en estudiantes con ansiedad, como reportó el ECA de Cho et al (18), que además observaron una reducción de la ansiedad en los tres grupos analizados a lo largo del tiempo, aunque estos valores fueron mayores para el grupo de respiración consciente y de reevaluación cognitiva en comparación con el grupo control, en relación con el PANAS (programa de afecto positivo y negativo) no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos de comparación. A medio plazo Colgan et al (6) reportaron una reducción significativa de la depresión medida por el Inventario de Depresión de Beck ($p = 0.04$) y del estrés postraumático ($p = 0.01$) a través de la “lista de verificación civil de trastorno de estrés postraumático” en veteranos seguidos durante seis semanas. Sin embargo, habría que señalar que estos autores también encontraron buenos resultados en el grupo control en relación con el estrés, aunque rozando la significancia estadística ($p = 0.05$). El ECA con un seguimiento más largo fue el realizado por Lei Chui, 2021 (8) que encontró una reducción significativa del estrés en pacientes con cáncer a los tres meses de la práctica de respiración consciente ($p = 0.01$) y sin diferencias con el grupo control a mes de seguimiento ($p = 0.01$). Indicar en este sentido que, podrían existir ya diferencias entre los niveles basales de estrés entre los grupos de comparación ya que se encontró una $p = 0.05$, pero lo autores en su metodología consideraron la significancia solo para $p < 0.05$.
- **En el entorno de cuidados paliativos** se empleó la respiración consciente con la finalidad de mejorar síntomas físicos como el dolor, el cansancio, las náuseas, la falta de apetito, etc. Además, se analizaron variables relacionadas con la salud mental como la ansiedad, la depresión, el sufrimiento, etc. No obstante, debido a las características especiales de estos pacientes, consideramos que los resultados de estas variables no deberían ser englobadas con los obtenidos en los ECAs descritos en

el apartado anterior. En este sentido sería importante señalar que los pacientes ingresados en cuidados paliativos presentaron condiciones muy dispares, lo que hace complicado unificar el efecto real de la intervención.

En general todos los estudios los tiempos de seguimiento de los efectos de la intervención fueron muy cortos, evaluándose la respiración consciente de 10 o 20 minutos justo al finalizar su práctica.

En las variables relacionadas con la salud mental, la angustia disminuye tras la respiración consciente y su efecto continua a los 10 minutos posteriores ($p < 0.01$) (Guan 2016); así como la depresión ($p = 0.033$) y ansiedad ($p = 0.021$), aumentando el bienestar en relación con el grupo control a los 20 minutos ($p = 0.033$) (look). Un ECA analizó el sufrimiento, encontrándose una reducción tanto en el grupo de intervención como en el control (5).

De las variables fisiológicas analizadas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de respiración consciente en la frecuencia respiratoria y presión arterial, así como una respuesta en la conductancia y temperatura de la piel a los 10 minutos. Sobre el pulso, el efecto fue inmediato, aunque recobró sus valores previos a los 10 minutos de seguimiento (3). Otras variables como falta de apetito y somnolencia también mejoraron significativamente tras 20 minutos de respiración consciente (look). No obstante, para otras variables fisiológicas como la falta de aliento y náuseas no se observaron diferencias entre los grupos de comparación (19, 21). Con respecto al dolor dos ECAs no encontraron diferencias (Look y Guan 2021), pero otro estudio referenció mejores resultados para el grupo de respiración consciente ($p = 0.01$) (5), así como en los cambios en el índice biespectral (IBE) con diferencias significativas de las diferencias de medias entre el grupo de respiración consciente y el grupo control a lo largo del seguimiento (5 y 20 minutos).

Uno de los ECAs investigó los efectos de la respiración consciente en los cuidadores (informales) de pacientes en cuidados paliativos, observando una reducción del sufrimiento a lo largo del seguimiento (20 minutos) para ambos grupos de comparación, pero en la diferencia de medianas encontraron mejores resultados para el grupo de respiración consciente vs control ($p = 0.036$). En este mismo estudio, la reducción en el valor del IBE en el grupo de intervención fue significativamente mayor que en el grupo de control en el minuto 20 ($P < 0.001$) (20).

Señalar que, el ECA de Guan et al (3) publicó sus resultados (angustia, frecuencia respiratoria, presión arterial, pulso y, conductancia y temperatura de la piel) en el año 2016; y posteriormente, en el año

2021 los resultados de una nueva variable: reducción del dolor, pero se trata del mismo ECA con los mismos pacientes (19).

Cabe destacar que, en este ámbito de cuidados paliativos, en todos los ECAs recuperados participó un investigador: Seng Beng Tan, y todos los estudios fueron realizados en Malasia. Este hecho puede limitar la extrapolación a otros contextos y así como la de introducir riesgo de sesgo por ser realizados por un mismo equipo investigador. Destacar también que este autor en algunos casos aparece como Ben Seng Tan, o como Tan Seng Beng, lo que puede dar lugar a confusión, en este informe se ha tomado su autoría tal y como se refleja en los artículos publicados.

- **En pacientes con disnea**, los dos ECAs que evaluaron el efecto de 20 minutos de la respiración consciente en esta patología emplearon diferentes escalas: 1) la de Borg modificada que tenía el potencial de proporcionar información rápida y sencilla para medir el esfuerzo que el individuo percibe al hacer ejercicio (valores del 0-10) (41); y 2) la herramienta de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) evalúa 9 síntomas comunes que experimentan los pacientes con cáncer (dolor, cansancio, náuseas, depresión, ansiedad, somnolencia, apetito, bienestar y disnea).

Ambos ECAs encontraron mejoría estadísticamente significativa en ambas escalas de disnea tras la práctica de respiración consciente. Tan et al (22) realizaron, además, un análisis por subgrupos; encontrando una reducción significativa de la disnea en el grupo de intervención siendo mayor en el subgrupo de asma ($p=0.006$), seguido del de cáncer de pulmón ($p=0.041$) y EPOC ($p=0.034$). En este sentido, indicar que el tamaño muestral es relativamente pequeño, especialmente para el análisis por subgrupos de pacientes, y que no se incluyeron otras enfermedades pulmonares comunes, como las bronquiectasias y la enfermedad pulmonar intersticial.

En relación con el tipo de escalas empleadas, Tan et al (22) emplearon la escala de Borg de esfuerzo percibido, que sería una herramienta más adecuada para medir el grado de disnea que la ESAS, que está diseñada para medir más variables y en pacientes con cáncer y no con insuficiencia cardíaca aguda descompensada que es la condición de los pacientes incluidos en el ECA de Leh-Ching et al (7).

En el resto de parámetros como la frecuencia respiratoria o la saturación de oxígeno, los resultados son dispares, con resultados significativos a favor tanto del grupo de intervención como del control, como referenció Tan et al (22), o sin diferencias según el Leh-Ching et al (7).

- **La evaluación de la hipertensión** fue el objetivo del ECA de Telles et al (16) que comunicó una disminución significativa de la presión arterial sistólica ($p < 0.05$) y sin diferencias en la diastólica en el grupo de respiración consciente. En esta misma línea, y aunque no fue su objetivo de estudio, el ECA de Leh-Ching et al (7) no encontró diferencias entre los grupos de intervención sobre la presión diastólica y sistólica.

VI. Conclusiones

Los estudios identificados evalúan la respiración consciente (*mindful breathing* o *breath awareness*) en la mejora de síntomas relacionados con la salud mental, de determinadas variables fisiológicas y el bienestar general de los pacientes.

Los ECAs que analizaron esta intervención en diferentes condiciones presentaron un elevado número de limitaciones metodológicas, así como un riesgo de sesgo de moderado a elevado.

Teniendo en cuenta la baja calidad metodológica global de la evidencia científica identificada, la respiración consciente:

- Podría considerarse una intervención segura y no se prevé la aparición de eventos adversos derivados de su práctica.
- En la sintomatología relacionada con la salud mental, la intervención podría ser eficaz en la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión (riesgo de sesgo moderado).
- En el entorno paliativo, podría mejorar la angustia/malestar, y los niveles de depresión y ansiedad; aunque no se ha encontrado un efecto beneficioso en otras variables como el dolor y con resultados dispares en la disnea y las náuseas (riesgo de sesgo moderado-alto).
- En pacientes con disnea, podría mejorar esta condición, pero sin diferencias en la frecuencia respiratoria o en la saturación de O₂ (riesgo de sesgo alto).
- En pacientes con hipertensión, los resultados sugieren una disminución en la presión arterial sistólica y sin diferencias en la diastólica (riesgo de sesgo moderado).

En base a la actual evidencia y a sus limitaciones, los estudios sobre la respiración consciente deben ser interpretados con cautela, no teniendo garantía de que sus resultados sobre eficacia sean extrapolables a la práctica clínica.

Contribución de los autores

- *Lucinda Paz Valiñas*. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos, síntesis cualitativa de resultados, valoración del riesgo de sesgo, redacción del presente informe.
- *Yolanda Triñanes Pego*. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Selección de estudios, redacción parcial, revisión interna del borrador del informe y de la versión final del informe.
- *María José Faraldo Vallés*. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Planificación, dirección, revisión interna del borrador del informe y de la versión final del informe.
- *Beatriz Casal Acción*. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Diseño y desarrollo de las estrategias de búsqueda en bases de datos bibliográficas, redacción parcial, revisión interna del borrador del informe y de la versión final del informe.

Correo electrónico: Avalia_t.Acis@sergas.es

Declaración de intereses

Las autoras del presente informe declaran no tener conflictos de intereses en relación con la intervención evaluada y los comparadores considerados.

Referencias bibliográficas

1. Nota resumen informe terapias naturales [Nota de prensa]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [consultado 09 feb 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>.
2. Santino TA, Chaves GS, Freitas DA, Fregonezi GA, Mendonca KM. Breathing exercises for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;3:CD001277.
3. Guan C, Lai KT, Tan SB, Sulaiman AH, Zainal NZ. The Effect of 5 Minutes of Mindful Breathing to the Perception of Distress and Physiological Responses in Palliative Care Cancer Patients: A Randomized Controlled Study. *J Palliat Med.* 2016;19(9):917-24.
4. Hirshberg MJ, Goldberg SB, Schaefer SM, Flook L, Findley D, Davidson RJ. Divergent effects of brief contemplative practices in response to an acute stressor: A randomized controlled trial of brief breath awareness, loving-kindness, gratitude or an attention control practice. *PLoS One.* 2018;13(12):e0207765.
5. Beng TS, Jie HW, Yan LH, Ni CX, Capelle DP, Yee A, et al. The Effect of 20-Minute Mindful Breathing on the Perception of Suffering and Changes in Bispectral Index Score in Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Study. *Am J Hosp Palliat Care.* 2019;36(6):478-84.
6. Colgan DD, Christopher M, Michael P, Wahbeh H. The body scan and mindful breathing among veterans with PTSD: Type of intervention moderates the relationship between changes in mindfulness and post-treatment depression. *Mindfulness.* 2016;7(2):372-83.
7. Leh-Ching D, Chai CS, Tan KL, Chee KH, Tung YZ, Wai SY, et al. The Efficacy of a Single Session of 20-Minute Mindful Breathing in Reducing Dyspnea Among Patients With Acute Decompensated Heart Failure: A Randomized Controlled Trial. *Am J Hosp Palliat Care.* 2021;38(3):246-52.
8. Lei Chui P, Wai S, Lai LL, See MH, Tan SB. Mindful Breathing: Effects of a Five-Minute Practice on Perceived Stress and Mindfulness Among Patients With Cancer. *Clin J Oncol Nurs.* 2021;25(2):174-80.
9. Santino TA, Chaves GSS, Freitas DA, Fregonezi GAF, Mendonca KPP. Breathing Exercises for Adults with Asthma: An Updated Cochrane Systematic Review. *Am J Respir Crit Care Med Conference: American Thoracic Society International Conference, ATS.* 2021;203(9).
10. Jayawardena R, Ranasinghe P, Ranawaka H, Gamage N, Dissanayake D, Misra A. Exploring the Therapeutic Benefits of Pranayama (Yogic Breathing): A Systematic Review. *Int J Yoga.* 2020;13(2):99-110.

11. Feldman G, Greeson J, Senville J. Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behav Res Ther.* 2010;48(10):1002-11.
12. Desrosiers A, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mapping mindfulness facets onto dimensions of anxiety and depression. *Behav Ther.* 2013;44(3):373-84.
13. Leyro TM, Versella MV, Yang M-J, Brinkman HR, Hoyt DL, Lehrer P. Respiratory therapy for the treatment of anxiety: Meta-analytic review and regression. *Clin Psychol Rev.* 2021;84.
14. Pfurtscheller G, Ressler B, Schwerdtfeger AR, Klimesch W, Andrade A, Schwarz G, et al. "Switch-Off" of Respiratory Sinus Arrhythmia May Be Associated With the Activation of an Oscillatory Source (Pacemaker) in the Brain Stem. *Front Physiol.* 2019;10:939.
15. Tonhajzerova I, Mokra D, Visnovcova Z. Vagal function indexed by respiratory sinus arrhythmia and cholinergic anti-inflammatory pathway. *Respir Physiol Neurobiol.* 2013;187(1):78-81.
16. Telles S, Yadav A, Kumar N, Sharma S, Visweshwaraiah NK, Balkrishna A. Blood pressure and Purdue pegboard scores in individuals with hypertension after alternate nostril breathing, breath awareness, and no intervention. *Med Sci Monit.* 2013;19:61-6.
17. Zaccaro A, Piarulli A, Laurino M, Garbella E, Menicucci D, Neri B, et al. How Breath-Control Can Change Your Life: A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. *Front Hum Neurosci.* 2018;12:353.
18. Cho H, Ryu S, Noh J, Lee J. The effectiveness of daily mindful breathing practices on test anxiety of students. *PLoS One.* 2016;11(10):e0164822.
19. Guan NC, Beng TS, Sue-Yin L, Kanagasundram S. The Effect of 5-Min Mindful Breathing on Pain in Palliative Care Cancer Patients: A Randomized Controlled Study. *Indian J Palliat Care.* 2021;27(1):83-8.
20. Tan SB, Ching HC, Chia YL, Yee A, Ng CG, Hasan MSB, et al. The Effect of 20-Minute Mindful Breathing on the Perception of Suffering and Changes in Bispectral Index Score (BIS) in Palliative Care Informal Caregivers: A Randomized Controlled Study. *Am J Hosp Palliat Care.* 2020;37(8):606-12.
21. Look ML, Tan SB, Hong LL, Ng CG, Yee HA, Lim LY, et al. Symptom reduction in palliative care from single session mindful breathing: a randomised controlled trial. *BMJ Support Palliat Care.* 2020;11.
22. Tan SB, Liam CK, Pang YK, Leh-Ching Ng D, Wong TS, Wei-Shen Khoo K, et al. The Effect of 20-Minute Mindful Breathing on the Rapid Reduction of Dyspnea at Rest in Patients With Lung Diseases: A Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage.* 2019;57(4):802-8.

23. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Comunidad de Madrid, Agencia Laín Entralgo; 2008. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf.
24. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Avalia-t; 2014. [consultado 09 feb 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11940/13582>.
25. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS; 2021. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/01/gpc_612_atencion_paliativa_avaliat_compl.pdf.
26. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Vitoria-Gasteiz: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.
27. Hui D, Maddocks M, Johnson MJ, Ekstrom M, Simon ST, Ogliari AC, et al. Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines(dagger). ESMO Open. 2020;5(6):e001038.
28. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-.e78.
29. Puñal Riobóo J, Baños Álvarez E, Varela Lema L, Castillo Muñoz MA, Aienza Merino G, Ubago Pérez R, et al. Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias. Santiago de Compostela: Axencia Galega para a Xestión do Coñecemento en Saúde (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2016. Informe N.º.: avalia-t 2015/10. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11940/9007>.
30. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.
31. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ. 2019;366:l4898.
32. FLC 3.0. Fichas de Lectura Crítica [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osteba; [consultado 26 jul 2021]. Disponible en: <http://www.lecturacritica.com/es/>.

33. Beng TS, Ahmad F, Loong LC, Chin LE, Zainal NZ, Guan NC, et al. Distress Reduction for Palliative Care Patients and Families With 5-Minute Mindful Breathing: A Pilot Study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;33(6):555-60.
34. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-96.
35. Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau J-P. Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *J Psychopathol Behav Assess*. 2006;29(3):177.
36. Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, et al. PRISMA-S: an extension to the PRISMA statement for reporting literature searches in systematic reviews. *J Med Libr Assoc*. 2021;109(2):174-200.
37. EUnetHTA Work Package 4, FinOHTA. HTA Core Model for Medical and Surgical Interventions [Monografía en Internet]. Copenhagen: EUnetHTA; 2008. Disponible en: <http://www.eunethta.eu/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/HTA%20Core%20Model%20for%20Medical%20and%20Surgical%20Interventions%201.0r.pdf>.
38. Hausner E, Waffenschmidt S, Hafstad E, Harboe I, Isabel-Gómez R. Process of information retrieval for systematic reviews and health technology assessments on clinical effectiveness. Diemen (The Netherlands): EUnetHTA; 2019
39. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Scottish Intercollegiate Guidelines Network [Sede web]. SIGN; 2020 [consultado 31 may 2021]. Search filters; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/search-filters/>.
40. Diccionario de la lengua española. 23ª ed. Madrid: Real Academia Española; 2021. Integral; [consultado 15 mar 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/integral>.
41. Kendrick KR, Baxi SC, Smith RM. Usefulness of the modified 0-10 Borg scale in assessing the degree of dyspnea in patients with COPD and asthma. *J Emerg Nurs*. 2000;26(3):216-22.

Anexos

Anexo A. Estrategias de búsqueda bibliográfica

Bases de datos generales

Medline (Pubmed)

	Términos de búsqueda	Nº de items
#1	("Breath therapy"[Title/Abstract] OR "Conscious breathing"[Title/Abstract] OR "breathing therapy"[Title/Abstract] OR "breathing therapies"[Title/Abstract] OR "integrative respiratory"[Title/Abstract] OR "respiratory therapy"[Title/Abstract] OR "respiratory therapies"[Title/Abstract] OR "mindful breath"[Title/Abstract] OR "mindful breathing"[Title/Abstract] OR "breath awareness"[Title/Abstract] OR "breathing awareness"[Title/Abstract]) AND (alladult[Filter] OR youngadult[Filter] OR adult[Filter] OR middleagedaged[Filter] OR middleaged[Filter] OR aged[Filter] OR 80andover[Filter]) Filters: Adult: 19+ years, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years Sort by: Most Recent	230
#2	(systemat*[TIAB] AND review*[TIAB]) OR (systemat*[TIAB] AND overview*[TIAB]) OR (integrati*[TIAB] AND review*[TIAB]) OR (integrati*[TIAB] AND overview*[TIAB]) OR (quantitativ*[TIAB] AND review*[TIAB]) OR (quantitativ*[TIAB] AND overview*[TIAB]) OR (methodologic*[TIAB] AND review*[TIAB]) OR (methodologic* AND overview*[TIAB]) OR (manual[TIAB] AND search*[TIAB]) OR (collaborativ*[TIAB] AND review*[TIAB]) OR (collaborativ*[TIAB] AND overview*[TIAB]) OR (cochrane[tw] AND review[tw]) OR "hand searched"[tw] OR handsearch*[tw] OR "hand search"[tw] OR "hand searching"[tw] OR "pooled data"[tw] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR meta-analy* OR metaanaly* OR meta analy* OR meta-analysis[pt] OR "Meta-Analysis as topic"[MeSH] OR systematic[sb])	541 329
#3	#1 AND #2 Filters applied: Aged: 65+ years, Adult: 19+ years, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, Middle Aged: 45-64 years, 80 and over: 80+ years	9
#4	(((((clinical[TW] AND trial[TW]) OR ((singl*[TW] OR doubl*[TW] OR treb*[TW] OR tripl*[TW]) AND (blind*[TW] OR mask*[TW])) OR "Placebos"[Mesh] OR placebo*[TW] OR "randomly allocated"[TW] OR (allocated[TW] AND random*[TW]))) OR ("Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Controlled Clinical Trial"[Publication Type] OR "Randomized Controlled Trial"[Publication Type] OR "Clinical Trial, Phase I"[Publication Type] OR "Clinical Trial, Phase II"[Publication Type] OR "Clinical Trial, Phase III"[Publication Type] OR "Clinical Trial, Phase IV"[Publication Type] OR "Clinical Trial"[Publication Type] OR "Random Allocation"[Mesh] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR "Single-Blind Method"[Mesh] OR "Multicenter Study"[Publication Type] OR "Multicenter Studies as Topic"[Mesh]))) NOT (((Animal*[TIAB] NOT (Animal*[TIAB] AND Human*[TIAB])) OR ("Animals"[Mesh] NOT ("Animals"[Mesh] AND "Humans"[Mesh]))) NOT ("Historical Article"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR "Case Report"[TIAB]) - Saved search Sort by: Most Recent	1 522 539

#5	#1 AND #44 Filters applied: Aged: 65+ years, Adult: 19+ years, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, Middle Aged: 45-64 years, 80 and over: 80+ years	72
#6	#3 OR #5	80

Embase (Ovid)

Embase <1996 to 2021 Week 49>		
	Término de búsqueda	N ^a items
1	("Conscious breath" or "integrative breath" or "Breath therapy" or "Conscious breathing" or "integrative breathing" or "breathing therapy" or "breathing therapies" or "respiratory Conscious" or "respiratory integrative" or "Conscious respiratory" or "integrative respiratory" or "respiratory therapy" or "respiratory therapies" or "mindful breath" or "mindful breathing" or "mindful respiratory" or "breath awareness" or "breathing awareness" or "Conscious breath" or "integrative breath" or "Breath therapy" or "mindful breath" or "breath awareness").ti,hw,ab.	1868
2	limit 1 to yr="2011 -Current"	1290
3	limit 2 to (meta analysis or "systematic review")	37
4	exp Meta Analysis/ or ((meta adj analy\$) or metaanalys\$.tw. or (systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	463 205
5	(cancerlit or cochrane or embase or (psychlit or psychlit) or (psychinfo or psycinfo) or (cinahl or cinhal) or science citation index or bids).ab.	232 030
6	(reference lists or bibliograph\$ or hand-search\$ or manual search\$ or relevant journals).ab.	55 213
7	(data extraction or selection criteria).ab.	68 015
8	review.pt.	2 429 288
9	7 and 8	32 413
10	animal/ NOT (animal/ AND human/)	32 612
11	(letter or editorial).pt.	1 537 856
12	10 or 11	1 570 435
13	4 or 5 or 6 or 9	546 133
14	13 not 12	534 462
15	2 and 14	51
16	Clinical Trial/ or Randomized Controlled Trial/ or controlled clinical trial/ or multicenter study/ or Phase 3 clinical trial/ or Phase 4 clinical trial/ or exp RANDOMIZATION/ or Single Blind Procedure/ or Double Blind Procedure/ or Crossover Procedure/ or PLACEBO/ or randomi?ed controlled trial\$.tw. or rct.tw. or (random\$ adj2 allocat\$.tw. or single blind\$.tw. or double blind\$.tw. or ((treble or triple) adj blind\$.tw. or placebo\$.tw. or Prospective Study/	2 381 137

	Término de búsqueda	Nº items
17	Case Study/ or case report.tw. or "abstract report"/ or letter/ or Conference proceeding.pt. or Conference abstract.pt. or Editorial.pt. or Letter.pt. or Note.pt.	6 922 819
18	16 not 17	1 690 193
19	2 and 18	142
20	3 or 15 or 19	186
21	limit 20 to (adult <18 to 64 years> or aged <65+ years>)	94

Bases de datos de Revisiones sistemáticas

Cochrane Library (Wiley)

	Términos de búsqueda	Nº de items
#1	("Conscious breath" or "integrative breath" or "Breath therapy" or "Conscious breathing" or "integrative breathing" or "breathing therapy" or "breathing therapies" or "respiratory Conscious" or "respiratory integrative" or "Conscious respiratory" or "integrative respiratory" or "respiratory therapy" or "respiratory therapies" or "mindful breath" or "mindful breathing" or "mindful respiratory" or pranayama or "breath awareness" or "breathing awareness" or "Conscious breathe" or "integrative breathe" or "Breathe therapy" or "mindful breathe" or "breathe awareness"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) with Cochrane Library publication date Between Jan 2011 and Aug 2021, in Cochrane Reviews	20
#2	("Conscious breath" or "integrative breath" or "Breath therapy" or "Conscious breathing" or "integrative breathing" or "breathing therapy" or "breathing therapies" or "respiratory Conscious" or "respiratory integrative" or "Conscious respiratory" or "integrative respiratory" or "respiratory therapy" or "respiratory therapies" or "mindful breath" or "mindful breathing" or "mindful respiratory" or "breath awareness" or "breathing awareness" or "Conscious breathe" or "integrative breathe" or "Breathe therapy" or "mindful breathe" or "breathe awareness"):ti (Word variations have been searched) with Publication Year from 2011 to 2021, with Cochrane Library publication date Between Jan 2011 and Aug 2021, in Trials	82
#3	#1 OR #2	102

Bases de datos especializadas

Allied and Complementary Medicine Database, AMED (Ovid)

AMED (Allied and Complementary Medicine) <1985 to August 2021>		
	Términos de búsqueda	Nº de ítems
1	("Conscious breath" or "integrative breath" or "Breath therapy" or "Conscious breathing" or "integrative breathing" or "breathing therapy" or "breathing therapies" or "respiratory Conscious" or "respiratory integrative" or "Conscious respiratory" or "integrative respiratory" or "respiratory therapy" or "respiratory therapies" or "mindful breath" or "mindful breathing" or "mindful respiratory" or "breath awareness" or "breathing awareness" or "Conscious breathe" or "integrative breathe" or "Breathe therapy" or "mindful breathe" or "breathe awareness"). ti,hw,ab.	404
2	limit 1 to yr="2011 - 2021"	106

PsycINFO (OVID)

APA PsycInfo <2002 to August Week 2 2021>		
	Términos de búsqueda	Nº de ítems
1	("Conscious breath" or "integrative breath" or "Breath therapy" or "Conscious breathing" or "integrative breathing" or "breathing therapy" or "breathing therapies" or "respiratory Conscious" or "respiratory integrative" or "Conscious respiratory" or "integrative respiratory" or "respiratory therapy" or "respiratory therapies" or "mindful breath" or "mindful breathing" or "mindful respiratory" or "breath awareness" or "breathing awareness").ti,hw,ab.	198
2	limit 1 to yr="2011 -Current"	158
3	Limit 2 to ("300 adulthood <age 18 yrs and older>" or 320 young adulthood <age 18 to 29 yrs> or 340 thirties <age 30 to 39 yrs> or 360 middle age <age 40 to 64 yrs> or "380 aged <age 65 yrs and older>" or "390 very old <age 85 yrs and older>")	104

Bases de datos de ensayos en marcha

ClinicalTrials.gov

	Términos de búsqueda	Nº de ítems
#1	AREA[InterventionSearch] Conscious breath Start date on or after 01/01/2011	4
#2	AREA[InterventionSearch] integrative breath Start date on or after 01/01/2011	5
#3	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "Breath therapy" Start date on or after 01/01/2011	1
#4	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "Conscious breathing" Start date on or after 01/01/2011	4
#5	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "integrative breathing" Start date on or after 01/01/2011	0
#6	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "breathing therapy" Start date on or after 01/01/2011	10
#7	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "respiratory Conscious" Start date on or after 01/01/2011	0
#8	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "respiratory integrative" Start date on or after 01/01/2011	0
#9	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "conscious respiratory" Start date on or after 01/01/2011	0
#10	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "integrative respiratory" Start date on or after 01/01/2011	0
#11	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] ""respiratory therapy" Start date on or after 01/01/2011	94
#12	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "mindful breath" Start date on or after 01/01/2011	1
#13	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "mindful breathing" Start date on or after 01/01/2011	35
#14	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "mindful respiratory" Start date on or after 01/01/2011	0
#15	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "breath awareness" Start date on or after 01/01/2011	20
#16	AREA[InterventionSearch] EXPAND[Concept] "breathing awareness" Start date on or after 01/01/2011	13

ICTRP (OMS)

	Términos de búsqueda	Nº de ítems
1	"Conscious breath"	0
2	"integrative breath"	0
3	"Breath therapy"	0
4	"Conscious breathing"	2
5	"integrative breathing"	0
6	"breathing therapy"	3
7	"respiratory Conscious"	0
8	"respiratory integrative"	0
9	"conciuous respiratory"	0
10	"integrative respiratory"	0
11	"mindful breath"	0
12	"mindful breathing"	4
13	"mindful respiratory"	0
14	"breathing awareness"	2

Anexo B. Valoración del riesgo de sesgo

Síntomas relacionados con la salud mental y trastornos mentales

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Examinar los efectos de 5 minutos de práctica de respiración consciente sobre la percepción del estrés y la atención plena en pacientes con cáncer.		
Grupo Experimental	Respiración consciente.	Comparador	Control.	Fuente	Lei Chui, 2021
Variables de resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés percibido. • Atención plena. 				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		S	No queda claro si la secuencia fue oculta en todo el proceso de aleatorización.	
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		S		
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		N		
	Valoración de riesgo de sesgo			BAJO	
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		S		
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		S		
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		N		
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6 ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS		
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
	Valoración de riesgo de sesgo			DUDOSO	

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	N	Se produjeron pérdidas en ambos brazos de comparación (N=9 grupo control y N=8 grupo intervención)
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	PN	Probablemente las pérdidas no afecten a los resultados.
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.	PN	Se asume que no.
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real? *La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".	NA	
	Valoración del riesgo de sesgo	BAJO	
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	N	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	PN	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	S	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	S	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	N	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PN	
	Valoración del riesgo de sesgos	BAJO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	DUDOSO	

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Examinar a reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR), la exploración corporal y respiración consciente entre los veteranos con trastorno de estrés postraumático (TEPT) en comparación con una intervención de no atención plena (SB) y un grupo de control.		
Grupo Experimental	Respiración consciente.	Comparador		Fuente	Colgan, 2020
Variables de resultado	<ul style="list-style-type: none"> Examinar dos componentes separados de la reducción del estrés basados en el <i>mindfulness</i> (exploración corporal y respiración consciente) entre los veteranos con TEPT en comparación con una intervención de no atención plena y un grupo de control. Evaluar los resultados posteriores al tratamiento en el trastorno de estrés postraumático y la depresión. 				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		S	Aleatorización adaptativa de covariables, que utiliza el método de minimización al evaluar el desequilibrio del tamaño de la muestra entre varias covariables.	
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		PS		
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		N		
	Valoración de riesgo de sesgo		BAJO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		S	ECA sin enmascaramiento.	
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		S		
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		N		
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6 ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS		
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	S	
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NA	
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.	NA	
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real? *La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".	NA	
	Valoración del riesgo de sesgo	BAJO	
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	N	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	PN	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	S	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	S	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	PN	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PN	
	Valoración del riesgo de sesgos	DUDOSO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	DUDOSO	

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Examinar la eficacia de las prácticas diarias de respiración consciente sobre la ansiedad ante los exámenes de los estudiantes universitarios.		
Grupo Experimental	Respiración consciente.	Comparador	Control.	Fuente	Cho, 2016
Variables de resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad. • Pensamientos positivos. • Afecto positivo 				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		S	Aleatorización a través de Excel.	
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		PS		
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		N		
	Valoración de riesgo de sesgo		BAJO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		S		
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		S		
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		N		
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6 ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS		
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO			

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	S	Sin pérdidas.
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NA	
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.	NA	
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real? *La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".	NA	
	Valoración del riesgo de sesgo	BAJO	
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	PN	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	PN	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	PS	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	S	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	S	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	DUDOSO	

Entorno de cuidados paliativos

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Estudiar la eficacia de la respiración consciente de 5 minutos para la reducción rápida del dolor en un entorno de cuidados paliativos.		
Grupo Experimental	Respiración consciente.	Comparador	Control.	Fuente	Guan, 2021
Variables de resultado	<ul style="list-style-type: none"> Reducción del dolor. 				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		S	No se indica cómo se ha realizado la aleatorización.	
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		NI		
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		NI		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		S		
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		S		
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		N		
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6. ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS		
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	S	
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NA	
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.	NA	
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real? *La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".	NA	
	Valoración del riesgo de sesgo	BAJO	
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	PN	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	PN	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	S	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	

5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	S	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	S	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PN	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	ALTO	

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Determinar la eficacia de una única sesión de 20 minutos de respiración consciente en la reducción de síntomas en pacientes paliativos.		
Grupo Experimental	Respiración consciente.	Comparador	Control	Fuente	Look, 2020
Variables de resultado	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de los síntomas en la escala de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS). 				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		S	Aleatorización generada por ordenador.	
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		PN		
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		PN		
	Valoración de riesgo de sesgo		BAJO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		S		
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		S		
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		N		
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6 ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS		
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	S	
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NA	
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.	NA	
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real? *La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".	NA	
	Valoración del riesgo de sesgo	BAJO	
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	PN	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	PN	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	S	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
Valoración del riesgo de sesgos	ALTO		

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	S	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	N	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	N	
	Valoración del riesgo de sesgos	BAJO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	DUDOSO	

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Examinar el efecto de una sola sesión de respiración consciente de 20 minutos sobre el nivel de sufrimiento percibido, junto con los cambios en la puntuación del índice biespectral (IBE) entre los cuidadores informales de cuidados paliativos.		
Grupo Experimental	Respiración consciente	Comparador	Control	Fuente	Tan, 2020
Variables de resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del nivel de sufrimiento percibido entre los cuidadores de pacientes de cuidados paliativos. • Cambios en el índice Biespectral (BIS) entre estos cuidadores. 				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		S	Aleatorización generada por ordenador.	
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		PS		
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		N		
	Valoración de riesgo de sesgo		BAJO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		S		
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		S		
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		N		
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6 ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS		
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	S	
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NA	
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.	NA	
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real? *La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".	NA	
	Valoración del riesgo de sesgo	BAJO	
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	PN	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	PN	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	S	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	S	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	PN	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PN	
	Valoración del riesgo de sesgos	DUDOSO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	ALTO	

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Estudiar la eficacia de una única sesión de respiración consciente sobre la reducción del nivel percibido de sufrimiento entre los pacientes de cuidados paliativos; y los cambios en índice Biespectral (BIS) entre estos pacientes.		
Grupo Experimental	Respiración consciente.	Comparador	Control.	Fuente	Beng, 2019
Variables de resultado	-Reducción del nivel de sufrimiento percibido entre los pacientes de cuidados paliativos. -Reducción del dolor (<i>Pain Score</i>). -Cambios en el índice Biespectral (BIS) entre estos pacientes.				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		S	Aleatorización generada por ordenador.	
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		PS		
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		NI	Sin información sobre la existencia de diferencias a nivel basal entre los grupos de comparación.	
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		S		
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		S		
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		N		
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6 ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS		
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	S	Sin pérdidas.
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NA	
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.	NA	
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real? *La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".	NA	
	Valoración del riesgo de sesgo	BAJO	
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	PN	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	N	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	S	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	S	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	PS	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	ALTO	

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Estudiar la eficacia de la respiración consciente de 5 minutos para la reducción la angustia/sufrimiento en pacientes con cáncer en un entorno de cuidados paliativos.		
Grupo Experimental	Respiración consciente.	Comparador	Control.	Fuente	Guan, 2016
Variables de resultado	<ul style="list-style-type: none"> -Angustia percibida. -Presión arterial, frecuencia del pulso, frecuencia respiratoria, respuesta galvánica de la piel y temperatura de la superficie de la piel. 				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		S	No se indica el método de aleatorización.	
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		NI		
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		NI		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		S		
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		S		
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		N		
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6 ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS		
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	S	Sin pérdidas.
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NA	
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.	NA	
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real? *La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".	NA	
	Valoración del riesgo de sesgo	BAJO	
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	PN	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	PN	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	S	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	S	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	S	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PN	
	Valoración del riesgo de sesgos	DUDOSO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	ALTO	

Disnea

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Comprobar la eficacia de 20 minutos de respiración consciente en la reducción de la disnea entre los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada		
Grupo Experimental	Respiración consciente.	Comparador	Control	Fuente	Leh-Ching, 2020
Variables de resultado	• Puntuación de disnea (ESAS), frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, pulso, presión arterial sistólica y diastólica.				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		S	Aleatorización generada por ordenador.	
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		PS		
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		PS		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		S		
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		S		
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		N		
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6. ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS		
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	S	Sin pérdidas.
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NA	
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.	NA	
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real? *La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".	NA	
	Valoración del riesgo de sesgo	BAJO	
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	N	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	PN	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	S	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
Valoración del riesgo de sesgos	DUDOSO		

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	S	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	PS	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	ALTO	

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Examinar el efecto de una sola sesión de respiración consciente de 20 minutos sobre el nivel de sufrimiento percibido, junto con los cambios en la puntuación del índice biespectral (BIS) entre los cuidadores informales de cuidados paliativos.		
Grupo Experimental	Respiración consciente.	Comparador	Control.	Fuente	Tan, 2019
Variables de resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del nivel de sufrimiento percibido entre los cuidadores de pacientes de cuidados paliativos. • Cambios en el índice Biespectral (BIS) entre estos cuidadores. 				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		S	Aleatorización generada por ordenador.	
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		NI		
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		N		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		S		
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		PS		
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		N		
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6 ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS		
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
	Valoración de riesgo de sesgo		BAJO		

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	S	Sin pérdidas.
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NA	
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.	NA	
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real? *La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".	NA	
	Valoración del riesgo de sesgo	BAJO	
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	N	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	N	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	S	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PS	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO	

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	S	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	PS	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PS	
	Valoración del riesgo de sesgos	DUDOSO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	ALTO	

Hipertensión

Valoración de sesgo de ensayos aleatorizados mediante la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2)					
Ensayo controlado aleatorizado		Objetivo	Examinar el efecto del pranayama anuloma-viloma o de la respiración consciente sobre la hipertensión y el desempeño de tareas (tablero de clavijas de Purdue) en pacientes con presión arterial.		
Grupo Experimental	Respiración consciente.	Comparador	Control	Fuente	Telles, 2013
Variables de resultado	<ul style="list-style-type: none"> Hipertensión arterial. Desempeño de tareas de destreza (tablero de Purdue). 				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		S	No se indica cómo se llevó a cabo la aleatorización.	
	1.2 ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		NI		
	1.3 Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		NI		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		S		
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		S		
	2.3. Si: S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿Se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		N		
	2.4. Si: S/PS para 2.3. ¿Estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si: S/PS/NI para 2.4. ¿Fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6 ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS		
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿Existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
	Valoración de riesgo de sesgo		DUDOSO		

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	S	
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿Hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NA	
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas a valor real del resultado*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos.	NA	
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real? *La principal diferencia es: si es posible, la evaluación sería "dudosa" y si es probable la evaluación sería evaluación sería de "riesgo alto".	NA	
	Valoración del riesgo de sesgo	DUDOSO	
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1 ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	PN	
	4.2 ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	PN	
	4.3 ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	S	
	4.4 Si S/PS/NI para 4.3 El conocimiento de la intervención recibida, ¿podría influir en la evaluación de los resultados?	PN	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿Es posible que el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? (Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que 1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de 2) conocimiento de que la que el estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	NA	
	Valoración del riesgo de sesgos	DUDOSO	

Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1 Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	S	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	N	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	N	
	Valoración del riesgo de sesgos	BAJO	
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	DUDOSO	
S: sí; PS: probablemente sí; N:no; PN: probablemente no; NA: no aplica; NI: sin información			

Anexo C. Tablas de evidencia

Síntomas relacionados con la salud mental y trastornos mentales

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																																																																																																	
Lei Chui, 2021 (8) Malasia	<p>Diseño: ECA</p> <p>Objetivos: Examinar los efectos de 5 minutos de práctica de respiración consciente sobre la percepción del estrés y la atención plena en pacientes con cáncer.</p> <p>Localización y período de realización: Hospital terciario de Malasia de abril de 2018 a mayo de 2019.</p>	<p>Población: Pacientes diagnosticados con cáncer en estadio I-III con una puntuación ≥ 4 en la escala del termómetro de estrés del <i>National Comprehensive Cancer Network</i> (NCCN).</p> <p>Intervención: Respiración consciente (<i>Mindful breathing</i>): 5 minutos de práctica de respiración consciente, 3 veces al día durante 3 meses. Descripción de la intervención: se empleó una versión breve adaptada de Beng et al. (2016). Consistía en los siguientes tres pasos: (a) adoptar una postura física, (b) establecer un anclaje de la atención plena, y (c) mantener la atención plena.</p>	<p>N° participantes/grupo: N=83</p> <p>Intervención grupo experimental: N=42 Respiración consciente (<i>Mindful breathing</i>).</p> <p>Intervención grupo control: N=41 Control.</p> <p>Método enmascaramiento: Sin enmascaramiento.</p> <p>Método de aleatorización: Generado por computadora.</p> <p>Pérdidas post aleatorización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo intervención: 8 pérdidas. • Grupo control: 9 pérdidas. <p>Instrumentos empleados <u>Estrés percibido</u>: medido a través de la Escala de Estrés Percibido de 10 ítems (PSS-10; (Cohen et al., 1983) mediante una escala tipo tipo Likert de 0-4 (0, nunca a 4 muy a menudo).</p>	<p>Eficacia: Media y DE de la puntuación del estrés y atención plena percibidos.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Control (N=41)</th> <th colspan="2">Intervención (N=42)</th> <th rowspan="2">p</th> </tr> <tr> <th>Media</th> <th>DE</th> <th>Media</th> <th>DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estrés percibido</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Basal</td> <td>25.22</td> <td>7.18</td> <td>28.12</td> <td>5.92</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>T1</td> <td>28.85</td> <td>3.91</td> <td>27.62</td> <td>6.06</td> <td>0.09</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>29.02</td> <td>3.42</td> <td>25.55</td> <td>5.57</td> <td>0.01</td> </tr> <tr> <td>Atención Plena Percibida</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Basal</td> <td>35</td> <td>5.99</td> <td>32.19</td> <td>4.22</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>T1</td> <td>32.05</td> <td>4.79</td> <td>31.69</td> <td>4.83</td> <td>0.73</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>32.9</td> <td>5.15</td> <td>35.76</td> <td>6.18</td> <td>0.02</td> </tr> </tbody> </table> <p>T1: 1 mes posintervención; T2: 3 meses posintervención; DE: desviación estándar.</p> <p>Diferencia de medias desde el estado basal al mes y 3 meses de seguimiento.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Control (N=41)</th> <th colspan="2">Intervención (N=42)</th> </tr> <tr> <th>Diferencia de medias</th> <th>p</th> <th>Diferencia de medias</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estrés percibido</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Basal-T1</td> <td>3.63</td> <td>0.006</td> <td>-0.5</td> <td>0.09</td> </tr> <tr> <td>Basal-T2</td> <td>3.8</td> <td>0.007</td> <td>-2.57</td> <td>0.03</td> </tr> <tr> <td>Atención Plena Percibida</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Basal-T1</td> <td>-2.95</td> <td><0.05</td> <td>-0.5</td> <td>0.62</td> </tr> <tr> <td>Basal-T2</td> <td>-2.09</td> <td>0.06</td> <td>3.57</td> <td><0.05</td> </tr> </tbody> </table> <p>Seguridad Sin datos sobre eventos adversos.</p>		Control (N=41)		Intervención (N=42)		p	Media	DE	Media	DE	Estrés percibido						Basal	25.22	7.18	28.12	5.92	0.05	T1	28.85	3.91	27.62	6.06	0.09	T2	29.02	3.42	25.55	5.57	0.01	Atención Plena Percibida						Basal	35	5.99	32.19	4.22	0.05	T1	32.05	4.79	31.69	4.83	0.73	T2	32.9	5.15	35.76	6.18	0.02		Control (N=41)		Intervención (N=42)		Diferencia de medias	p	Diferencia de medias	p	Estrés percibido					Basal-T1	3.63	0.006	-0.5	0.09	Basal-T2	3.8	0.007	-2.57	0.03	Atención Plena Percibida					Basal-T1	-2.95	<0.05	-0.5	0.62	Basal-T2	-2.09	0.06	3.57	<0.05	<p>La intervención de respiración consciente de cinco minutos mostró efectos positivos en la reducción del estrés y la mejora de la atención plena en pacientes con cáncer durante el tratamiento.</p> <p>Comentarios Este estudio tiene varias limitaciones: los participantes fueron reclutados en un solo centro de salud, sin enmascaramiento de la asignación que puede dar lugar a sesgos. Se excluyeron aquellos pacientes con cáncer en estado avanzado para garantizar la homogeneidad de la muestra, por lo que los resultados podrían no ser generalizados a todos los pacientes con cáncer.</p>	DUDOSO
	Control (N=41)		Intervención (N=42)			p																																																																																																	
	Media	DE	Media	DE																																																																																																			
Estrés percibido																																																																																																							
Basal	25.22	7.18	28.12	5.92	0.05																																																																																																		
T1	28.85	3.91	27.62	6.06	0.09																																																																																																		
T2	29.02	3.42	25.55	5.57	0.01																																																																																																		
Atención Plena Percibida																																																																																																							
Basal	35	5.99	32.19	4.22	0.05																																																																																																		
T1	32.05	4.79	31.69	4.83	0.73																																																																																																		
T2	32.9	5.15	35.76	6.18	0.02																																																																																																		
	Control (N=41)		Intervención (N=42)																																																																																																				
	Diferencia de medias	p	Diferencia de medias	p																																																																																																			
Estrés percibido																																																																																																							
Basal-T1	3.63	0.006	-0.5	0.09																																																																																																			
Basal-T2	3.8	0.007	-2.57	0.03																																																																																																			
Atención Plena Percibida																																																																																																							
Basal-T1	-2.95	<0.05	-0.5	0.62																																																																																																			
Basal-T2	-2.09	0.06	3.57	<0.05																																																																																																			

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*
		<p>Comparación: Control: cuidado estándar con educación sobre cómo afrontar el tratamiento contra el cáncer, impartido por enfermeras.</p> <p>Resultados analizados: -Estrés percibido. -Atención plena.</p> <p>Tiempo de seguimiento: Nivel basal, 1 mes y 3 meses.</p>	<p><u>Atención plena:</u> medida a través de Escala de atención plena cognitiva y afectiva revisada (<i>Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised, CAMS-R</i>) de 12 ítems (Feldman et al., 2006). Cada ítem se califica en una escala que va de 1 a 4 (1 = rara vez/nada, 2 = a veces, 3 = a menudo y 4 = casi siempre), y las puntuaciones totales más altas indican niveles de atención plena.</p>		<p>Financiación y conflicto de intereses</p> <p>Apoyado por la Beca de Atención al Centro de Especialistas de la Universidad de Malaya (Proyecto No. PV026-2017).</p> <p>Sin información sobre los conflictos de interés.</p>	

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Métodos	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoraciones de riesgo sesgo																																		
Colgan, 2016 (6) EE. UU.	<p>Diseño: ECA</p> <p>Objetivos: Examinar la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR), la exploración corporal y respiración consciente entre los veteranos con trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y depresión en comparación con una intervención de no atención plena y un grupo de control.</p>	<p>Población: Veteranos diagnosticados con TEPT crónico.</p> <p>Intervención: *Los autores realizan diferentes intervenciones, solo se tendrá en cuenta la respiración consciente. Respiración consciente guiada durante 20 minutos: los participantes se sentaron erguidos e intentaron enfocar la atención en su respiración cuando pasaba por la abertura de las fosas nasales o en la subida y bajada del abdomen o el pecho. Siempre que la atención se desviaba de la respiración, se les indicó a los participantes que simplemente notaran el pensamiento distractor, lo dejaran pasar y volvieran a centrar la atención en la respiración.</p> <p>Comparación: Control: sentarse tranquilamente.</p>	<p>N° participantes/grupo: N=102</p> <p>Intervención grupo experimental. N=25 respiración consciente</p> <p>Intervención grupo control: N =25 sentarse tranquilamente</p> <p>Método enmascaramiento: Sin enmascaramiento.</p> <p>Método de aleatorización: Aleatorización adaptativa covariable.</p> <p>Pérdidas pos aleatorización: Sin pérdidas</p> <p>Instrumentos empleados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Depresión de Beck-II (BDI-II). • Cuestionario de <i>Mindfulness</i> de cinco fases (FFMQ). • Lista de verificación civil de TEPT. 	<p>Eficacia: Medias y DE para las variables de resultado antes y después del tratamiento por grupo.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Intervención</th> <th colspan="3">Respiración consciente (n=25)</th> <th colspan="3">Control (n=25)</th> </tr> <tr> <th>Pre tratamiento Media (DE)</th> <th>Pos tratamiento Media (DE)</th> <th>p</th> <th>Pre tratamiento Media (DE)</th> <th>Pos tratamiento Media (DE)</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total FFMQ</td> <td>124.9 (20.03)</td> <td>128.85 (21.35)</td> <td>0.51</td> <td>113.10 (17.61)</td> <td>112.60 (17.94)</td> <td>0.89</td> </tr> <tr> <td>BDI-II</td> <td>21.91 (10.25)</td> <td>17.54 (11.26)</td> <td>0.04</td> <td>23.14 (11.64)</td> <td>20.91 (13.62)</td> <td>0.28</td> </tr> <tr> <td>PCL-C</td> <td>53.39 (10.96)</td> <td>46.91 (11.05)</td> <td>0.01</td> <td>56.32 (.80)</td> <td>51.55 (12.06)</td> <td>0.05</td> </tr> </tbody> </table> <p>FFMQ: cuestionario de <i>Mindfulness</i> de cinco fases BDI-II: inventario de Depresión de Beck-II. PCL-C: lista de verificación civil de trastorno de estrés posttraumático.</p> <p>Seguridad Sin datos sobre eventos adversos.</p>	Intervención	Respiración consciente (n=25)			Control (n=25)			Pre tratamiento Media (DE)	Pos tratamiento Media (DE)	p	Pre tratamiento Media (DE)	Pos tratamiento Media (DE)	p	Total FFMQ	124.9 (20.03)	128.85 (21.35)	0.51	113.10 (17.61)	112.60 (17.94)	0.89	BDI-II	21.91 (10.25)	17.54 (11.26)	0.04	23.14 (11.64)	20.91 (13.62)	0.28	PCL-C	53.39 (10.96)	46.91 (11.05)	0.01	56.32 (.80)	51.55 (12.06)	0.05	<p>La práctica de respiración consciente produce un aumento de las habilidades de no reactividad, pero no de observación, y se correlacionó con una mejora de los síntomas de depresión y TEPT en comparación con el grupo control.</p> <p>Comentarios Entre las limitaciones del estudio, mencionar el pequeño tamaño muestral, población predominantemente hombres blancos, las medidas de resultado se corresponden con cuestionarios autocumplimentados, que pueden generar sesgo.</p>	DUDOSO
Intervención	Respiración consciente (n=25)			Control (n=25)																																				
	Pre tratamiento Media (DE)	Pos tratamiento Media (DE)	p	Pre tratamiento Media (DE)	Pos tratamiento Media (DE)	p																																		
Total FFMQ	124.9 (20.03)	128.85 (21.35)	0.51	113.10 (17.61)	112.60 (17.94)	0.89																																		
BDI-II	21.91 (10.25)	17.54 (11.26)	0.04	23.14 (11.64)	20.91 (13.62)	0.28																																		
PCL-C	53.39 (10.96)	46.91 (11.05)	0.01	56.32 (.80)	51.55 (12.06)	0.05																																		

Cita abreviad	Estudio	Pregunta de investigación	Métodos	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoraciones de riesgo sesgo
	<p>Localización y periodo de realización:</p> <p>Departamento de Neurología de la Universidad y Ciencias de la Salud de Oregón, entre mayo de 2009 y abril de 2013.</p>	<p>Resultados analizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examinar dos componentes separados de la reducción del estrés basados en el <i>mindfulness</i> (exploración corporal y respiración consciente) entre los veteranos con TEPT en comparación con una intervención de no atención plena y un grupo de control. Evaluar los resultados posteriores al tratamiento en el trastorno de estrés postraumático y la depresión. <p>Tiempo de seguimiento:</p> <p>Los grupos se reunieron semanalmente en el laboratorio (sesiones de 60 min durante seis semanas consecutivas).</p>			<p>Financiación y conflicto de intereses</p> <ul style="list-style-type: none"> Subvención del Centro Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria de los Institutos Nacionales de Salud (números de subvención T32AT002688, K01AT004951 y K24AT005121). Sin conflictos de intereses. 	

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Métodos	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoraciones de riesgo sesgo																																														
Cho, 2016 (18) Corea del sur	<p>Diseño: ECA</p> <p>Objetivos: Examinar la eficacia de las prácticas diarias de respiración consciente sobre la ansiedad ante los exámenes de los estudiantes universitarios.</p> <p>Localización y periodo de realización: Universidad de Yeungnam (Corea del Sur). Periodo de realización no indicado.</p>	<p>Población: Los participantes fueron seleccionados empleando el umbral por encima del percentil 30 ° de las puntuaciones totales de la prueba de ansiedad (porque el 20% a 40% de los estudiantes sufrió de ansiedad relacionada con los exámenes).</p> <p>Intervención: Respiración consciente: 30 minutos de práctica diaria durante una semana. (1 sesión en la sala de experimentación y 6 sesiones en casa) y recoger por escrito la experiencia.</p> <p>Comparación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reevaluación cognitiva: enfocada en cambiar su pensamiento negativo y recoger por escrito la experiencia. • Control: sin ningún entrenamiento. <p>Resultados analizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad. • Pensamientos positivos. • Afecto positivo. <p>Tiempo de seguimiento: Una semana</p>	<p>N° participantes/ grupo: N=36</p> <p>Intervención grupo experimental: N=12 respiración consciente.</p> <p>Intervención grupo control: N=12 reevaluación cognitiva. N=12 control (sin intervención).</p> <p>Método enmascaramiento: Sin enmascaramiento.</p> <p>Método de aleatorización: A través de Excel.</p> <p>Pérdidas pos aleatorización: Ninguna</p> <p>Instrumentos empleados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de ansiedad revisado (<i>Revised Test Anxiety, RTA</i>). • Cuestionario automático de pensamientos positivos (<i>Automatic Thoughts Questionnaire-Positive, ATQ-P</i>). • Programa de afecto positivo y negativo (<i>Positive And Negative Affect Schedule, PANAS</i>). 	<p>Eficacia: Comparación entre las diferentes medidas de resultado.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Respiración consciente Media (DE)</th> <th colspan="2">Reevaluación cognitiva Media (DE)</th> <th colspan="2">Control Media (DE)</th> <th rowspan="2">Grupo</th> <th rowspan="2">Tiempo</th> <th rowspan="2">Tiempo x Grupo</th> </tr> <tr> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RTA</td> <td>49.75 (5.71)</td> <td>38.58 (10.04)</td> <td>50.58 (6.26)</td> <td>41.17 (8.94)</td> <td>47.92 (7.74)</td> <td>43.33 (8.49)</td> <td>0.19</td> <td>57.05***</td> <td>3.14 +</td> </tr> <tr> <td>ATQ-P</td> <td>86.67 (13.77)</td> <td>100.83 (9.80)</td> <td>87.58 (16.69)</td> <td>90.00 (19.46)</td> <td>89.42 (20.17)</td> <td>89.67 (17.67)</td> <td>0.34</td> <td>11.00**</td> <td>6.53**</td> </tr> <tr> <td>PANAS</td> <td>63.83 (9.78)</td> <td>66.50 (8.49)</td> <td>60.92 (5.82)</td> <td>62.75 (7.76)</td> <td>63.83 (7.08)</td> <td>62.75 (8.82)</td> <td>0.70</td> <td>0.67</td> <td>0.67</td> </tr> </tbody> </table> <p>+p=0.56 **p<0.01 ***p<0.001 DE: desviación estándar; Pre: preintervención; Post: posintervención; RTA: Prueba de ansiedad revisada; ATQ-P: cuestionario automático de pensamientos positivos; PANAS: Programa de afecto positivo y negativo.</p> <p>Seguridad Sin datos sobre eventos adversos.</p>		Respiración consciente Media (DE)		Reevaluación cognitiva Media (DE)		Control Media (DE)		Grupo	Tiempo	Tiempo x Grupo	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	RTA	49.75 (5.71)	38.58 (10.04)	50.58 (6.26)	41.17 (8.94)	47.92 (7.74)	43.33 (8.49)	0.19	57.05***	3.14 +	ATQ-P	86.67 (13.77)	100.83 (9.80)	87.58 (16.69)	90.00 (19.46)	89.42 (20.17)	89.67 (17.67)	0.34	11.00**	6.53**	PANAS	63.83 (9.78)	66.50 (8.49)	60.92 (5.82)	62.75 (7.76)	63.83 (7.08)	62.75 (8.82)	0.70	0.67	0.67	<p>Tanto la respiración consciente diaria como las prácticas de reevaluación cognitiva fueron efectivas para reducir la ansiedad ante los exámenes; Además, la respiración consciente aumentó los pensamientos automáticos positivos en mayor medida que la reevaluación cognitiva.</p> <p>Comentarios Este estudio presenta diferentes limitaciones, como el pequeño tamaño muestral; el tipo de reclutamiento y la selección de los participantes, incluyendo a los estudiantes con alta ansiedad a los exámenes, además esta ayuda a reducir la ansiedad se realizó en un entorno de evaluación potencial (simulación), pero no en una situación real de examen.</p> <p>Financiación y conflicto de intereses Financiado por la Universidad de Yeungnam (Corea del Sur).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin conflictos de intereses 	DUDOSO
	Respiración consciente Media (DE)		Reevaluación cognitiva Media (DE)			Control Media (DE)		Grupo	Tiempo	Tiempo x Grupo																																										
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post																																														
RTA	49.75 (5.71)	38.58 (10.04)	50.58 (6.26)	41.17 (8.94)	47.92 (7.74)	43.33 (8.49)	0.19	57.05***	3.14 +																																											
ATQ-P	86.67 (13.77)	100.83 (9.80)	87.58 (16.69)	90.00 (19.46)	89.42 (20.17)	89.67 (17.67)	0.34	11.00**	6.53**																																											
PANAS	63.83 (9.78)	66.50 (8.49)	60.92 (5.82)	62.75 (7.76)	63.83 (7.08)	62.75 (8.82)	0.70	0.67	0.67																																											

Entorno paliativo

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																																						
Guan, 2021* (19) Malasia	<p>Diseño: ECA* original publicado en 2016.</p> <p>Objetivos: Estudiar la eficacia de la respiración consciente de 5 minutos para la reducción rápida del dolor en un entorno de cuidados paliativos.</p> <p>Localización y periodo de realización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de cuidados paliativos de un hospital universitario público en Malasia. • Periodo temporal no indicado. 	<p>Población: Mayores de 18 años diagnosticados con cáncer de cualquier tipo, recibiendo cuidados paliativos, y con una puntuación de angustia > 4 en el termómetro de angustia/ sufrimiento.</p> <p>Intervención: 5 minutos de respiración consciente.</p> <p>Comparación: 5 minutos de escucha de preguntas semiestructuradas.</p> <p>Resultados analizados: Reducción del dolor.</p> <p>Tiempo de seguimiento: 10 minutos tras la intervención.</p>	<p>Nº participantes/ grupo: N=60</p> <p>Intervención grupo experimental: N=30</p> <p>Intervención grupo control: N=30</p> <p>Método enmascaramiento: Sin enmascaramiento.</p> <p>Método de aleatorización: Generada por ordenador.</p> <p>Pérdidas pos aleatorización: Sin pérdidas.</p> <p>Instrumentos empleados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala analógica de 10 puntos (=0: "ningún dolor en absoluto" y 10: "dolor severo"). 	<p>Eficacia Diferencia de medias entre los grupos de comparación</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="5">Intervención: 5 minutos respiración consciente</th> <th colspan="5">Control</th> </tr> <tr> <th>T1 media (DE)</th> <th>T2 media (DE)</th> <th>T3 media (DE)</th> <th>T1-T2 p</th> <th>T1-T3 p</th> <th>T1 media (DE)</th> <th>T2 media (DE)</th> <th>T3 media (DE)</th> <th>T1-T2 p</th> <th>T1-T3 p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor</td> <td>4.12 (2.62)</td> <td>3.65 (2.50)</td> <td>3.48 (2.49)</td> <td>0.46</td> <td>0.32</td> <td>4.17 (2.62)</td> <td>3.93 (2.37)</td> <td>3.93 (2.37)</td> <td>0.72</td> <td>0.72</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Intervención vs control (p)</th> </tr> <tr> <th>T1-T2 vs T1'-T2'</th> <th>T1-T3 vs T1'-T3'</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NS</td> <td>NS</td> </tr> </tbody> </table> <p>T1: tiempo antes de la intervención; T2: tiempo justo después de la intervención; T3: 10 minutos tras la intervención. NS: no significativo.</p> <p>Seguridad Sin datos sobre eventos adversos.</p>		Intervención: 5 minutos respiración consciente					Control					T1 media (DE)	T2 media (DE)	T3 media (DE)	T1-T2 p	T1-T3 p	T1 media (DE)	T2 media (DE)	T3 media (DE)	T1-T2 p	T1-T3 p	Dolor	4.12 (2.62)	3.65 (2.50)	3.48 (2.49)	0.46	0.32	4.17 (2.62)	3.93 (2.37)	3.93 (2.37)	0.72	0.72	Intervención vs control (p)		T1-T2 vs T1'-T2'	T1-T3 vs T1'-T3'	NS	NS	<p>Aunque no fue significativa, la reducción del dolor fue mayor en el grupo de intervención de respiración consciente de 5 minutos en comparación con el grupo control de escucha de 5 minutos.</p> <p>Comentarios: Se trata de subanálisis del ECA realizado por estos autores en el año 2016. Bajo tamaño muestral y sin seguimiento a largo plazo de los resultados.</p> <p>Financiación y conflicto de intereses</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se indica la financiación. • Sin conflicto de intereses. 	ALTO
	Intervención: 5 minutos respiración consciente					Control																																						
	T1 media (DE)	T2 media (DE)	T3 media (DE)	T1-T2 p	T1-T3 p	T1 media (DE)	T2 media (DE)	T3 media (DE)	T1-T2 p	T1-T3 p																																		
Dolor	4.12 (2.62)	3.65 (2.50)	3.48 (2.49)	0.46	0.32	4.17 (2.62)	3.93 (2.37)	3.93 (2.37)	0.72	0.72																																		
Intervención vs control (p)																																												
T1-T2 vs T1'-T2'	T1-T3 vs T1'-T3'																																											
NS	NS																																											

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																																																																																			
Look, 2020 (21) Malasia	<p>Diseño: ECA</p> <p>Objetivos: Determinar la eficacia de una única sesión de 20 minutos de respiración consciente en la reducción de síntomas en cuidados paliativos.</p> <p>Localización y periodo de realización:</p> <ul style="list-style-type: none"> Centro médico de la Universidad de Malasia. Septiembre 2018-diciembre 2018. 	<p>Población: Adultos mayores de 18 años en cuidados paliativos y con al menos un síntoma $\geq 5/10$ de la escala de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS).</p> <p>Intervención: 20 minutos de respiración consciente.</p> <p>Comparación: Control: Conversación social (cuidado estándar).</p> <p>Resultados analizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reducción de los síntomas en la ESAS. <p>Tiempo de seguimiento: 20 minutos.</p>	<p>Nº participantes/grupo: N=40</p> <p>Intervención grupo experimental: N=20</p> <p>Intervención grupo control: N=20</p> <p>Método enmascaramiento: Sin enmascaramiento.</p> <p>Método de aleatorización: Generada por ordenador.</p> <p>Pérdidas pos aleatorización: Sin pérdidas.</p> <p>Instrumentos empleados Escala de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS).</p>	<p>Efectividad: Cambios en la mediana y rango intercuartílico (IQR) de los grupos de comparación en la ESAS.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variables</th> <th colspan="3">Intervención</th> <th colspan="3">Control</th> </tr> <tr> <th>Mediana (IQR) T0</th> <th>Mediana (IQR) T20</th> <th>p</th> <th>Mediana (IQR) T0</th> <th>Mediana (IQR) T20</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor</td> <td>3.0 (4)</td> <td>2.5 (6)</td> <td>0.468</td> <td>1.0 (5)</td> <td>2.0 (5)</td> <td>0.152</td> </tr> <tr> <td>Cansancio</td> <td>5.0 (4)</td> <td>4.0 (8)</td> <td>0.103</td> <td>5.0 (4)</td> <td>5.0 (4)</td> <td>0.635</td> </tr> <tr> <td>Somnolencia</td> <td>5.0 (4)</td> <td>3.0 (4)</td> <td>0.037</td> <td>4.0 (4)</td> <td>5.0 (4)</td> <td>0.512</td> </tr> <tr> <td>Náuseas</td> <td>0.0 (1)</td> <td>0.0 (0)</td> <td>0.068</td> <td>0.0 (1)</td> <td>0.0 (1)</td> <td>0.832</td> </tr> <tr> <td>Falta de apetito</td> <td>6.0 (2)</td> <td>4.5 (4)</td> <td>0.017</td> <td>4.0 (8)</td> <td>3.5 (7)</td> <td>0.36</td> </tr> <tr> <td>Falta de aliento</td> <td>2.5 (7)</td> <td>3.0 (6)</td> <td>0.636</td> <td>0.0 (5)</td> <td>0.5 (4)</td> <td>0.453</td> </tr> <tr> <td>Depresión</td> <td>5.5 (5)</td> <td>3.0 (5)</td> <td>0.004</td> <td>3.0 (5)</td> <td>2.0 (5)</td> <td>0.057</td> </tr> <tr> <td>Ansiedad</td> <td>5.0 (7)</td> <td>3.0 (5)</td> <td>0.02</td> <td>3.0 (4)</td> <td>3.0 (5)</td> <td>0.999</td> </tr> <tr> <td>Bienestar</td> <td>5.0 (3)</td> <td>5.0 (4)</td> <td>0.003</td> <td>5.0 (5)</td> <td>4.5 (6)</td> <td>0.754</td> </tr> <tr> <td>Puntuación total</td> <td>38.3 (12.9)</td> <td>28.3 (15.5)</td> <td><0.001</td> <td>28.7 (7.2)</td> <td>29.0 (12.3)</td> <td>0.886</td> </tr> </tbody> </table> <p>ESAS: Escala de evaluación de síntomas de Edmonton.</p>	Variables	Intervención			Control			Mediana (IQR) T0	Mediana (IQR) T20	p	Mediana (IQR) T0	Mediana (IQR) T20	p	Dolor	3.0 (4)	2.5 (6)	0.468	1.0 (5)	2.0 (5)	0.152	Cansancio	5.0 (4)	4.0 (8)	0.103	5.0 (4)	5.0 (4)	0.635	Somnolencia	5.0 (4)	3.0 (4)	0.037	4.0 (4)	5.0 (4)	0.512	Náuseas	0.0 (1)	0.0 (0)	0.068	0.0 (1)	0.0 (1)	0.832	Falta de apetito	6.0 (2)	4.5 (4)	0.017	4.0 (8)	3.5 (7)	0.36	Falta de aliento	2.5 (7)	3.0 (6)	0.636	0.0 (5)	0.5 (4)	0.453	Depresión	5.5 (5)	3.0 (5)	0.004	3.0 (5)	2.0 (5)	0.057	Ansiedad	5.0 (7)	3.0 (5)	0.02	3.0 (4)	3.0 (5)	0.999	Bienestar	5.0 (3)	5.0 (4)	0.003	5.0 (5)	4.5 (6)	0.754	Puntuación total	38.3 (12.9)	28.3 (15.5)	<0.001	28.7 (7.2)	29.0 (12.3)	0.886	<p>Los resultados aportan evidencia de que una única sesión de 20 minutos de respiración consciente fue eficaz reduciendo los síntomas de forma rápida en pacientes en cuidados paliativos.</p> <p>Comentarios Estudio con un pequeño tamaño muestral que puede no alcanzar la significación estadística para todos los elementos de la puntuación ESAS. No se recogió información sobre los tratamientos que recibían los pacientes de ambos grupos, falta de cegamiento ya que se requería la participación activa del paciente y seguimiento a muy corto plazo.</p> <p>Financiación y conflicto de intereses Sin financiación ni conflicto de intereses.</p>	DUDOSO
Variables	Intervención			Control																																																																																					
	Mediana (IQR) T0	Mediana (IQR) T20	p	Mediana (IQR) T0	Mediana (IQR) T20	p																																																																																			
Dolor	3.0 (4)	2.5 (6)	0.468	1.0 (5)	2.0 (5)	0.152																																																																																			
Cansancio	5.0 (4)	4.0 (8)	0.103	5.0 (4)	5.0 (4)	0.635																																																																																			
Somnolencia	5.0 (4)	3.0 (4)	0.037	4.0 (4)	5.0 (4)	0.512																																																																																			
Náuseas	0.0 (1)	0.0 (0)	0.068	0.0 (1)	0.0 (1)	0.832																																																																																			
Falta de apetito	6.0 (2)	4.5 (4)	0.017	4.0 (8)	3.5 (7)	0.36																																																																																			
Falta de aliento	2.5 (7)	3.0 (6)	0.636	0.0 (5)	0.5 (4)	0.453																																																																																			
Depresión	5.5 (5)	3.0 (5)	0.004	3.0 (5)	2.0 (5)	0.057																																																																																			
Ansiedad	5.0 (7)	3.0 (5)	0.02	3.0 (4)	3.0 (5)	0.999																																																																																			
Bienestar	5.0 (3)	5.0 (4)	0.003	5.0 (5)	4.5 (6)	0.754																																																																																			
Puntuación total	38.3 (12.9)	28.3 (15.5)	<0.001	28.7 (7.2)	29.0 (12.3)	0.886																																																																																			

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																																															
				<p>Comparación de la media entre el minuto 0 (T0) y el minuto 20 (T20) entre los grupos de estudio.</p> <table border="1" data-bbox="700 446 1390 866"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variables</th> <th>Intervención</th> <th colspan="2">Control</th> </tr> <tr> <th>Rango medio (T0-T20)</th> <th>Rango medio (T0-T20)</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor</td> <td>17.8</td> <td>23.2</td> <td>0.149</td> </tr> <tr> <td>Cansancio</td> <td>17.0</td> <td>24.1</td> <td>0.056</td> </tr> <tr> <td>Somnolencia</td> <td>17.2</td> <td>23.8</td> <td>0.072</td> </tr> <tr> <td>Náuseas</td> <td>18.8</td> <td>22.3</td> <td>0.355</td> </tr> <tr> <td>Falta de apetito</td> <td>18.2</td> <td>22.9</td> <td>0.211</td> </tr> <tr> <td>Falta de aliento</td> <td>20.2</td> <td>20.8</td> <td>0.883</td> </tr> <tr> <td>Depresión</td> <td>16.6</td> <td>24.4</td> <td>0.033</td> </tr> <tr> <td>Ansiedad</td> <td>16.3</td> <td>24.8</td> <td>0.021</td> </tr> <tr> <td>Bienestar</td> <td>17.3</td> <td>23.7</td> <td>0.086</td> </tr> <tr> <td>Puntuación total</td> <td>15.4</td> <td>25.6</td> <td>0.005</td> </tr> </tbody> </table> <p>Seguridad Sin datos sobre eventos adversos.</p>	Variables	Intervención	Control		Rango medio (T0-T20)	Rango medio (T0-T20)	p	Dolor	17.8	23.2	0.149	Cansancio	17.0	24.1	0.056	Somnolencia	17.2	23.8	0.072	Náuseas	18.8	22.3	0.355	Falta de apetito	18.2	22.9	0.211	Falta de aliento	20.2	20.8	0.883	Depresión	16.6	24.4	0.033	Ansiedad	16.3	24.8	0.021	Bienestar	17.3	23.7	0.086	Puntuación total	15.4	25.6	0.005		
Variables	Intervención	Control																																																			
	Rango medio (T0-T20)	Rango medio (T0-T20)	p																																																		
Dolor	17.8	23.2	0.149																																																		
Cansancio	17.0	24.1	0.056																																																		
Somnolencia	17.2	23.8	0.072																																																		
Náuseas	18.8	22.3	0.355																																																		
Falta de apetito	18.2	22.9	0.211																																																		
Falta de aliento	20.2	20.8	0.883																																																		
Depresión	16.6	24.4	0.033																																																		
Ansiedad	16.3	24.8	0.021																																																		
Bienestar	17.3	23.7	0.086																																																		
Puntuación total	15.4	25.6	0.005																																																		

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																																							
Tan, 2020 (20) Malasia	<p>Diseño: ECA</p> <p>Objetivos: Examinar el efecto de una sola sesión de respiración consciente de 20 minutos sobre el nivel de sufrimiento percibido, junto con los cambios en la puntuación del índice biespectral (Bispectral Index Score, BIS) entre los cuidadores informales de cuidados paliativos.</p> <p>Localización y periodo de realización: Centro Médico Universitario de Malasia entre noviembre de 2016 y febrero de 2017.</p>	<p>Población: Cuidadores informales (familiares o amigos) de pacientes en cuidados paliativos.</p> <p>Intervención: El grupo de respiración consciente recibió una sesión de respiración consciente de 20 minutos guiada por personal médico entrenado.</p> <p>Comparación: El grupo de control recibieron una sesión de escucha de apoyo de 20 minutos.</p> <p>Resultados analizados: Reducción del nivel de sufrimiento percibido entre los cuidadores de pacientes de cuidados paliativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambios en el índice Biespectral (BIS) entre estos cuidadores. <p>Tiempo de seguimiento: 20 minutos</p>	<p>N° participantes/grupo: N=40</p> <p>Intervención grupo experimental: N=20</p> <p>Intervención grupo control: N=20</p> <p>Método enmascaramiento: Sin enmascaramiento.</p> <p>Método de aleatorización: Generado por ordenador.</p> <p>Pérdidas pos aleatorización: Sin pérdidas.</p> <p>Instrumentos empleados Puntuación de sufrimiento general medida con el "Pictograma de sufrimiento (escala numérica de 0 a 10 (0 = sin sufrimiento, 10 = peor sufrimiento posible) en el centro del Pictograma de sufrimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Valor del Índice biespectral (BIS). 	<p>Eficacia: Valores descriptivos de las medidas de resultado.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medidas de Resultado (puntuaciones)</th> <th>Respiración consciente Mediana (IQR)</th> <th>Control Mediana (IQR)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sufrimiento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T1</td> <td>7 (3)</td> <td>6.5 (3)</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>4.5 (3)</td> <td>5.5 (2)</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>5 (4)</td> <td>5 (2)</td> </tr> <tr> <td>T4</td> <td>3 (2)</td> <td>4.5 (3)</td> </tr> <tr> <td>T5</td> <td>3 (3)</td> <td>4.5 (4)</td> </tr> <tr> <td>Valor BIS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T1</td> <td>98 (1)</td> <td>98 (0)</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>84 (10)</td> <td>94.5 (6)</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>87.5 (9)</td> <td>97 (2)</td> </tr> <tr> <td>T4</td> <td>72 (16)</td> <td>89.5 (11)</td> </tr> <tr> <td>T5</td> <td>88 (7)</td> <td>97 (2)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Bis: Escala biespectral; T1: niveles basales; T2: durante 5 minutos; T3: a los 5 minutos; T4: a lo largo de los 20 minutos; T5: a los 20 minutos. Comparación entre grupos sobre las medidas de resultado</p>	Medidas de Resultado (puntuaciones)	Respiración consciente Mediana (IQR)	Control Mediana (IQR)	Sufrimiento			T1	7 (3)	6.5 (3)	T2	4.5 (3)	5.5 (2)	T3	5 (4)	5 (2)	T4	3 (2)	4.5 (3)	T5	3 (3)	4.5 (4)	Valor BIS			T1	98 (1)	98 (0)	T2	84 (10)	94.5 (6)	T3	87.5 (9)	97 (2)	T4	72 (16)	89.5 (11)	T5	88 (7)	97 (2)	<p>El estudio actual proporciona evidencia preliminar de que la respiración consciente de 20 minutos es factible y beneficiosa para los cuidadores informales de cuidados paliativos y puede reducir el sufrimiento rápidamente.</p> <p>Comentarios Tamaño muestral pequeño, solo se examinó el efecto inmediato y no el efecto sostenido. Se llevó a cabo en un único centro de atención terciaria de salud. La mayor parte de los cuidadores fueron mujeres.</p> <p>Sin enmascaramiento.</p> <p>Financiación y conflicto de intereses</p> <ul style="list-style-type: none"> Sin apoyo financiero para la investigación, autoría y / o publicación de este artículo. Sin conflictos de intereses. 	ALTO
Medidas de Resultado (puntuaciones)	Respiración consciente Mediana (IQR)	Control Mediana (IQR)																																											
Sufrimiento																																													
T1	7 (3)	6.5 (3)																																											
T2	4.5 (3)	5.5 (2)																																											
T3	5 (4)	5 (2)																																											
T4	3 (2)	4.5 (3)																																											
T5	3 (3)	4.5 (4)																																											
Valor BIS																																													
T1	98 (1)	98 (0)																																											
T2	84 (10)	94.5 (6)																																											
T3	87.5 (9)	97 (2)																																											
T4	72 (16)	89.5 (11)																																											
T5	88 (7)	97 (2)																																											

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados					Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																																																																		
				<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Medidas de Resultado (puntuaciones)</th> <th colspan="2">Respiración consciente</th> <th colspan="2">Control</th> <th rowspan="2">p</th> </tr> <tr> <th>Mediana</th> <th>Rango medio</th> <th>Mediana</th> <th>Rango medio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sufrimiento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T2-T1</td> <td>-2.0</td> <td>25.35</td> <td>0.0</td> <td>15.65</td> <td>0.006</td> </tr> <tr> <td>T3-T1</td> <td>-0.5</td> <td>21.65</td> <td>-1.0</td> <td>19.35</td> <td>0.510</td> </tr> <tr> <td>T4-T1</td> <td>-3.0</td> <td>25.22</td> <td>-2.0</td> <td>15.78</td> <td>0.010</td> </tr> <tr> <td>T5-T1</td> <td>-3.0</td> <td>24.30</td> <td>-2.0</td> <td>16.70</td> <td>0.036</td> </tr> <tr> <td>Valor BIS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T2-T1</td> <td>-12.5</td> <td>29.22</td> <td>-1.5</td> <td>11.78</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>T3-T1</td> <td>-9.5</td> <td>29.88</td> <td>0.0</td> <td>11.12</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>T4-T1</td> <td>-25.5</td> <td>29.30</td> <td>-7.0</td> <td>11.70</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>T5-T1</td> <td>-8.0</td> <td>29.52</td> <td>-0.5</td> <td>11.48</td> <td><0.001</td> </tr> </tbody> </table> <p>Bis: Escala biespectral; T1: niveles basales; T2: durante 5 minutos; T3: a los 5 minutos; T4: a lo largo de los 20 minutos; T5: a los 20 minutos</p> <p>Seguridad No se registró ningún daño ni efectos adversos.</p>	Medidas de Resultado (puntuaciones)	Respiración consciente		Control		p	Mediana	Rango medio	Mediana	Rango medio	Sufrimiento						T2-T1	-2.0	25.35	0.0	15.65	0.006	T3-T1	-0.5	21.65	-1.0	19.35	0.510	T4-T1	-3.0	25.22	-2.0	15.78	0.010	T5-T1	-3.0	24.30	-2.0	16.70	0.036	Valor BIS						T2-T1	-12.5	29.22	-1.5	11.78	<0.001	T3-T1	-9.5	29.88	0.0	11.12	<0.001	T4-T1	-25.5	29.30	-7.0	11.70	<0.001	T5-T1	-8.0	29.52	-0.5	11.48	<0.001		
Medidas de Resultado (puntuaciones)	Respiración consciente		Control			p																																																																						
	Mediana	Rango medio	Mediana	Rango medio																																																																								
Sufrimiento																																																																												
T2-T1	-2.0	25.35	0.0	15.65	0.006																																																																							
T3-T1	-0.5	21.65	-1.0	19.35	0.510																																																																							
T4-T1	-3.0	25.22	-2.0	15.78	0.010																																																																							
T5-T1	-3.0	24.30	-2.0	16.70	0.036																																																																							
Valor BIS																																																																												
T2-T1	-12.5	29.22	-1.5	11.78	<0.001																																																																							
T3-T1	-9.5	29.88	0.0	11.12	<0.001																																																																							
T4-T1	-25.5	29.30	-7.0	11.70	<0.001																																																																							
T5-T1	-8.0	29.52	-0.5	11.48	<0.001																																																																							

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																																																																												
Beng, 2019 (5) Malasia	<p>Diseño: ECA</p> <p>Objetivos: Estudiar la eficacia de una única sesión de respiración consciente sobre la reducción del nivel percibido de sufrimiento entre los pacientes de cuidados paliativos; y los cambios en índice Biespectral (BIS) entre estos pacientes.</p> <p>Localización y periodo de realización: Centro Médico Universitario de Malasia. Junio 2016-diciembre de 2016.</p>	<p>Población: Pacientes hospitalizados en cuidados paliativos, mayores de 18 años y con una puntuación de sufrimiento general de ≥ 4, medida con el Pictograma de sufrimiento (un nuevo instrumento de evaluación del sufrimiento en una población de pacientes en cuidados paliativos).</p> <p>Intervención: Respiración consciente: una sesión guiada de 20 minutos.</p> <p>Comparación: Control: una sesión de escucha de apoyo de 20 minutos.</p>	<p>Nº participantes/grupo: N=40</p> <p>Intervención grupo experimental: N=20 Sesión de respiración consciente de 20 minutos guiada.</p> <p>Intervención grupo control: N=20 Sesión de escucha de apoyo de 20 minutos.</p> <p>Método enmascaramiento: Ninguno.</p> <p>Método de aleatorización: Generado por ordenador.</p> <p>Pérdidas pos aleatorización: Ninguna</p>	<p>Eficacia: Comparación entre las diferentes medidas de resultado.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medidas de Resultado (puntuaciones)</th> <th>Respiración consciente Media (DE)</th> <th>Control Media (DE)</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sufrimiento</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T1</td> <td>6.65 (1.74)</td> <td>6.61 (1.83)</td> <td>0.66</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>4.45 (2.28)</td> <td>5.44 (2.41)</td> <td>0.19</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>4.70 (2.10)</td> <td>5.56 (2.23)</td> <td>0.64</td> </tr> <tr> <td>T4</td> <td>3.00 (2.10)</td> <td>3.67 (2.19)</td> <td>0.61</td> </tr> <tr> <td>T5</td> <td>3.25 (2.15)</td> <td>4.06 (2.28)</td> <td>0.53</td> </tr> <tr> <td>Dolor</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T1</td> <td>4.10 (2.67)</td> <td>3.35 (3.39)</td> <td>0.44</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>2.45 (2.21)</td> <td>3.00 (2.99)</td> <td>0.51</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>2.75 (2.29)</td> <td>2.95 (2.98)</td> <td>0.81</td> </tr> <tr> <td>T4</td> <td>1.85 (1.95)</td> <td>2.85 (2.96)</td> <td>0.22</td> </tr> <tr> <td>T5</td> <td>2.00 (2.10)</td> <td>2.95 (2.98)</td> <td>0.25</td> </tr> <tr> <td>Valor BIS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T1</td> <td>98.00 (1.50)</td> <td>98.00 (1.00)</td> <td>0.793</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>79.00 (11.00)</td> <td>95.00 (4.50)</td> <td>0.000</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>84.00 (11.50)</td> <td>98.00 (1.50)</td> <td>0.000</td> </tr> <tr> <td>T4</td> <td>73.00 (15.00)</td> <td>90.00 (7.50)</td> <td>0.000</td> </tr> <tr> <td>T5</td> <td>85.00 (10.50)</td> <td>97.00 (5.00)</td> <td>0.000</td> </tr> </tbody> </table> <p>BIS: Escala biespectral; T1: niveles basales; T2: durante 5 minutos; T3: a los 5 minutos; T4: a lo largo de los 20 minutos; T5: a los 20 minutos.</p>	Medidas de Resultado (puntuaciones)	Respiración consciente Media (DE)	Control Media (DE)	p	Sufrimiento				T1	6.65 (1.74)	6.61 (1.83)	0.66	T2	4.45 (2.28)	5.44 (2.41)	0.19	T3	4.70 (2.10)	5.56 (2.23)	0.64	T4	3.00 (2.10)	3.67 (2.19)	0.61	T5	3.25 (2.15)	4.06 (2.28)	0.53	Dolor				T1	4.10 (2.67)	3.35 (3.39)	0.44	T2	2.45 (2.21)	3.00 (2.99)	0.51	T3	2.75 (2.29)	2.95 (2.98)	0.81	T4	1.85 (1.95)	2.85 (2.96)	0.22	T5	2.00 (2.10)	2.95 (2.98)	0.25	Valor BIS				T1	98.00 (1.50)	98.00 (1.00)	0.793	T2	79.00 (11.00)	95.00 (4.50)	0.000	T3	84.00 (11.50)	98.00 (1.50)	0.000	T4	73.00 (15.00)	90.00 (7.50)	0.000	T5	85.00 (10.50)	97.00 (5.00)	0.000	<p>Existe evidencia preliminar de que la respiración consciente de 20 minutos es factible en el entorno de una enfermedad terminal y puede reducir el sufrimiento rápidamente al atenuar la actividad del electroencefalograma. Incluso puede reducir la percepción del dolor. Sin embargo, se necesitan más estudios a mayor escala o estudios multicéntricos para corroborar la evidencia preliminar.</p> <p>Comentarios Tamaño muestral pequeño, solo se examinó el efecto inmediato y no el efecto sostenido. Se llevó a cabo en un único centro de atención terciaria de salud.</p>	ALTO
Medidas de Resultado (puntuaciones)	Respiración consciente Media (DE)	Control Media (DE)	p																																																																															
Sufrimiento																																																																																		
T1	6.65 (1.74)	6.61 (1.83)	0.66																																																																															
T2	4.45 (2.28)	5.44 (2.41)	0.19																																																																															
T3	4.70 (2.10)	5.56 (2.23)	0.64																																																																															
T4	3.00 (2.10)	3.67 (2.19)	0.61																																																																															
T5	3.25 (2.15)	4.06 (2.28)	0.53																																																																															
Dolor																																																																																		
T1	4.10 (2.67)	3.35 (3.39)	0.44																																																																															
T2	2.45 (2.21)	3.00 (2.99)	0.51																																																																															
T3	2.75 (2.29)	2.95 (2.98)	0.81																																																																															
T4	1.85 (1.95)	2.85 (2.96)	0.22																																																																															
T5	2.00 (2.10)	2.95 (2.98)	0.25																																																																															
Valor BIS																																																																																		
T1	98.00 (1.50)	98.00 (1.00)	0.793																																																																															
T2	79.00 (11.00)	95.00 (4.50)	0.000																																																																															
T3	84.00 (11.50)	98.00 (1.50)	0.000																																																																															
T4	73.00 (15.00)	90.00 (7.50)	0.000																																																																															
T5	85.00 (10.50)	97.00 (5.00)	0.000																																																																															

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																																																																																
		<p>Resultados analizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reducción del nivel de sufrimiento percibido entre los pacientes de cuidados paliativos. Reducción del dolor (<i>Pain Score</i>). Cambios en el índice Biespectral (BIS) entre estos pacientes. <p>Tiempo de seguimiento: 20 minutos.</p>	<p>Instrumentos empleados</p> <ul style="list-style-type: none"> Puntuación de sufrimiento general medida con el "Pictograma de sufrimiento (escala numérica de 0 a 10 (0 = sin sufrimiento, 10 = peor sufrimiento posible) en el centro del Pictograma de sufrimiento). Puntuación del dolor mediante el <i>Pain Score</i>. Valor del Índice biespectral (BIS). 	<p>Comparación por pares de las medidas de resultado.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medidas de Resultado (puntuaciones)</th> <th>Respiración consciente Diferencia de medias</th> <th>p</th> <th>Control Diferencia de medias</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sufrimiento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T2-T1</td> <td>-2.20</td> <td>0.00</td> <td>-1.17</td> <td>0.017</td> </tr> <tr> <td>T3-T1</td> <td>-1.95</td> <td>0.00</td> <td>-1.06</td> <td>0.11</td> </tr> <tr> <td>T4_T1</td> <td>-3.65</td> <td>0.00</td> <td>-2.94</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>T5-T1</td> <td>-3.40</td> <td>0.00</td> <td>-2.56</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Dolor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T2-T1</td> <td>-1.65</td> <td>0.01</td> <td>-0.35</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>T3-T1</td> <td>-1.35</td> <td>0.01</td> <td>-0.40</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>T4_T1</td> <td>-2.25</td> <td>0.00</td> <td>-0.50</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>T5-T1</td> <td>-2.10</td> <td>0.00</td> <td>-0.40</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>Valor BIS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T2-T1</td> <td>10.00</td> <td>0.00</td> <td>8.87</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>T3-T1</td> <td>10.00</td> <td>0.00</td> <td>7.33</td> <td>0.32</td> </tr> <tr> <td>T4_T1</td> <td>9.50</td> <td>0.00</td> <td>10.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>T5-T1</td> <td>9.00</td> <td>0.00</td> <td>9.23</td> <td>0.02</td> </tr> </tbody> </table> <p>Bis: Escala biespectral; T1: niveles basales; T2: durante 5 minutos; T3: a los 5 minutos; T4: a lo largo de los 20 minutos; T5: a los 20 minutos</p> <p>Seguridad Sin datos sobre eventos adversos.</p>	Medidas de Resultado (puntuaciones)	Respiración consciente Diferencia de medias	p	Control Diferencia de medias	p	Sufrimiento					T2-T1	-2.20	0.00	-1.17	0.017	T3-T1	-1.95	0.00	-1.06	0.11	T4_T1	-3.65	0.00	-2.94	0.00	T5-T1	-3.40	0.00	-2.56	0.00	Dolor					T2-T1	-1.65	0.01	-0.35	1.00	T3-T1	-1.35	0.01	-0.40	1.00	T4_T1	-2.25	0.00	-0.50	1.00	T5-T1	-2.10	0.00	-0.40	1.00	Valor BIS					T2-T1	10.00	0.00	8.87	0.00	T3-T1	10.00	0.00	7.33	0.32	T4_T1	9.50	0.00	10.00	0.00	T5-T1	9.00	0.00	9.23	0.02	<p>La fuerte correlación entre las puntuaciones de sufrimiento y las puntuaciones de dolor indicó que los resultados de reducción del sufrimiento no podían distinguirse de la reducción del dolor físico, lo que limita su generalización al sufrimiento psicosocial o espiritual.</p> <p>Financiación y conflicto de intereses</p> <ul style="list-style-type: none"> Sin apoyo financiero para la investigación, autoría y / o publicación de este artículo. Sin conflictos de intereses. 	
Medidas de Resultado (puntuaciones)	Respiración consciente Diferencia de medias	p	Control Diferencia de medias	p																																																																																		
Sufrimiento																																																																																						
T2-T1	-2.20	0.00	-1.17	0.017																																																																																		
T3-T1	-1.95	0.00	-1.06	0.11																																																																																		
T4_T1	-3.65	0.00	-2.94	0.00																																																																																		
T5-T1	-3.40	0.00	-2.56	0.00																																																																																		
Dolor																																																																																						
T2-T1	-1.65	0.01	-0.35	1.00																																																																																		
T3-T1	-1.35	0.01	-0.40	1.00																																																																																		
T4_T1	-2.25	0.00	-0.50	1.00																																																																																		
T5-T1	-2.10	0.00	-0.40	1.00																																																																																		
Valor BIS																																																																																						
T2-T1	10.00	0.00	8.87	0.00																																																																																		
T3-T1	10.00	0.00	7.33	0.32																																																																																		
T4_T1	9.50	0.00	10.00	0.00																																																																																		
T5-T1	9.00	0.00	9.23	0.02																																																																																		

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																										
Guan, 2016 (3) Malaisia	<p>Diseño: ECA</p> <p>Objetivos: Estudiar la eficacia de la respiración consciente de 5 minutos para la reducción de la angustia/sufrimiento en pacientes con cáncer en un entorno de cuidados paliativos.</p> <p>Localización y periodo de realización:</p> <ul style="list-style-type: none"> Unidad de cuidados paliativos de un hospital universitario público en Malasia. Periodo no indicado. 	<p>Población: Mayores de 18 años diagnosticado con cáncer de cualquier tipo, recibiendo cuidados paliativos, y con una puntuación de angustia >4 en el termómetro de angustia/sufrimiento.</p> <p>Intervención: 5 minutos de respiración consciente.</p> <p>Comparación: Control: 5 minutos de escucha de preguntas semiestructuradas.</p> <p>Resultados analizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Angustia percibida. Presión arterial, frecuencia del pulso, frecuencia respiratoria, respuesta galvánica de la piel y temperatura de la superficie de la piel. <p>Tiempo de seguimiento: 10 minutos tras la intervención.</p>	<p>N° participantes/grupo: N=60</p> <p>Intervención grupo experimental: N=30</p> <p>Intervención grupo control: N=30</p> <p>Método enmascaramiento: Sin enmascaramiento.</p> <p>Método de aleatorización: No indicado.</p> <p>Pérdidas pos aleatorización: Sin pérdidas.</p> <p>Instrumentos empleados</p> <ul style="list-style-type: none"> Termómetro de sufrimiento (<i>Distress thermometer</i>) Medida de la temperatura Respuesta Galvánica de la piel. Presión sanguínea y frecuencia cardíaca. 	<p>Eficacia: Diferencia de medias entre los grupos de comparación</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variables</th> <th colspan="2">5 minutos de respiración consciente vs control (escucha normal)</th> </tr> <tr> <th>T1-T2 vs T1'-T2' p</th> <th>T1-T3 vs T1'-T3' p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Angustia</td> <td><0.01</td> <td><0.01</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia respiratoria</td> <td><0.01</td> <td><0.01</td> </tr> <tr> <td>Presión sistólica</td> <td><0.01</td> <td><0.01</td> </tr> <tr> <td>Presión diastólica</td> <td>0.03</td> <td>0.03</td> </tr> <tr> <td>Pulso</td> <td><0.01</td> <td>0.09</td> </tr> <tr> <td>Temperatura de la piel</td> <td>0.05</td> <td>0.03</td> </tr> <tr> <td>Respuesta de la piel</td> <td>0.13</td> <td><0.01</td> </tr> </tbody> </table> <p>T1: tiempo antes de la intervención; T2: tiempo justo después de la intervención; T3: 10 minutos tras la intervención.</p> <p>Seguridad Sin datos sobre eventos adversos.</p>	Variables	5 minutos de respiración consciente vs control (escucha normal)		T1-T2 vs T1'-T2' p	T1-T3 vs T1'-T3' p	Angustia	<0.01	<0.01	Frecuencia respiratoria	<0.01	<0.01	Presión sistólica	<0.01	<0.01	Presión diastólica	0.03	0.03	Pulso	<0.01	0.09	Temperatura de la piel	0.05	0.03	Respuesta de la piel	0.13	<0.01	<p>La intervención de respiración consciente de cinco minutos es sencilla, rápida y fácil de practicar; produce una rápida reducción de angustia percibida en pacientes con cáncer terminal y reduce las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés en los pacientes.</p> <p>Comentarios</p> <ul style="list-style-type: none"> Tamaño muestral bajo para demostrar el efecto de la intervención sobre los cambios fisiológicos. El tiempo de seguimiento muy corto, solo examina el efecto inmediato, sería necesario un seguimiento a largo plazo para determinar la duración de la intervención. Presencia de un investigador que podría tener algún efecto sobre la angustia psicológica de los pacientes (introduciendo la variable "atención"). <p>Financiación y conflicto de intereses</p> <ul style="list-style-type: none"> No se indica la financiación. Sin conflicto de intereses. 	ALTO
Variables	5 minutos de respiración consciente vs control (escucha normal)																															
	T1-T2 vs T1'-T2' p	T1-T3 vs T1'-T3' p																														
Angustia	<0.01	<0.01																														
Frecuencia respiratoria	<0.01	<0.01																														
Presión sistólica	<0.01	<0.01																														
Presión diastólica	0.03	0.03																														
Pulso	<0.01	0.09																														
Temperatura de la piel	0.05	0.03																														
Respuesta de la piel	0.13	<0.01																														

Disnea

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																																																																																		
Leh-Ching, 2020 (7)	<p>Diseño: ECA</p> <p>Objetivos: Comprobar la eficacia de 20 minutos de respiración consciente en la reducción de la disnea entre los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada.</p> <p>Localización y periodo de realización: Unidad de Cardiología del Centro Médico de la Universidad de Malaya (UMMC), Malasia. Del 1 de agosto de 2018 al 30 de abril de 2019.</p>	<p>Población: Adultos con insuficiencia cardíaca aguda descompensada, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) $\leq 40\%$ medida mediante ecocardiografía transtorácica tridimensional y una puntuación de disnea de 4 o más según la puntuación de disnea del Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS).</p> <p>Intervención: 20 minutos de respiración consciente.</p> <p>Comparación: Atención estándar sola por parte del equipo de cardiología del hospital. Los investigadores les dijeron que descansaran en cama durante el período de estudio.</p> <p>Resultados analizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Puntuación de disnea (ESAS), frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, pulso, presión arterial sistólica y diastólica. <p>Tiempo de seguimiento: 20 minutos.</p>	<p>N° participantes/ grupo: N=30</p> <p>Intervención grupo experimental: N=15</p> <p>Intervención grupo control: N=15</p> <p>Método enmascaramiento: Sin enmascaramiento.</p> <p>Método aleatorización: Generado por ordenador.</p> <p>Pérdidas pos aleatorización:</p> <p>Instrumentos empleados</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala de disnea del Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS). Signos vitales. Frecuencia respiratoria. 	<p>Eficacia: Cambios en las variables de resultado entre los grupos de intervención y control</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variables de resultado</th> <th colspan="2">Respiración consciente</th> <th colspan="2">Control</th> <th rowspan="2">P</th> </tr> <tr> <th>Mediana (IQR)</th> <th>Rango medio</th> <th>Mediana (IQR)</th> <th>Rango medio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Escala disnea (ESAS)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>-2.0 (1.0)</td> <td>11.30</td> <td>0.0 (1.0)</td> <td>19.70</td> <td>0.007</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia respiratoria</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>0.0 (8.0)</td> <td>16.17</td> <td>0.0 (4.0)</td> <td>14.83</td> <td>0.667</td> </tr> <tr> <td>Saturación O₂</td> <td>Media</td> <td>DE</td> <td>Media</td> <td>DE</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>0.27</td> <td>2.31</td> <td>-0.07</td> <td>1.67</td> <td>0.654</td> </tr> <tr> <td>Pulso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>-6.0 (12.0)</td> <td>13.63</td> <td>0.0 (9.0)</td> <td>17.37</td> <td>0.244</td> </tr> <tr> <td>Presión sistólica</td> <td>Media</td> <td>DE</td> <td>Media</td> <td>DE</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>-1.07</td> <td>11.18</td> <td>-1.07</td> <td>6.82</td> <td>1.000</td> </tr> <tr> <td>Presión diastólica</td> <td>Media</td> <td>DE</td> <td>Media</td> <td>DE</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>-1.73</td> <td>7.77</td> <td>0.60</td> <td>7.84</td> <td>0.420</td> </tr> </tbody> </table> <p>ESAS: Edmond Symptom Assessment System; IQR: rango intercuartílico.</p> <p>Seguridad No se observaron resultados adversos en ninguno de los grupos de comparación.</p>	Variables de resultado	Respiración consciente		Control		P	Mediana (IQR)	Rango medio	Mediana (IQR)	Rango medio	Escala disnea (ESAS)							-2.0 (1.0)	11.30	0.0 (1.0)	19.70	0.007	Frecuencia respiratoria							0.0 (8.0)	16.17	0.0 (4.0)	14.83	0.667	Saturación O ₂	Media	DE	Media	DE			0.27	2.31	-0.07	1.67	0.654	Pulso							-6.0 (12.0)	13.63	0.0 (9.0)	17.37	0.244	Presión sistólica	Media	DE	Media	DE			-1.07	11.18	-1.07	6.82	1.000	Presión diastólica	Media	DE	Media	DE			-1.73	7.77	0.60	7.84	0.420	<p>Los resultados aportan evidencia de que una sola sesión de 20 minutos de respiración consciente fue eficaz en la reducción de la disnea en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada.</p> <p>Comentarios Pequeño tamaño muestral, ECA no enmascarado, sin control activo. Se eligió la escala ESAS para medir la disnea, pero solo unos pocos estudios la validaron en poblaciones sin cáncer. El estudio determinó el efecto inmediato de una intervención breve y no su efecto a largo plazo.</p> <p>Financiación y conflicto de intereses Los autores no recibieron ningún apoyo financiero para la investigación, autoría y / o publicación de este artículo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sin conflicto de intereses. 	ALTO
Variables de resultado	Respiración consciente		Control			P																																																																																		
	Mediana (IQR)	Rango medio	Mediana (IQR)	Rango medio																																																																																				
Escala disnea (ESAS)																																																																																								
	-2.0 (1.0)	11.30	0.0 (1.0)	19.70	0.007																																																																																			
Frecuencia respiratoria																																																																																								
	0.0 (8.0)	16.17	0.0 (4.0)	14.83	0.667																																																																																			
Saturación O ₂	Media	DE	Media	DE																																																																																				
	0.27	2.31	-0.07	1.67	0.654																																																																																			
Pulso																																																																																								
	-6.0 (12.0)	13.63	0.0 (9.0)	17.37	0.244																																																																																			
Presión sistólica	Media	DE	Media	DE																																																																																				
	-1.07	11.18	-1.07	6.82	1.000																																																																																			
Presión diastólica	Media	DE	Media	DE																																																																																				
	-1.73	7.77	0.60	7.84	0.420																																																																																			

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																																																		
Tan, 2019 (22) Malasia	<p>Diseño: ECA</p> <p>Objetivos: Examinar el efecto de la respiración consciente durante 20 minutos sobre la reducción rápida de la disnea, en reposo, en pacientes con cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma.</p> <p>Localización y periodo de realización: Unidad respiratoria del Centro Médico de la Universidad de Malasia. Desde el 1 de agosto de 2017 hasta el 31 de marzo.</p>	<p>Población: Pacientes adultos hospitalizados con cáncer de pulmón, EPOC o asma y con disnea en reposo de moderada a grave medida con la escala de disnea de Borg modificada (<i>Modified Borg Dyspnea Scale</i>, MBDS ≥ 3).</p> <p>Intervención: Atención estándar por parte del equipo respiratorio más una sesión de respiración consciente de 20 minutos.</p> <p>Comparación: Atención estándar por parte del equipo respiratorio.</p> <p>Resultados analizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la disnea. • Niveles de saturación de oxígeno. • Frecuencia respiratoria. <p>Tiempo de seguimiento: 20 minutos.</p>	<p>Nº participantes/grupo: N=63</p> <p>Intervención grupo experimental: N=32</p> <p>Intervención grupo control: N=31</p> <p>Método enmascaramiento: Sin enmascaramiento.</p> <p>Método aleatorización: Generado por ordenador.</p> <p>Pérdidas pos aleatorización: Sin pérdidas.</p> <p>Instrumentos empleados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de disnea de Borg modificada. 	<p>Eficacia: Resultados entre los grupos de comparación</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Variables de resultado</th> <th>Respiración consciente (n = 32)</th> <th>Control (n = 31)</th> <th>P</th> <th>OR (IC del 95%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MBDS, n (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T5</td> <td>21 (65.6)</td> <td>4 (12.9)</td> <td><0,001</td> <td>12.9 (3.59–46.28)</td> </tr> <tr> <td>T20</td> <td>22 (68.8)</td> <td>9 (29.0)</td> <td>0.002</td> <td>5.4 (1.83–15.79)</td> </tr> <tr> <td>Sa O₂, n (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T5</td> <td>12 (37.5)</td> <td>4 (12.9)</td> <td>0.025</td> <td>4.1 (1.15–14.43)</td> </tr> <tr> <td>T20</td> <td>12 (37.5)</td> <td>5 (16.1)</td> <td>0.056</td> <td>3.1 (0.94–10.31)</td> </tr> <tr> <td>RR, n (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T5</td> <td>20 (62.5)</td> <td>17 (54.8)</td> <td>0.537</td> <td>1.4 (0.50–3.75)</td> </tr> <tr> <td>T20</td> <td>19 (59.4)</td> <td>10 (32.4)</td> <td>0.031</td> <td>3.1 (1.09–8.61)</td> </tr> </tbody> </table> <p>OR = odds ratio; IC = intervalo de confianza; MBDS = escala de disnea de Borg modificada; T5 = minuto 5, T20 = minuto 20; Sa O₂ = saturación de oxígeno; RR = frecuencia respiratoria.</p>	Variables de resultado	Respiración consciente (n = 32)	Control (n = 31)	P	OR (IC del 95%)	MBDS, n (%)					T5	21 (65.6)	4 (12.9)	<0,001	12.9 (3.59–46.28)	T20	22 (68.8)	9 (29.0)	0.002	5.4 (1.83–15.79)	Sa O₂, n (%)					T5	12 (37.5)	4 (12.9)	0.025	4.1 (1.15–14.43)	T20	12 (37.5)	5 (16.1)	0.056	3.1 (0.94–10.31)	RR, n (%)					T5	20 (62.5)	17 (54.8)	0.537	1.4 (0.50–3.75)	T20	19 (59.4)	10 (32.4)	0.031	3.1 (1.09–8.61)	<p>Una sola sesión de respiración consciente de 20 minutos es eficaz para reducir rápidamente la disnea en pacientes con cáncer de pulmón, EPOC y asma.</p> <p>Comentarios Tamaño muestral pequeño, especialmente para el análisis por subgrupos de pacientes. Sin enmascaramiento. No se incluyeron otras enfermedades pulmonares comunes, como las bronquiectasias y la enfermedad pulmonar intersticial. El estudio examinó el efecto inmediato de una intervención breve, no el efecto sostenido. No se exploró la voluntad de estos participantes de repetir realmente esta intervención de 20 minutos en la vida diaria y el grado de aceptación o satisfacción con la intervención.</p>	ALTO
Variables de resultado	Respiración consciente (n = 32)	Control (n = 31)	P	OR (IC del 95%)																																																				
MBDS, n (%)																																																								
T5	21 (65.6)	4 (12.9)	<0,001	12.9 (3.59–46.28)																																																				
T20	22 (68.8)	9 (29.0)	0.002	5.4 (1.83–15.79)																																																				
Sa O₂, n (%)																																																								
T5	12 (37.5)	4 (12.9)	0.025	4.1 (1.15–14.43)																																																				
T20	12 (37.5)	5 (16.1)	0.056	3.1 (0.94–10.31)																																																				
RR, n (%)																																																								
T5	20 (62.5)	17 (54.8)	0.537	1.4 (0.50–3.75)																																																				
T20	19 (59.4)	10 (32.4)	0.031	3.1 (1.09–8.61)																																																				

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																																																																
				<p>Comparación de las diferencias entre los grupos intervención y control.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variables de resultado</th> <th colspan="2">Respiración consciente</th> <th colspan="2">Control</th> <th rowspan="2">P -</th> </tr> <tr> <th>Mediana (IQR)</th> <th>Rango medio</th> <th>Mediana (IQR)</th> <th>Rango medio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MBDS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T5 - T0</td> <td>-1.0 (1.0)</td> <td>23.28</td> <td>0 (0)</td> <td>37.72</td> <td><0,001</td> </tr> <tr> <td>T20 - T0</td> <td>-2.0 (2.0)</td> <td>23.00</td> <td>0 (1.0)</td> <td>36.77</td> <td>0.001</td> </tr> <tr> <td>Sa O₂ (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T5 - T0</td> <td>0 (2.0)</td> <td>35.48</td> <td>0 (1.0)</td> <td>25.52</td> <td>0.021</td> </tr> <tr> <td>T20 - T0</td> <td>0 (2.5)</td> <td>33.26</td> <td>0 (1.0)</td> <td>26.85</td> <td>0.141</td> </tr> <tr> <td>RR (respiraciones / min)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T5 - T0</td> <td>-2 (6.5)</td> <td>27.05</td> <td>-2.0 (4.0)</td> <td>33.95</td> <td>0.120</td> </tr> <tr> <td>T20 - T0</td> <td>-2 (6.0)</td> <td>24.90</td> <td>0 (4.0)</td> <td>34.93</td> <td>0.023</td> </tr> </tbody> </table> <p>IQR = rango intercuartílico; MBDS = escala de disnea de Borg modificada; T5 = minuto 5; T0 = niveles basales; T20 = minuto 20; Sa O₂ = saturación de oxígeno; RR = frecuencia respiratoria.</p>	Variables de resultado	Respiración consciente		Control		P -	Mediana (IQR)	Rango medio	Mediana (IQR)	Rango medio	MBDS						T5 - T0	-1.0 (1.0)	23.28	0 (0)	37.72	<0,001	T20 - T0	-2.0 (2.0)	23.00	0 (1.0)	36.77	0.001	Sa O₂ (%)						T5 - T0	0 (2.0)	35.48	0 (1.0)	25.52	0.021	T20 - T0	0 (2.5)	33.26	0 (1.0)	26.85	0.141	RR (respiraciones / min)						T5 - T0	-2 (6.5)	27.05	-2.0 (4.0)	33.95	0.120	T20 - T0	-2 (6.0)	24.90	0 (4.0)	34.93	0.023	<p>Financiación y conflicto de intereses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiado por el Programa de Subvenciones para la (Investigación, Ministerio de Educación de Malasia). • Sin conflictos de intereses. 	
Variables de resultado	Respiración consciente		Control			P -																																																																
	Mediana (IQR)	Rango medio	Mediana (IQR)	Rango medio																																																																		
MBDS																																																																						
T5 - T0	-1.0 (1.0)	23.28	0 (0)	37.72	<0,001																																																																	
T20 - T0	-2.0 (2.0)	23.00	0 (1.0)	36.77	0.001																																																																	
Sa O₂ (%)																																																																						
T5 - T0	0 (2.0)	35.48	0 (1.0)	25.52	0.021																																																																	
T20 - T0	0 (2.5)	33.26	0 (1.0)	26.85	0.141																																																																	
RR (respiraciones / min)																																																																						
T5 - T0	-2 (6.5)	27.05	-2.0 (4.0)	33.95	0.120																																																																	
T20 - T0	-2 (6.0)	24.90	0 (4.0)	34.93	0.023																																																																	

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo sesgo*																																																																																																																																								
				<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variables de resultado</th> <th colspan="2">Respiración consciente</th> <th colspan="2">Control</th> <th rowspan="2">P</th> </tr> <tr> <th>Mediana (IQR)</th> <th>Rango medio</th> <th>Mediana (IQR)</th> <th>Rango medio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cáncer de pulmón</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MBDS T5 – T0</td> <td>-1.0 (1.0)</td> <td>13.23</td> <td>0 (0)</td> <td>19.38</td> <td>0.041</td> </tr> <tr> <td>MBDS T20 – T0</td> <td>-2.0 (2.0)</td> <td>13.50</td> <td>0 (1.5)</td> <td>18.06</td> <td>0.147</td> </tr> <tr> <td>Sa O₂ T5 – T0</td> <td>0 (1.0)</td> <td>19.33</td> <td>0 (1.0)</td> <td>14.00</td> <td>0.080</td> </tr> <tr> <td>Sa O₂ T20 – T0</td> <td>0 (2.0)</td> <td>18.61</td> <td>0 (1.0)</td> <td>13.85</td> <td>0.120</td> </tr> <tr> <td>RR T5 – T0</td> <td>-2.0 (8.0)</td> <td>14.77</td> <td>-2.0 (4.0)</td> <td>18.03</td> <td>0.315</td> </tr> <tr> <td>RR T20 – T0</td> <td>-3.0 (9.0)</td> <td>13.46</td> <td>0 (4.0)</td> <td>18.09</td> <td>0.153</td> </tr> <tr> <td>EPOC</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MBDS T5 – T0</td> <td>0 (1.5)</td> <td>6.67</td> <td>0 (0)</td> <td>10.86</td> <td>0.034</td> </tr> <tr> <td>MBDS T20 – T0</td> <td>-1.0 (2.0)</td> <td>6.89</td> <td>0 (1.0)</td> <td>10.57</td> <td>0.076</td> </tr> <tr> <td>Sa O₂ T5 – T0</td> <td>0 (2.5)</td> <td>9.17</td> <td>0 (1.0)</td> <td>7.64</td> <td>0.496</td> </tr> <tr> <td>Sa O₂ T20 – T0</td> <td>-1.0 (5.0)</td> <td>8.00</td> <td>0 (1.0)</td> <td>9.14</td> <td>0.627</td> </tr> <tr> <td>RR T5 – T0</td> <td>-4.0 (7.0)</td> <td>7.78</td> <td>-2.0 (4.0)</td> <td>9.43</td> <td>0.483</td> </tr> <tr> <td>RR T20 – T0</td> <td>-4.0 (4.0)</td> <td>6.33</td> <td>2.0 (6.0)</td> <td>11.29</td> <td>0.035</td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MBDS T5 – T0</td> <td>-1.5 (1.8)</td> <td>5.19</td> <td>0 (0)</td> <td>11.21</td> <td>0.006</td> </tr> <tr> <td>MBDS T20 – T0</td> <td>-2.3 (2.8)</td> <td>5.00</td> <td>0 (0)</td> <td>11.43</td> <td>0.003</td> </tr> <tr> <td>Sa O₂ T5 – T0</td> <td>1.0 (4.5)</td> <td>10.19</td> <td>-1.0 (3.0)</td> <td>5.50</td> <td>0.039</td> </tr> <tr> <td>Sa O₂ T20 – T0</td> <td>1.0 (3.0)</td> <td>9.38</td> <td>-1.0 (3.0)</td> <td>6.43</td> <td>0.197</td> </tr> <tr> <td>RR T5 – T0</td> <td>-4.0 (4.8)</td> <td>6.38</td> <td>0 (6.0)</td> <td>9.86</td> <td>0.118</td> </tr> <tr> <td>RR T20 – T0</td> <td>-2.0 (11.8)</td> <td>7.06</td> <td>0 (2.0)</td> <td>9.07</td> <td>0.369</td> </tr> </tbody> </table> <p>IQR = rango intercuartílico; MBDS = escala de disnea de Borg modificada; T5 = minuto 5; T0 = niveles basales; T20 = minuto 20; Sa O₂ = saturación de oxígeno; RR = frecuencia respiratoria.</p> <p>Seguridad: Sin datos sobre eventos adversos.</p>	Variables de resultado	Respiración consciente		Control		P	Mediana (IQR)	Rango medio	Mediana (IQR)	Rango medio	Cáncer de pulmón						MBDS T5 – T0	-1.0 (1.0)	13.23	0 (0)	19.38	0.041	MBDS T20 – T0	-2.0 (2.0)	13.50	0 (1.5)	18.06	0.147	Sa O₂ T5 – T0	0 (1.0)	19.33	0 (1.0)	14.00	0.080	Sa O₂ T20 – T0	0 (2.0)	18.61	0 (1.0)	13.85	0.120	RR T5 – T0	-2.0 (8.0)	14.77	-2.0 (4.0)	18.03	0.315	RR T20 – T0	-3.0 (9.0)	13.46	0 (4.0)	18.09	0.153	EPOC						MBDS T5 – T0	0 (1.5)	6.67	0 (0)	10.86	0.034	MBDS T20 – T0	-1.0 (2.0)	6.89	0 (1.0)	10.57	0.076	Sa O₂ T5 – T0	0 (2.5)	9.17	0 (1.0)	7.64	0.496	Sa O₂ T20 – T0	-1.0 (5.0)	8.00	0 (1.0)	9.14	0.627	RR T5 – T0	-4.0 (7.0)	7.78	-2.0 (4.0)	9.43	0.483	RR T20 – T0	-4.0 (4.0)	6.33	2.0 (6.0)	11.29	0.035	Asma						MBDS T5 – T0	-1.5 (1.8)	5.19	0 (0)	11.21	0.006	MBDS T20 – T0	-2.3 (2.8)	5.00	0 (0)	11.43	0.003	Sa O₂ T5 – T0	1.0 (4.5)	10.19	-1.0 (3.0)	5.50	0.039	Sa O₂ T20 – T0	1.0 (3.0)	9.38	-1.0 (3.0)	6.43	0.197	RR T5 – T0	-4.0 (4.8)	6.38	0 (6.0)	9.86	0.118	RR T20 – T0	-2.0 (11.8)	7.06	0 (2.0)	9.07	0.369		
Variables de resultado	Respiración consciente		Control			P																																																																																																																																								
	Mediana (IQR)	Rango medio	Mediana (IQR)	Rango medio																																																																																																																																										
Cáncer de pulmón																																																																																																																																														
MBDS T5 – T0	-1.0 (1.0)	13.23	0 (0)	19.38	0.041																																																																																																																																									
MBDS T20 – T0	-2.0 (2.0)	13.50	0 (1.5)	18.06	0.147																																																																																																																																									
Sa O₂ T5 – T0	0 (1.0)	19.33	0 (1.0)	14.00	0.080																																																																																																																																									
Sa O₂ T20 – T0	0 (2.0)	18.61	0 (1.0)	13.85	0.120																																																																																																																																									
RR T5 – T0	-2.0 (8.0)	14.77	-2.0 (4.0)	18.03	0.315																																																																																																																																									
RR T20 – T0	-3.0 (9.0)	13.46	0 (4.0)	18.09	0.153																																																																																																																																									
EPOC																																																																																																																																														
MBDS T5 – T0	0 (1.5)	6.67	0 (0)	10.86	0.034																																																																																																																																									
MBDS T20 – T0	-1.0 (2.0)	6.89	0 (1.0)	10.57	0.076																																																																																																																																									
Sa O₂ T5 – T0	0 (2.5)	9.17	0 (1.0)	7.64	0.496																																																																																																																																									
Sa O₂ T20 – T0	-1.0 (5.0)	8.00	0 (1.0)	9.14	0.627																																																																																																																																									
RR T5 – T0	-4.0 (7.0)	7.78	-2.0 (4.0)	9.43	0.483																																																																																																																																									
RR T20 – T0	-4.0 (4.0)	6.33	2.0 (6.0)	11.29	0.035																																																																																																																																									
Asma																																																																																																																																														
MBDS T5 – T0	-1.5 (1.8)	5.19	0 (0)	11.21	0.006																																																																																																																																									
MBDS T20 – T0	-2.3 (2.8)	5.00	0 (0)	11.43	0.003																																																																																																																																									
Sa O₂ T5 – T0	1.0 (4.5)	10.19	-1.0 (3.0)	5.50	0.039																																																																																																																																									
Sa O₂ T20 – T0	1.0 (3.0)	9.38	-1.0 (3.0)	6.43	0.197																																																																																																																																									
RR T5 – T0	-4.0 (4.8)	6.38	0 (6.0)	9.86	0.118																																																																																																																																									
RR T20 – T0	-2.0 (11.8)	7.06	0 (2.0)	9.07	0.369																																																																																																																																									

Hipertensión

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Valoración de riesgo de sesgo*																																																																						
Telles, 2013 (16) India	<p>Diseño: ECA</p> <p>Objetivos: Examinar el efecto de la respiración consciente y pranayama anuloma-viloma sobre la hipertensión y el desempeño de tareas (tablero de clavijas de Purdue) en pacientes con presión arterial elevada.</p> <p>Localización y periodo de realización: Sin información.</p>	<p>Población: Adultos con hipertensión esencial diagnosticada según las normas vigentes, (PA sistólica ≥ 140 mmHg y / o PA diastólica ≥ 90 mmHg).</p> <p>Intervención: -Pranayama anuloma-viloma. -Respiración consciente.</p> <p>Comparación: Control (lectura neutra).</p> <p>Resultados analizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipertensión arterial. Desempeño de tareas de destreza. <p>Tiempo de seguimiento: 10 minutos.</p>	<p>N° participantes/grupo: N=90</p> <p>Intervención grupo experimental: *solo se tomaron los datos que hacen referencia a la respiración consciente y al grupo control. N=30</p> <p>Intervención grupo control: N=30</p> <p>Método enmascaramiento: Investigadores, evaluadores analizadores de datos estaban cegados a la asignación de grupo.</p> <p>Método de aleatorización: Mediante aleatorizador (www.randomizer.org).</p> <p>Pérdidas pos aleatorización: Sin pérdidas.</p> <p>Instrumentos empleados</p> <ul style="list-style-type: none"> Esfigmomanómetro de mercurio estándar. Tablero de clavijas de Purdue. 	<p>Efectividad: *solo se tomaron los datos que hacen referencia a la respiración consciente y al grupo control.</p> <p>Registros de presión arterial en participantes con hipertensión controlada.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Grupos</th> <th colspan="2">Presión sanguínea sistólica</th> <th colspan="2">Presión arterial diastólica</th> </tr> <tr> <th>Pre Media (\pmDE)</th> <th>Post Media (\pmDE)</th> <th>Pre Media (\pmDE)</th> <th>Post Media (\pmDE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Respiración consciente</td> <td>130.67 \pm 16.39</td> <td>127.20 \pm 13.72</td> <td>84.33 \pm 10.73</td> <td>83.73 \pm 9.26</td> </tr> <tr> <td>% cambio</td> <td colspan="2">-2.65</td> <td colspan="2">-0.71</td> </tr> <tr> <td>Control</td> <td>140.83 \pm 14.22</td> <td>139.53 \pm 18.65</td> <td>81.20 \pm 9.42</td> <td>81.33 \pm 9.37</td> </tr> <tr> <td>% cambio</td> <td colspan="2">-0.92</td> <td colspan="2">0.16</td> </tr> </tbody> </table> <p>* p <0,05;</p> <p>Puntuaciones del tablero de clavijas de Purdue en participantes con hipertensión controlada.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Grupos</th> <th colspan="2">Mano derecha</th> <th colspan="2">Mano izquierda</th> <th colspan="2">Ambas manos</th> </tr> <tr> <th>Pre Media (\pmDE)</th> <th>Post Media (\pmDE)</th> <th>Pre Media (\pmDE)</th> <th>Post Media (\pmDE)</th> <th>Pre Media (\pmDE)</th> <th>Post Media (\pmDE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Respiración consciente</td> <td>11.43 \pm 2.33</td> <td>12.07 \pm 2.05</td> <td>10.87 \pm 2.01</td> <td>11.10 \pm 1.81</td> <td>8.53 \pm 1.81</td> <td>8.70 \pm 1.66</td> </tr> <tr> <td>% cambio</td> <td colspan="2">5.59</td> <td colspan="2">2.11</td> <td colspan="2">1,99</td> </tr> <tr> <td>Control</td> <td>11.57 \pm 2.43</td> <td>12.37 \pm 2.36</td> <td>10.63 \pm 1.99</td> <td>10.77 \pm 1.89</td> <td>8.60 \pm 2,43</td> <td>8.70 \pm 2.83</td> </tr> <tr> <td>% cambio</td> <td colspan="2">6.91</td> <td colspan="2">1.31</td> <td colspan="2">1.16</td> </tr> </tbody> </table> <p>* p <0,05;</p> <p>Seguridad: Sin ningún evento adverso tras la práctica.</p>	Grupos	Presión sanguínea sistólica		Presión arterial diastólica		Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)	Respiración consciente	130.67 \pm 16.39	127.20 \pm 13.72	84.33 \pm 10.73	83.73 \pm 9.26	% cambio	-2.65		-0.71		Control	140.83 \pm 14.22	139.53 \pm 18.65	81.20 \pm 9.42	81.33 \pm 9.37	% cambio	-0.92		0.16		Grupos	Mano derecha		Mano izquierda		Ambas manos		Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)	Respiración consciente	11.43 \pm 2.33	12.07 \pm 2.05	10.87 \pm 2.01	11.10 \pm 1.81	8.53 \pm 1.81	8.70 \pm 1.66	% cambio	5.59		2.11		1,99		Control	11.57 \pm 2.43	12.37 \pm 2.36	10.63 \pm 1.99	10.77 \pm 1.89	8.60 \pm 2,43	8.70 \pm 2.83	% cambio	6.91		1.31		1.16		<p>La respiración consciente produjo una reducción significativa sólo en la presión sistólica y sin efectos sobre los resultados de destreza mediante el tablero de clavijas de Purdue.</p> <p>(La respiración Pranayama (Anuloma-viloma) redujo la presión sistólica y diastólica y la destreza medida a través el tablero de Purdue).</p> <p>Comentarios Estudio con pequeño tamaño muestral, y con un seguimiento a muy corto plazo (10 minutos). Sin análisis entre grupos.</p> <p>Financiación y conflicto de intereses Financiación gubernamental. Sin información sobre conflictos de intereses.</p>	DUDOSO
Grupos	Presión sanguínea sistólica		Presión arterial diastólica																																																																									
	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)																																																																								
Respiración consciente	130.67 \pm 16.39	127.20 \pm 13.72	84.33 \pm 10.73	83.73 \pm 9.26																																																																								
% cambio	-2.65		-0.71																																																																									
Control	140.83 \pm 14.22	139.53 \pm 18.65	81.20 \pm 9.42	81.33 \pm 9.37																																																																								
% cambio	-0.92		0.16																																																																									
Grupos	Mano derecha		Mano izquierda		Ambas manos																																																																							
	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)	Pre Media (\pm DE)	Post Media (\pm DE)																																																																						
Respiración consciente	11.43 \pm 2.33	12.07 \pm 2.05	10.87 \pm 2.01	11.10 \pm 1.81	8.53 \pm 1.81	8.70 \pm 1.66																																																																						
% cambio	5.59		2.11		1,99																																																																							
Control	11.57 \pm 2.43	12.37 \pm 2.36	10.63 \pm 1.99	10.77 \pm 1.89	8.60 \pm 2,43	8.70 \pm 2.83																																																																						
% cambio	6.91		1.31		1.16																																																																							

Anexo D. Estudios en marcha

Listado de los estudios en marcha

Número de identificador País	Estado y fecha de finalización	Tipo de estudio y diseño / financiación	Número de pacientes	Objetivos Variables de resultado	Grupo de intervención/comparador	Principales criterios de inclusión/exclusión
<p>NCT03072017 EE. UU. URL https://clinicaltrials.gov/show/NCT03072017.</p>	<p>Reclutamiento: Completado. Última actualización: 18 julio de 2017 Fecha Finalización: No indicada</p>	<p>Ensayo Piloto fase 1: <i>Monitored Breathing Awareness Therapy for Insomnia Disorder in Older Adults (MBAT).</i> Universidad de Pensilvania</p>	N=20	<p>Objetivo: Desarrollar una intervención innovadora, no farmacológica y de bajo riesgo que se pueda implementar en dispositivos móviles para el tratamiento del insomnio.</p> <p>Variables de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latencia del inicio del sueño (Marco temporal: 2 semanas). • Tiempo en dormir. 	<p>Intervención: Respiración consciente monitorizada para el insomnio en adultos mayores (MBAT).</p> <p>Control: Sin grupo control.</p>	<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hombres y mujeres de 65-90 años • Latencia de inicio del sueño >30 min durante al menos 3 noches por semana. <p>Criterio de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para realizar pruebas debido a incapacidad para comunicarse verbalmente / ceguera, incapacidad para escribir y leer en inglés (los cuestionarios de estudio están en inglés y no existen en forma validada para otros idiomas). • Deterioro cognitivo (es posible que los pacientes con deterioro cognitivo no puedan cumplir con el protocolo). • Antecedentes de un trastorno del sueño no insomnio diagnosticado, como apnea del sueño o trastorno del ritmo circadiano • Deterioro motor de las extremidades superiores que excluiría la intervención MBAT (p.e.: tetraplejía).

Número de identificador País	Estado y fecha de finalización	Tipo de estudio y diseño / financiación	Número de pacientes	Objetivos Variables de resultado	Grupo de intervención/comparador	Principales criterios de inclusión/exclusión
NCT03814980 EE. UU. URL https://ClinicalTrials.gov/show/NCT03814980	Reclutamiento: Completado Última actualización: 6 de enero de 2020 Fecha Finalización: 30 agosto 2019	Ensayo clínico. Estudio piloto. Clínica Mayo en Rochester Rochester, Minnesota, Estados Unidos.	N=6	Objetivo: Desarrollar un sistema para guiar a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a completar una práctica de respiración consciente en casa. Variabes de resultado: Probar la viabilidad de una aplicación de respiración consciente para pacientes con EPOC.	Intervención: Respiración consciente Los participantes utilizarán una aplicación de respiración consciente en una tablet. Control: Sin grupo control.	Criterios de inclusión: Hombres y mujeres de 40-99 años. Los pacientes elegibles para rehabilitación pulmonar serán reclutados para este estudio. Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Voluntarios sanos.
NCT03187340 EE. UU. URL https://ClinicalTrials.gov/show/NCT03187340	Reclutamiento: En reclutamiento Última actualización: 28 de julio de 2020 Fecha Finalización: 31 de diciembre de 2023.	ECA Respiración consciente monitorizada para el insomnio en adultos mayores (MBAT). Nalaka Gooneratne (Electrónica médica avanzad) y la Universidad de Pensilvania.	N=240	Objetivo: Desarrollar una intervención innovadora, no farmacológica y de bajo riesgo que se pueda implementar en dispositivos móviles para el tratamiento del insomnio. Variabes de resultado: Latencia del inicio del sueño (Marco temporal: 4 semanas) <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo en dormir. 	Intervención: Educación y relajación del sueño Entrenamiento de relajación e higiene del sueño. Control: Comparador activo: educación y relajación del sueño. *No queda claro los grupos de intervención/control.	Criterios de inclusión: -Hombre y mujeres ≥55 años. -Latencia de inicio del sueño > 30 min durante al menos 3 noches por semana. Criterio de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para realizar pruebas debido a incapacidad para comunicarse verbalmente / ceguera, incapacidad para escribir y leer en inglés (los cuestionarios de estudio están en inglés y no existen en forma validada para otros idiomas). • Deterioro cognitivo (es posible que los pacientes con deterioro cognitivo no puedan cumplir con el protocolo). • Antecedentes de un trastorno del sueño no insomnio diagnosticado, como apnea del sueño o trastorno del ritmo circadiano. • Deterioro motor de las extremidades superiores que excluiría la intervención MBAT (p.e.: tetraplejía).

Número de identificador País	Estado y fecha de finalización	Tipo de estudio y diseño / financiación	Número de pacientes	Objetivos Variables de resultado	Grupo de intervención/ comparador	Principales criterios de inclusión/ exclusión
<p>NCT05029024</p> <p>Malasia</p> <p>URL</p> <p>https://ClinicalTrials.gov/show/NCT05029024</p>	<p>Reclutamiento:</p> <p>Completado.</p> <p>Última actualización: 31 de agosto de 2021.</p> <p>Fecha Finalización:</p> <p>No indicado.</p>	<p><i>ECA</i></p> <p><i>Universidad</i></p> <p><i>Malasia Sarawak</i></p>	<p>N= 80</p>	<p>Objetivo:</p> <p>Sesión única de respiración consciente de 30 minutos para reducir la fatiga en pacientes con cáncer hematológico.</p> <p>Variables de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gravedad de la fatiga de acuerdo con la subescala de fatiga de la Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), la escala analógica visual de 0 a 10 y la Evaluación funcional de la escala de fatiga de la terapia de enfermedades crónicas versión 4, en el minuto 0 y en el minuto 30. 	<p>Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención estándar más una sesión de respiración consciente guiada de 30 minutos. <p>Control:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solo atención estándar. 	<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacientes ≥ 18 años con diagnóstico histopatológico de cáncer hematológico según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud y una puntuación de fatiga ≥ 4 según la subescala de fatiga (ESAS). <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacientes si tenían un nivel de conciencia alterado, deterioro cognitivo o cualquier enfermedad psiquiátrica que impidiera que los pacientes dieran su consentimiento informado o participaran plenamente en el estudio; antecedentes activos o pasados de cáncer de otro sistema, o un nivel de hemoglobina < 8 g/dl.
<p>NCT03897699</p> <p>EE. UU.</p> <p>URL</p> <p>https://ClinicalTrials.gov/show/NCT03897699</p>	<p>Reclutamiento:</p> <p>Completado</p> <p>Última actualización: 15 diciembre de 2021</p> <p>Fecha Finalización:</p> <p>Previsto 1 octubre de 2021</p>	<p><i>ECA</i></p> <p>Universidad de Minesota</p>	<p>N=68</p>	<p>Objetivo:</p> <p>Investigar si la estimulación de corriente continua transcraneal (tDCS) dirigida a la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC) puede mejorar el efecto terapéutico del entrenamiento de respiración consciente (MBT) para la depresión adolescente.</p>	<p>Intervención:</p> <p>tDCS activo + entrenamiento de respiración consciente</p> <p>Control:</p> <p>tDCS simulado + entrenamiento de respiración consciente.</p>	<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos de 16 a 24 años. Diagnóstico de trastorno depresivo mayor (MDD), distimia u otro trastorno depresivo especificado/no especificado basado en MINI. Experimentar síntomas actuales de depresión según lo indexado por una puntuación MADRS-S ≥ 13. Capacidad para acceder a la aplicación en línea de MBT (p.e.: ordenador portátil, tablet o teléfono móvil personal). Inglés fluido.

Número de identificador País	Estado y fecha de finalización	Tipo de estudio y diseño / financiación	Número de pacientes	Objetivos Variables de resultado	Grupo de intervención/ comparador	Principales criterios de inclusión/ exclusión
				<p>Variables de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en la conectividad DLPFC (marco temporal: línea de base y 5 semanas). • Cambio en la conectividad de la corteza prefrontal dorsolateral con la red de prominencia y el modo predeterminado usando resonancia magnética funcional en comparación entre los grupos de tratamiento. 		<p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier participante con un trastorno neurológico clínicamente, entre otros, con riesgo de convulsiones (lesión cerebral, historial de convulsiones, antecedentes de accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio dentro de dos años, aneurisma cerebral; demencia; cirugía cerebral; antecedentes de accidente cerebrovascular o antecedentes familiares de epilepsia). • Cualquier participante con un mayor riesgo de convulsiones por cualquier motivo. • Participantes con metales conductores, ferromagnéticos u otros metales sensibles al magnetismo implantados en la cabeza, excluyendo la boca, que no se pueden extraer de forma segura. • Participantes con implantes activos o inactivos (incluidos los cables del dispositivo), incluidos estimuladores cerebrales profundos, implantes cocleares y estimuladores del nervio vago. • Participantes con llagas o lesiones preexistentes en el sitio de colocación de electrodos tDCS o EEG.

Número de identificador País	Estado y fecha de finalización	Tipo de estudio y diseño / financiación	Número de pacientes	Objetivos Variables de resultado	Grupo de intervención/comparador	Principales criterios de inclusión/exclusión
						<ul style="list-style-type: none"> • Un peinado que impida el contacto de los electrodos de EEG y tDCS (p. ej., rastas). • Cualquier participante con un embarazo actual o posibilidad de embarazo actual • Participantes incapaces de dar su consentimiento informado. • Actualmente activamente suicida con intención y plan determinado por el C-SSRS en la visita inicial. • Un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias actual o reciente (en los últimos 12 meses). • Un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o autismo. • Psicoterapia. • Cambio reciente en la dosis de medicación antidepresiva (dentro de las 6 semanas anteriores al ingreso al estudio). • Negativa a cooperar con los procedimientos del estudio.

Número de identificador País	Estado y fecha de finalización	Tipo de estudio y diseño / financiación	Número de pacientes	Objetivos Variables de resultado	Grupo de intervención/comparador	Principales criterios de inclusión/exclusión
<p>NCT04517500 EE. UU. URL https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04517500</p>	<p>Reclutamiento: Reclutando Última actualización: 29 de septiembre de 2021. Fecha Finalización: 28 de febrero de 2023</p>	<p><i>ECA</i> <i>*ECA a partir del piloto: NCT03814980</i> <i>Clinica Mayo en Rochester (Minnesota, Estados Unidos).</i></p>	<p>N=60</p>	<p>Objetivo: Desarrollar un módulo de respiración consciente para un programa de rehabilitación domiciliario ya eficaz y desarrollado para guiar a los pacientes con EPOC en una práctica de respiración consciente y paliar aún más la disnea y la ansiedad. Variables de resultado: Cambio en el Cuestionario de Enfermedades Respiratorias Crónicas (CRQ) - Resumen de disnea (marco temporal: cambio desde el inicio del CRQ se evaluará a los 3 y 6 meses).</p>	<p>Intervención: Rehabilitación pulmonar domiciliaria con modo de respiración consciente. Control: • Programa de rehabilitación pulmonar en el hogar.</p>	<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hombres y mujeres ≥40 años. • Diagnóstico clínico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). • Al menos 10 paquetes de años de fumar. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de hacer ejercicio leve (problemas ortopédicos-neurológicos o confinado a una cama). • Incapaz de seguir órdenes (deterioro cognitivo). • Tienen una alta probabilidad de perderse durante el seguimiento (abuso activo de alcohol o drogas). • Vive en un área que no tiene servicio telefonía móvil.
<p>UTN code: U1111-1248-0462 Brasil URL https://ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-9s93d9</p>	<p>Reclutamiento: Completado. Última actualización: 8 de marzo de 2020. Fecha Finalización: No indicado.</p>	<p><i>ECA abierto</i> <i>Universidad Federal del Paraná (Brasil).</i></p>	<p>N=32</p>	<p>Objetivo: Determinar si la respiración consciente tiene efectos positivos en pacientes obesos bajo consejo nutricional. Variables de resultado: Evaluación del estrés percibido, antropometría y balance autonómico.</p>	<p>Intervención: 16 mujeres obesas con consejo nutricional en asociación con la respiración consciente. Control: 16 mujeres obesas con consejo nutricional.</p>	<p>Criterios de inclusión: Mujeres entre 21-59 años con un IMC ≥ 30 kg/m². Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de diabetes o trastorno psiquiátrico. • Embarazadas. • Con marcapasos u otros dispositivos electrónicos o prótesis metálicas en el cuerpo.

Número de identificador País	Estado y fecha de finalización	Tipo de estudio y diseño / financiación	Número de pacientes	Objetivos Variables de resultado	Grupo de intervención/comparador	Principales criterios de inclusión/exclusión
ACTRN12621001272886 Malasia URL https://anzctr.org.au/Trial/Registration/TrialReview.aspx?ACTRN=12621001272886	Reclutamiento: Completado. Última actualización: 31 de mayo de 2020. Fecha Finalización: No indicada.	<i>ECA</i> Universidad de Malasia	N=80	Objetivo: Determinar si el ejercicio de respiración consciente ayuda a reducir el síntoma de fatiga entre los pacientes con cáncer hematológico. VARIABLES DE RESULTADO: <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de la fatiga del Sistema de Evaluación de Síntomas de <i>Edmonton</i> (ESAS). Evaluación Funcional y de la Terapia de Enfermedades Crónicas (FACIT) Escala de Fatiga Versión 4. 	Intervención: Respiración consciente. Control: Cuidado estándar.	Criterios de inclusión: Pacientes de 18 años o más con diagnóstico confirmado de cáncer hematológico y una puntuación de fatiga de 4 o más basada en la subescala de fatiga (ESAS). Criterios de exclusión <ul style="list-style-type: none"> No indicados
ACTRN12621001297819 Malasia URL https://anzctr.org.au/Trial/Registration/TrialReview.aspx?ACTRN=12621001297819	Reclutamiento: Completado Última actualización: 24 de septiembre de 2021 Fecha Finalización:	<i>ECA</i> <i>Universidad de Malasia</i>	N=60	Objetivo: Estudiar el efecto de la respiración consciente en pacientes en hemodiálisis, en comparación con la atención estándar. VARIABLES DE RESULTADO: <ul style="list-style-type: none"> Tiempo de recuperación de diálisis, calidad del sueño y calidad de vida relacionada con la salud. Marco temporal: 2 semanas, durante las 6 sesiones de hemodiálisis. Los efectos se compararon antes y después de la intervención, entre el grupo de respiración consciente y el grupo de control.	Intervención: Respiración consciente. Control: Cuidado estándar.	Criterios de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> Pacientes mayores de 18 años. Con enfermedad renal en estado terminal en hemodiálisis de 3 sesiones por semana. Con enfermedad renal en estado terminal durante más de 3 meses. Pacientes con tiempo de recuperación de diálisis superior a 2 horas. Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> Pacientes con delirio o confusión.

Número de identificador País	Estado y fecha de finalización	Tipo de estudio y diseño / financiación	Número de pacientes	Objetivos Variables de resultado	Grupo de intervención/ comparador	Principales criterios de inclusión/ exclusión
<p>NCT04718753</p> <p>China</p> <p>URL</p> <p>https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04718753</p>	<p>Reclutamiento:</p> <p>Completado.</p> <p>Última actualización:</p> <p>12 de agosto de 2021</p> <p>Fecha Finalización:</p>	<p>ECA</p> <p>Universidad China de Hong Kong</p>	N=30	<p>Objetivo:</p> <p>Examinar el efecto de la respiración consciente y el mecanismo de las espirales positivas de atención plena mediante la evaluación ecológica momentánea (EMA) y la actigrafía.</p> <p>Variables de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en la evaluación momentánea ecológica (EMA), cambio en escala de afecto positivo y negativo (PANAS). • Cambio en las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). • Cambio en el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI). • Encuesta de desarrollo propio. • Registro de respiración consciente. • Cambio en la actigrafía. 	<p>Intervención:</p> <p>Respiración consciente</p> <p>Control:</p> <p>Sin intervención.</p>	<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Residentes de Hong Kong de ≥ 18 años y ≤ 65 años. • Fluidez en el idioma cantonés. • Voluntad de dar su consentimiento informado y cumplir con el protocolo del estudio. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos médicos o neurocognitivos mayores que hagan inviable la participación. • Trastornos psiquiátricos con base en el Cuestionario de Salud General (GHQ-28) con una puntuación >11 o tener ideación suicida. • Enfermedades cardiovasculares que afectan la medida de la variabilidad de la frecuencia cardíaca. • Usar medicación o psicoterapia para cualquier trastorno psicológico.

Número de identificador País	Estado y fecha de finalización	Tipo de estudio y diseño / financiación	Número de pacientes	Objetivos Variables de resultado	Grupo de intervención/ comparador	Principales criterios de inclusión/ exclusión
<p>NCT04517500</p> <p>EE. UU.</p> <p>URL</p> <p>https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT04517500</p>	<p>Reclutamiento:</p> <p>Reclutando</p> <p>Última actualización:</p> <p>29 de septiembre de 2021</p> <p>Fecha Finalización:</p> <p>28 de febrero de 2023</p>	<p><i>Ensayo clínico abierto.</i></p> <p><i>Clínica Mayo.</i></p>	<p>N=60</p>	<p>Objetivo:</p> <p>Desarrollar un módulo de respiración consciente para un programa de rehabilitación domiciliario ya eficaz y desarrollado para guiar a los pacientes con la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en una práctica de respiración consciente y paliar aún más la disnea y la ansiedad.</p> <p>Variables de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el Cuestionario de Enfermedades Respiratorias Crónicas (CRQ) - Resumen de disnea (marco temporal: desde el inicio del CRQ se evaluará a los 3 y 6 meses). 	<p>Intervención:</p> <p>Rehabilitación pulmonar domiciliaria con modo de respiración consciente.</p> <p>Control:</p> <p>Rehabilitación pulmonar domiciliaria.</p>	<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hombres y mujeres ≥ 40 años. • Diagnóstico clínico de EPOC. • Fumadores de al menos 10 paquetes/año. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de hacer ejercicio leve (problemas ortopédicos-neurológicos o confinado en cama). • Incapaz de seguir órdenes (deterioro cognitivo). • Tienen una alta probabilidad de perderse durante el seguimiento (abuso activo de alcohol o drogas). • Vive en un área sin cobertura móvil.

Número de identificador País	Estado y fecha de finalización	Tipo de estudio y diseño / financiación	Número de pacientes	Objetivos Variables de resultado	Grupo de intervención/ comparador	Principales criterios de inclusión/exclusión
<p>NCT05082246</p> <p>EE. UU.</p> <p>URL</p> <p>https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT05082246</p>	<p>Reclutamiento:</p> <p>Reclutando</p> <p>Última actualización:</p> <p>18 de octubre de 2021</p> <p>Fecha Finalización:</p> <p>30 de abril de 2022</p>	<p><i>Ensayo abierto de un brazo</i></p> <p><i>WellSpan Health</i></p>	<p>N=30</p>	<p>Objetivo:</p> <p>Evaluar si los métodos de medicina alternativa y complementaria (respiración Consciente, meditación <i>Heartfulness</i> y liberación Emocional) son factibles y beneficiosos en el entorno de rehabilitación.</p> <p>Variables de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estrés (usando la Escala de Estrés Percibido-14 y usando BioSquares™), • Evaluar la ansiedad (usando la escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada-7). • Evaluar la depresión (usando la escala del Cuestionario de Salud del Paciente-9). • Evaluar el dolor (usando la escala de Wong-Baker FACES). 	<p>Intervención:</p> <p>3 intervenciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiración Consciente • Meditación <i>Heartfulness</i> • Liberación Emocional <p>Control:</p> <p>Sin grupo control</p>	<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hombre y mujeres ≥18 años dispuestos a participar. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que no puedan sentarse durante 30 minutos debido a condiciones físicas o mentales. • Pacientes con diagnóstico activo o antecedentes de trastorno bipolar, esquizofrenia o trastorno de estrés postraumático. • Pacientes con pensamientos suicidas activos y que estén siendo derivados para ayuda de salud mental. • Pacientes con una evaluación cognitiva de Montreal (MOCA) superior a 20. • Pacientes con antecedentes de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otro trastorno psicótico primario, o distimia con inicio antes de los 20 años;

Anexo E. Artículos excluidos

Referencia bibliográfica	Motivo exclusión
ECAs	
1. Beng TS, Ahmad F, Loong LC, Chin LE, Zainal NZ, Guan NC, et al. Distress Reduction for Palliative Care Patients and Families With 5-Minute Mindful Breathing: A Pilot Study. <i>Am J Hosp Palliat Care</i> . 2016;33(6):555-60. PubMed PMID: 25632044.	Estudio piloto del ECA publicado con posterioridad.
2. Britt ME. Effect of a mindfulness intervention on community college students' writing apprehension and writing performance. <i>Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences</i> . 2011;72(10-A):3599.	Tesis doctoral.
3. Chai CS, Liam CK, Pang YK, Tan SB, Ng DLC, Wong TS. Dyspnea improvement in patients with lung diseases in a single session of mindful breathing: A randomized controlled study. <i>Respirology</i> . 2018;23 (Supplement 2):197-8.	Comunicación a congreso.
4. Colgan DD, Wahbeh H, Pleet M, Besler K, Christopher M. A qualitative study of mindfulness among veterans with posttraumatic stress disorder: Practices differentially affect symptoms, aspects of well-being, and potential mechanisms of action. <i>J Evid Based Complementary Altern Med</i> . 2017;22(3):482-93.	Estudio cualitativo de un ECA.
5. Cowdrey FA, Stewart A, Roberts J, Park RJ. Rumination and modes of processing around meal times in women with anorexia nervosa: Qualitative and quantitative results from a pilot study. <i>Eur Eat Disord Rev</i> . 2013;21(5):411-9.	No es ECA. Ensayo cuasiexperimental sin aleatorización.
6. Dincer B, Ozcelik SK, Ozer Z, Bahcecik N. Breathing therapy and emotional freedom techniques on public speaking anxiety in Turkish nursing students: A randomized controlled study. <i>Explore</i> . 2020. PubMed PMID: 2010318711.	Voluntarios sanos.
7. Feruglio S, Matiz A, Grecucci A, Pascut S, Fabbro F, Crescentini C. Differential effects of mindfulness meditation conditions on repetitive negative thinking and subjective time perspective: a randomized active-controlled study. <i>Psychol Health</i> . 2020; 36(11):1275-1298.	Participantes sanos.
8. Hirshberg MJ, Goldberg SB, Schaefer SM, Flook L, Findley D, Davidson RJ. Divergent effects of brief contemplative practices in response to an acute stressor: A randomized controlled trial of brief breath awareness, loving-kindness, gratitude or an attention control practice. <i>PLoS One</i> . 2018;13(12):e0207765.	Participantes sanos.
9. Iranzo MACI, Arnall DA, Miguel JMT, Camacho CI, Moral JCM, Webb JR. Randomized clinical trial: Effects of controlled breathing exercises on respiratory muscle in the elderly. <i>Eur Respir J. Conference: European Respiratory Society Annual Congress</i> . 2011;38(SUPPL. 55).	Comunicación a congreso.

Referencia bibliográfica	Motivo exclusión
10.Keng S-L, Ang Q. Effects of mindfulness on negative affect, body dissatisfaction, and disordered eating urges. <i>Mindfulness</i> (N Y). 2019;10(9):1779-91.	ECA con intervención multicomponente.
11.Keng SL, Tan HH. Effects of brief mindfulness and loving-kindness meditation inductions on emotional and behavioral responses to social rejection among individuals with high borderline personality traits. <i>Behav Res Ther</i> . 2018;100:44-53.	ECA con intervención multicomponente.
12.Loo L-M, Prince JB, Correia HM. Exploring mindfulness attentional skills acquisition, psychological and physiological functioning and well-being: Using mindful breathing or mindful listening in a nonclinical sample. <i>Psychomusicology: Music, Mind, and Brain</i> . 2020;30(3):103-18.	El comparador no cumple criterios de inclusión.
13.Lopes CP, Danzmann LC, Moraes RS, Vieira PJC, Meurer FF, Soares DS, et al. Yoga and breathing technique training in patients with heart failure and preserved ejection fraction: study protocol for a randomized clinical trial. <i>Trials</i> . 2018;19(1):405. PubMed PMID: 30055633.	Protocolo.
14.Lotfalian S. Mindfulness, negative affect, craving, and smoking behavior in a predominantly underserved sample. <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering</i> . 2020;81(12-B):No Pagination Specified.	Tesis doctoral.
15.Lotfalian S, Spears CA, Juliano LM. The effects of mindfulness-based yogic breathing on craving, affect, and smoking behavior. <i>Psychol Addict Behav</i> . 2020;34(2):351-9.	Tipo de respiración yógica (similar al pranayama).
16.McMorran KE. Changes in attention and depressive symptoms following a brief, internet-delivered mindful breathing intervention in an undergraduate sample. <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering</i> . 2019;80(3-B(E)):No Pagination Specified.	Tesis doctoral.
17.Mohammadi R, Javanmard GH, Alipour A, Zare H. Effects of mindful breath awareness and muscle relaxation and transcranial electrical stimulation techniques on improving blood pressure status in patients with type 2 diabetes. <i>Explore</i> . 2021.	La respiración consciente está combinada con relajación muscular.
18.Scarpena J. The effects of a four-week mindful breathing meditation intervention on stress levels of registered nurses in an east coast acute care nursing facility. <i>Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences</i> . 2018;79(5-A(E)):No Pagination Specified.	Comunicación a congreso.
19.Telles S, Vishwakarma B, Gupta RK, Balkrishna A. Changes in Shape and Size Discrimination and State Anxiety After Alternate-Nostril Yoga Breathing and Breath Awareness in One Session Each. <i>Med Sci Monit Basic Res</i> . 2019;25:121-7.	Participantes sanos.
20.Cea Ugarte JI, González-Pinto Arrillaga A, Cabo Gonzalez OM. Efectos de la respiración controlada sobre los síntomas de estrés y ansiedad en una población de 55 a 65 años. Estudio piloto. <i>Gerokomos</i> , 26(1), 18-22.	Técnica respiratoria.

Referencia bibliográfica	Motivo exclusión
21. Xue Y, Yang J, Feng Y, Zhou Y, Qin Y, Li Y, et al. Effects of mindful breathing on rapid hypoxia preacclimatization training. <i>J Med Imaging Health Inform.</i> 2020;10(3):718-23. PubMed PMID: 2004327942.	Imposibilidad de conseguir a texto completo.
Revisiones sistemáticas	
1. Holland AE, Hill CJ, Jones AY, McDonald CF. Breathing exercises for chronic obstructive pulmonary disease. <i>Cochrane database of systematic reviews (Online).</i> 2012;10:CD008250.	No incluye la técnica de respiración consciente.
2. Chaddha A, Modaff D, Hooper-Lane C, Feldstein D. Device and non-device-guided slow breathing to reduce blood pressure: A systematic review and meta-analysis. <i>Complement Ther Med.</i> 2019;45:179-84.	La técnica de respiración es el pranayama.
3. Leyro TM, Versella MV, Yang M-J, Brinkman HR, Hoyt DL, Lehrer P. Respiratory therapy for the treatment of anxiety: Meta-analytic review and regression. <i>Clin Psychol Rev.</i> 2021 Jan 24;84:101980. Epub ahead of print. PMID: 33540222.	No incluye la técnica de respiración consciente.
4. Santino TA, Chaves GSS, Freitas DA, Fregonezi GAF, Mendonca KPP. Breathing Exercises for Adults with Asthma: An Updated Cochrane Systematic Review. <i>Am J Respir Crit Care Med Conference: American Thoracic Society International Conference, ATS.</i> 2021;203(9).	La técnica de respiración es el pranayama.

