



**Universidad  
Europea CANARIAS**

**Efectividad de las terapias de  
relajación en personas con  
fibromialgia: Una revisión  
sistemática.**

---

**Trabajo fin de Máster**

---

**Autora:** Alicia Krotenberg García

**Tutora:** Tasmania del Pino Sedeño

## Resumen

**Antecedentes:** La fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado. Su manejo es complejo y requiere un enfoque integral y centrado en la persona. El propósito de esta revisión sistemática es evaluar la efectividad de las terapias de relajación en el tratamiento de los síntomas de la fibromialgia, especialmente el dolor crónico generalizado.

**Método:** Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos de Medline Complete, APA PsycINFO y CINHALL. Los artículos elegibles eran ensayos controlados aleatorizados que evaluaran el efecto de las terapias de relajación sobre los niveles de dolor, sueño, fatiga, ansiedad, depresión y calidad de vida de personas adultas ( $\geq 18$  años) con diagnóstico de fibromialgia. El riesgo de sesgo de los estudios incluidos se evaluó mediante la herramienta del programa de lectura crítica del *Critical Appraisal Skills Programme* español (CASPe, 2022), concretamente las preguntas dos a la seis de la lista de verificación para ECA y se realizó la síntesis descriptiva del estudio mediante el uso de tablas, acompañada de metaanálisis realizado con el programa *Review Manager 5.4.1*.

**Resultados:** Se incluyeron diez estudios (N = 675). El análisis global mostró una pequeña reducción del dolor frente a controles pasivos y una mejora de la calidad de vida frente a comparadores activos, sin efectos significativos en el resto de los desenlaces evaluados.

**Conclusión:** Esta revisión sistemática sugiere que las terapias de relajación podrían producir una pequeña reducción del dolor frente a controles pasivos y una mejora de la calidad de vida frente a comparadores activos. No obstante, no se observaron efectos significativos en el resto de los desenlaces y la certeza de la evidencia fue limitada. Se requieren más estudios de alta calidad para confirmar su efectividad en el manejo de los síntomas de la fibromialgia.

**Palabras clave:** Fibromialgia, terapia de relajación, dolor, revisión sistemática.

## Abstract

**Objective:** The purpose of this systematic review is to evaluate effectiveness of the relaxation therapies as a treatment of the fibromyalgia symptoms, especially in the widespread chronic pain.

**Method:** A search was carried out on the databases Medline complete, APA PsycINFO and CINAHL. The eligible articles for this study were randomized control trials that would evaluate the effect of applied relaxation therapies on pain levels, sleep, fatigue, anxiety, depression and life quality of adults ( $\geq 18$  years) who were diagnosed with fibromyalgia. The risk of bias in the studies included was evaluated through the critical reading program's tool of the *Critical Appraisal Skills Programme español* (CASPe, 2022), specifically questions two to six of the verification's list for RCT and a descriptive summary was realized by the use of tables, accompanied by metanalysis realized with the *Review Manager 5.4.1* program.

**Results:** Ten studies were added (N = 675). The overall analysis showed a small reduction in pain when the relaxation techniques were compared to passive controls and an improvement in quality of life when compared to active comparators, with no significant effects on the other outcomes assessed.

**Conclusion:** This systematic review suggests that relaxation therapies may produce a small reduction in pain compared to passive controls and improvement in quality of life compared to active comparators. However, no significant effects were observed in the other outcomes, and the certainty of the evidence was limited. Further high-quality studies are needed to confirm their effectiveness in managing fibromyalgia symptoms.

**Keywords:** Fibromyalgia, relaxation therapy, pain, systematic review.

## Introducción

Según el Colegio Americano de Reumatología (ACR, del inglés *American College of Rheumatology*) (2023), la fibromialgia es una afección crónica, la cual se cree que es debida a un desequilibrio de la serotonina y la norepinefrina, que provoca un cambio en la reacción del sistema nervioso ante los estímulos dolorosos, lo que genera dolor crónico y general, fatiga, problemas de sueño, ansiedad y depresión. Se estima que la fibromialgia afecta, a nivel global, entre un 0,2 y un 6,6% de la población y entre a un 2,4 y un 6,8% de las mujeres (Marques et al., 2017). En cuanto a la prevalencia de la fibromialgia en España, se estima que está presente en un 2,45% de la población adulta, con mayor presencia en mujeres (un 4,49%) que en hombres (0,29%), y con mayor prevalencia entre los 60-69 años (Gayà et al., 2020). Esta enfermedad puede provocar grandes impactos emocionales, psicológicos y en el día a día de las personas que la padecen, provocando grandes niveles de malestar. Desde el punto de vista sintomático, además de dolor musculoesquelético generalizado, destacan otros síntomas somáticos como la fatiga intensa y los trastornos del sueño, especialmente el sueño no reparador y los despertares frecuentes (Arnold et al., 2019). También se observa una elevada comorbilidad psiquiátrica, principalmente con trastornos como la ansiedad y la depresión (Kleykamp et al., 2021). Debido a la naturaleza persistente y multidimensional de sus síntomas, la fibromialgia se encuentra entre las enfermedades crónicas que más afectan a la calidad de vida de los pacientes, tanto en el ámbito personal como en el social y laboral (Hvidberg et al., 2023; Hvidberg y Alava, 2023).

A parte del gran efecto emocional sobre las personas con fibromialgia y sus familiares, también puede suponer un gran gasto económico para el sistema sanitario. Según D'Onghia et al. (2022), se estima que el coste directo anual por paciente va desde los 1750\$ a los 35920\$ en los Estados Unidos, y desde los 1250\$ a los 8540\$ en Europa, debido mayoritariamente por el gasto en medicamentos y, en el caso de Estados Unidos, a que a los

gastos médicos se les debe añadir otros costes como seguros o copagos. En cuanto al gasto que genera en España, se estima que implica un coste de entre 8859 euros y 22418 euros por persona, a lo cual se debe añadir que cuanto mayor sea el cuidado requerido, mayor será la probabilidad de que esté desempleada, lo cual influye en los gastos indirectos (Oliva-Moreno & Vilaplana-Prieto, 2024).

En la actualidad, existen tres medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, del inglés *Food and Drug Administration*) para tratar la fibromialgia: la duloxetina y el milnaciprán, para aliviar el dolor generalizado, y la pregabalina para bloquear las células nerviosas hiperactivas que están involucradas en el dolor (ACR, 2023). Sin embargo, estos tratamientos farmacológicos únicamente alivian los síntomas, ya que por el momento no existe ningún tratamiento capaz de curar la fibromialgia. Con respecto a nuestro país, en España el tratamiento más común para la fibromialgia es tratamiento farmacológico ajustado a la sintomatología de cada paciente. Aunque, en ocasiones, se proporciona asesoramiento en ejercicios de aeróbic, ajustados a las limitaciones físicas y motoras del paciente, el sistema sanitario público español no suele ofrecer tratamiento psicológico para el tratamiento de la fibromialgia (Andrés-Rodríguez et al., 2019). Sin embargo, muchas de las personas que la padecen emplean terapias no farmacológicas para lidiar con sus síntomas. Entre las terapias no farmacológicas que suelen utilizarse por las personas que padecen fibromialgia, hay terapias tales como el ejercicio físico, la fisioterapia, la hidroterapia, el yoga, los masajes o las terapias alternativas como la musicoterapia o la hipnosis, entre otras (Kundakci et al., 2022; Bidonde et al., 2023). Algunas veces, las terapias pueden consistir en el uso simultáneo de varias terapias no farmacológicas al mismo tiempo para, de esta forma, poder lidiar de una manera más completa con sus síntomas, o a combinar las terapias farmacológicas con las no farmacológicas (Araya-Quintanilla et al., 2024; Häuser et al., 2009).

No obstante, uno de los tipos de terapias no farmacológicas que suelen emplearse para el tratamiento de la fibromialgia son terapias psicológicas (Samami et al., 2021), dentro de las cuales, las más usadas son el mindfulness y otros tipos de meditación, ejercicios de respiración, la relajación muscular (principalmente, la relajación progresiva de Jacobson), etc. (Steen et al., 2024). Estas terapias, además, pueden ser muy útiles en aquellos casos graves de fibromialgia que presentan alodinia o hiperalgesia, en los cuales el ejercicio físico o los masajes no son una opción, ya que pueden ser excesivamente dolorosos o complicados para este tipo de pacientes (Amitani et al. 2024).

Aunque este tipo de terapias suelen utilizarse como un método para lidiar con los síntomas de la fibromialgia, como tratamiento complementario a los tratamientos farmacológicos o junto a otras técnicas no farmacológicas, no existen datos concretos de cómo de eficaces son dichas terapias para tratar los síntomas de la fibromialgia si se utilizaran como único tratamiento, o tratamiento principal, para lidiar con los síntomas de la fibromialgia, o en que síntoma funcionan mejor. Es por eso, que el propósito de esta revisión sistemática es identificar, evaluar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la efectividad de las terapias de relajación en el tratamiento de la fibromialgia en términos de dolor, sueño, fatiga, ansiedad, depresión y calidad de vida

### **Método**

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura, siguiendo las normas del Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones (Higgins et al., 2024), que se informa siguiendo las directrices de la declaración PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

### **Criterios de elegibilidad**

Los estudios debían cumplir con los criterios de selección:

El diseño de estudio de los artículos debía de ser un ensayo controlado aleatorizado (ECA); la población debía ser adulta ( $\geq 18$  años) y tener un diagnóstico de fibromialgia

según criterios clínicos (por ejemplo, los criterios del ACR); la intervención debía ser una terapia de relajación, aplicada de forma individual o grupal; y el comparador, que debía ser un grupo control (cuyos participantes podían recibir la atención habitual, estar en lista de espera o usar un placebo) o un grupo tratado con otras técnicas que no estuvieran relacionadas con la relajación. En cuanto a los desenlaces, el principal y criterio de inclusión fue el nivel dolor (intensidad, frecuencia o umbral de dolor evaluado con escalas validadas como la *Escala Visual Analógica* [EVA], la *Escala Numérica de Dolor* [NRS] y el *Fibromyalgia Impact Questionnaire* [FIQ]). Se excluyó como medida de dolor los *tender points* dado que han dejado de formar parte de los criterios diagnósticos actuales de FM. Como resultados secundarios, se incluyeron los niveles de calidad de vida, sueño, fatiga, ansiedad y depresión. Finalmente, solo se incluyeron artículos publicados en inglés o español sin restricción de fecha.

### **Fuentes de información y estrategia de búsqueda**

La búsqueda bibliográfica se realizó el 27 de septiembre del 2025. Las bases de datos utilizadas para esta revisión sistemática fueron Medline Complete, APA PsycINFO y CINHALL, a las cuales se accedió a través de la EBSCOhost desde el buscador de la biblioteca a Universidad Europea.

Como estrategia de búsqueda, se utilizó una combinación de términos controlados y lenguaje natural relacionados con la intervención y la condición de interés. En concreto, se incluyeron los términos *relaxation, relaxation therapy, Schultz relaxation, Jacobson relaxation, muscle relaxation, breathing relaxation, breathing exercises, progressive relaxation, progressive muscle relaxation, autogenic relaxation, autogenic training*, combinados con los términos *fibromyalgia, fibro-myalgia, fibromyositis, fibrositic nodule, fibrositis, fibrositic nodule, fibrositis syndrome y muscular rheumatism* (véase Apéndice 1).

Tras la eliminación automática de duplicados por el buscador de la biblioteca, las referencias se exportaron a Excel mediante RefWorks para realizar una revisión manual adicional de duplicados y proceder al proceso de selección de estudios.

### **Proceso de selección de estudio**

Se realizó un cribado inicial de manera independiente, por parte de la estudiante y la tutora, del título y abstract de las referencias obtenidas en la búsqueda, para preseleccionar aquellas que debían ser evaluadas a texto completo y así determinar su inclusión definitiva. Los desacuerdos surgidos en ambas fases de selección se solucionaron mediante discusión y consenso.

### **Proceso de extracción de datos**

La extracción de datos fue realizada por la estudiante y revisada por la tutora. La extracción se llevó a cabo en Excel, donde se elaboró una hoja de extracción para las características generales de los estudios y una por cada desenlace. Los desacuerdos en la extracción se solucionaron mediante discusión y consenso.

### **Lista de datos**

Los datos que se recopilaron de los estudios elegidos fueron datos generales del estudio como: título, autores, año de publicación, diseño, número de brazos y seguimiento. En cuanto al tipo de población, se recopiló información sobre las condiciones clínicas de los participantes, los criterios de selección, el número total de pacientes y las pérdidas (totales, en intervención y en control), y la edad de los participantes. En relación a la intervención y al comparador se extrajo: la intervención y el método en la que se implementó, el proveedor, el número de sesiones, la periodicidad y duración, y la duración total de la intervención. Con respecto a las medidas de resultados se extrajo el instrumento de medida, los puntos de evaluación y los resultados postintervención en dolor, fatiga, calidad de vida, ansiedad y depresión. También se extrajeron las conclusiones y comentarios finales de los estudios.

### **Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales**

Para comprobar la validez interna y probabilidad de riesgos de sesgos de cada uno de los estudios de la revisión, se evaluó cada uno de ellos de forma individual utilizando las preguntas dos a la seis de la lista de verificación para ECA del programa de lectura crítica del *Critical Appraisal Skills Programme* español (CASPE, 2022). Cada ítem se calificó como sí, no o no informa

La evaluación la realizó la estudiante y fue comprobada por la tutora. Las discrepancias se resolvieron mediante discusión y consenso.

### **Medidas del efecto**

Para comprobar el efecto producido como resultado de cada una de las intervenciones de cada uno de los estudios, se anotarán la media, desviación típica o error estándar, y el número de muestra aleatorizado del grupo de intervención y del grupo control. Cuando fue posible, se calcularon o registraron las diferencias de medias o las diferencias de medias estandarizadas entre grupos y sus correspondientes intervalos de confianza.

### **Método de Síntesis**

Se realizó una síntesis descriptiva de las características de los estudios con la ayuda de tablas. También se realizó un metaanálisis, para el cual se utilizó el programa informático *Review Manager 5.4.1*, el cual se utilizó como herramienta para la realización de los análisis de los resultados y como herramienta para obtener datos como el nivel de la heterogeneidad, el tamaño del efecto, los intervalos de confianza, etc. Se utilizó la diferencia de media estándar para el análisis de las medias de los resultados, ya que hubo una gran variedad utilizada entre los distintos estudios, salvo en los cálculos de calidad de vida, donde se usó la media estándar; también se usó análisis de efecto aleatorio ya que la heterogeneidad superaba el 40% en todos los análisis.

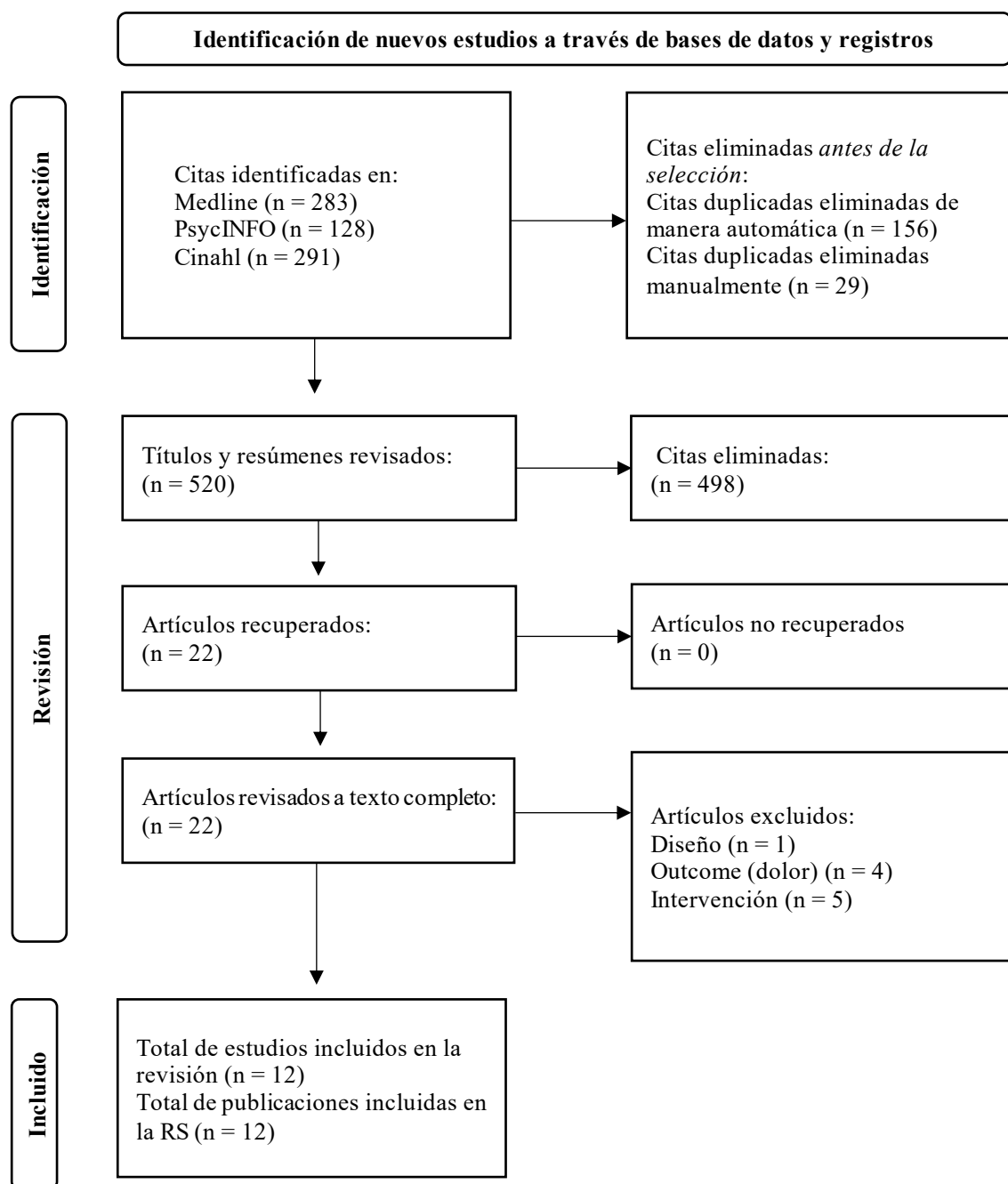
## Resultados

### Selección de los estudios

En la búsqueda bibliográfica, tras la exclusión de los artículos duplicados de manera automática y manual, se localizó un total de 520 referencias que fueron revisadas a título y abstract. De esta revisión se descartaron 498 referencias y se seleccionó un total de 22 estudios para su revisión a texto completo. Tras esta revisión, se excluyó uno por diseño (Garrido et al., 2017), cinco por intervención (Altan et al., 2009; Arcos-Carmona et al., 2011; Luciano et al., 2011; Montero-Marín et al., 2018; Torres et al., 2018) y cuatro artículos por el outcome (Borze et al., 2025; Fors et al., 2002; Onieva-Zafra et al., 2019; Sanabria-Mazo et al., 2020). Por tanto, finalmente, el total de artículos incluidos en la revisión fue de 12. Este proceso se plasma en el diagrama de flujo que se muestra a continuación (Figura 1).

**Figura 1**

Diagrama de flujo de selección de estudios



### Características de los estudios

Con respecto a los estudios, los 12 artículos eran ECA, de los cuales ocho estudios eran ECA con aleatorización simple (Cash et al., 2015; Castel et al., 2007; Field et al., 2002, 2003; Günther et al., 1994; Onieva-Zafra et al., 2015; ; Tomás-Carús et al., 2018; Yoo et al., 2022) y cuatro eran ECA por bloques (Amirova et al., 2017; Keel et al., 1998; Sephton et al.,

2007; Van Gordon et al., 2017); tres de ellos eran estudios piloto (Günther et al., 1994; Tomás-Carús et al., 2018; Yoo et al., 2022). La mayoría dividió a la muestra en dos grupos, a excepción de dos estudios que estaban conformados por tres grupos (Amirova et al., 2017; Castel et al., 2007). El seguimiento mínimo fue postintervención y el máximo de seis meses.

Los estudios estuvieron publicados entre 1994 (Günther et al., 1994) y 2022 (Yoo et al., 2022). En cuanto al país de origen de los estudios, se incluyeron estudios provenientes de Corea del Sur (Yoo et al., 2022), Estados Unidos (Cash et al., 2015; Field et al., 2002, 2003; Sephton et al., 2007); Reino Unido (Amirova et al., 2017; Van Gordon et al., 2017); España (Castel et al., 2007; Onieva-Zafra et al., 2015); Portugal (Tomás-Carús et al., 2018); Austria (Günther et al., 1994) y Suiza (Keel et al., 1998). Ningún estudio mostró conflicto de interés o no informo al respecto, salvo Field (2002), ya que recibió apoyo de una institución.

Toda la información respecto a las características generales y el diseño de los estudios se refleja en la Tabla 1.

**Tabla 1***Características generales y diseños de los estudios incluidos*

<b>Autores, año</b>	<b>País</b>	<b>Diseño</b>	<b>Nº grupos</b>	<b>Seguimiento (meses) (post- intervención)</b>	<b>Financiación</b>	<b>Conflicto de Intereses</b>
Amirova et al., 2017	Reino Unido	ECA por bloques adaptativo	3		1 NI	NI
Cash et al., 2015	EE. UU.	ECA simple adaptativo	2		2 NI	No
Castel et al., 2007	España	ECA simple	3	NA	NI	NI
						Apoyado por el <i>National Institutes of Mental Health Senior Research Scientist Award a Tiffany Field</i>
Field et al., 2002	EE. UU.	ECA simple	2	NA	Subvención de Johnson & Johnson a los Institutos de Investigación Táctil	NI
Field et al., 2003	EE. UU.	ECA simple	2	NA	Institutos de Investigación Táctil	NI
Günther et al., 1994	Austria	ECA simple piloto	2	NA	NI	NI
Keel et al., 1998	Suiza	ECA por bloques	2		3 Subvención del fondo científico del Hospital Universitario de Basilea	NI
Onieva-Zafra et al., 2015	España	ECA simple	2	NA	No	No
					Subvenciones de investigación intramural de la Escuela de Medicina de la Universidad de Louisville y la Oficina del Vicepresidente de investigación	NI
Sephton et al., 2007	EE. UU.	ECA por bloques adaptativo	2		2 Fondos nacionales a través de la Fundación Portuguesa para la Ciencia y la Tecnología (FCT) y el Fondo Europeo de desarrollo regional (FEDER) asignado por la Unión Europea a través del programa COMPETE 2020	NI
Tomás-Carús et al., 2018	Portugal	ECA adaptativo piloto	2	NA		No
Van Gordon et al., 2017	Reino Unido	ECA por bloques	2		6 No	No
Yoo et al., 2022	Corea del Sur	ECA simple piloto	2	NA	Subvención de la Universidad de Corea	No

Nota. ECA: ensayo controlado aleatorizado; EE. UU.: Estados Unidos; NA: No aplica; NI: No informa

Con respecto las características de los participantes, todos eran población adulta con diagnóstico en fibromialgia, no obstante, dependiendo del estudio, bastaba con un diagnóstico clínico de fibromialgia sin especificar (Cash et al., 2015; Van Gordon et al., 2017; Yoo et al., 2022) o el diagnóstico en fibromialgia debía seguir los criterios de la ACR de 1990 (Castel et al., 2007; Field et al., 2002, 2003; Günther et al., 1994; Keel et al., 1998; Onieva-Zafra et al., 2015; Sephton et al., 2007), de la ACR de 2010 (Amirova et al., 2017), o de ambos años (Tomás-Carús et al., 2018). En tres de los estudios incluidos la población fue formada únicamente por mujeres (Cash et al., 2015; Sephton et al., 2007; Tomás-Carús et al., 2018). Hubo un total de 820 participantes entre todos los estudios, de los cuales se perdieron 82 (10% de la muestra); siendo 191 el número máximo de participantes que hubo en un estudio (Amirova et al., 2017) y 20 el número mínimo (Field et al., 2002). Con respecto a las características generales de los participantes, la media de edad total fue de 49,06 (desviación típica [DT]: 3,47). Todas las características de la población se ven reflejadas en la Tabla 2.

**Tabla 2***Características de participantes de los estudios incluidos*

Autores, año	Condición clínica	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	N pacientes		Edad		
				Aleatorizados	Perdidos	Media	Desviación típica	Rango
Amirova et al., 2017	Fibromialgia según los criterios de ACR 2010	Personas de entre 18 y 80 años; tener acceso a internet; diagnóstico de fibromialgia según los criterios de ACR con dolor general persistente de 3 meses de duración mínimo y de 11 a 18 puntos sensibles	1- Comorbilidad con trastornos psiquiátricos graves; 2- afecciones graves; 3- abuso de sustancias; 4- embarazo; 5- personas que estuvieran siguiendo un tratamiento no farmacológico	191	18	49,17*	10,65*	37-69
Cash et al., 2015	Fibromialgia	Mujeres con diagnóstico de fibromialgia confirmado por un médico; tener 18 años o más y ser capaces de asistir a terapia en grupo una vez a la semana	Trastorno mental grave	91	1	NI	NI	NI
Castel et al., 2007	Fibromialgia según los criterios de ACR 1990	Haber tenido dolor por al menos 6 meses Confirmación por parte de un reumatólogo el diagnóstico de fibromialgia; según los criterios de ACR 1990	NI	45	0	43,7	8,6	25-68
Field et al., 2002	Fibromialgia según los criterios de ACR 1990	Confirmación por parte de un reumatólogo el diagnóstico de fibromialgia; según los criterios de ACR 1990	NI	20	0	50,9	NI	NI
Field et al., 2002	Fibromialgia según los criterios de ACR 1990	Fibromialgia según los criterios de ACR 1990	NI	40	0	53,1	NI	NI
Günther et al., 1994	Fibromialgia según los criterios de ACR 1990	Fibromialgia según los criterios de ACR 1990	NI	27	2	44,7*	11,05*	NI
Keel et al., 1998	Fibromialgia según los criterios de ACR 1990	Confirmación por parte de un reumatólogo el	Mostrar indicios de cualquier trastorno mental	32	5	NI	NI	NI

Onieva-Zafra et al., 2015	Fibromialgia según los criterios de ACR 1990	diagnóstico de fibromialgia; según los criterios de ACR 1990  Tener entre 18 y 70 años; tener un diagnóstico de fibromialgia desde mínimo 3 años y estar dispuestas a atender a las sesiones de terapia	grave (incluyendo adición a las drogas) o necesidad constante de tratamiento psiquiátrico Trastorno psiquiátrico grave diagnosticado; que estén en una situación de riesgo; con incapacidad para seguir o entender instrucciones; o la incapacidad para leer o escribir en español	60	5	52,47	6,17	28-65
Sephton et al., 2007	Fibromialgia según los criterios de ACR 1990	Mujeres de 18 años o más; con disponibilidad para atender a un grupo semanalmente; con capacidad de verificación médica de su diagnóstico de fibromialgia según ACR 1990	1- No dar su número de teléfono; 2- no devolver los mensajes telefónicos; 3- falta de confirmación del diagnóstico; 4- rechazar participar en el estudio tras recibir una descripción detallada de este; 5- no estar disponible en las 8 semanas que dura la intervención	91	1	48,2	10,6	NI
Tomás-Carús et al., 2018	Fibromialgia según los criterios de ACR 1990 y ACR 2010	Mujeres con diagnóstico de fibromialgia según los criterios de ACR 1990 y 2010; confirmados por un médico	1- Lesiones severas de columna vertebral 2- anomalías musculoesqueléticas severas 3- enfermedades reumáticas inflamatorias 4- trastornos psiquiátricos que aumentaran los síntomas de la fibromialgia 5- formar parte de otra terapia física o psicológica	35	5	52,45*	9*	34-67
Van Gordon et al., 2017	Fibromialgia	Diagnóstico de fibromialgia confirmado por carta por un médico; reumatólogo o consultor de dolor hospitalario; tener entre 18	NI	148	42	46,88*	9,45*	NI

Yoo et al., 2022	Fibromialgia	<p>y 65 años de edad; ser capaz de escribir y leer en inglés; no estar sometiendo a una psicoterapia formal en el momento del estudio; no haber recibido un cambio de dosis en psicofármacos desde un mes antes de la intervención (aunque se permitía una dosis estabilizada de medicamentos prescritos); y no estar practicando; en el momento del estudio; mindfulness ni meditación por cuenta propia</p> <p>Diagnóstico de fibromialgia en un hospital terciario; niveles moderados o altos en fatiga y dolor; determinados por el FIQ; estar en el rango de edad 20-65 años; prescripción previa de antidepresivos y analgésicos</p>	<p>Diagnóstico previo de fibromialgia pero recuperado; presencia de trastornos cardiovasculares; prescripción de medicamentos para la hipertensión; haber estado realizando regularmente ejercicio y sesiones de meditación por más de un año</p>	40	3	NI	NI	NI
Nota. ACR: American College of Rheumatology; NA: No aplica; NI: No informa								

Con respecto a las intervenciones, la terapia de relajación más usada fue la terapia de relajación muscular progresiva de Jacobson (Castel et al., 2007; Field et al., 2002, 2003; Günther et al., 1994; Yoo et al., 2022), seguido por la Reducción del Estrés basada en el Mindfulness (Cash et al., 2015; Sephton et al., 2007). En cuanto el número de sesiones, 84 fue el mayor número de sesiones (Tomás-Carús et al., 2018) y el de menor una única sesión (Castel et al., 2007). La duración más larga de sesiones fue de dos horas y media (Cash et al., 2015; Sephton et al., 2007) y las más cortas de cinco minutos y veinte segundos (Amirova et al., 2007). La mayoría de los estudios realizaba las sesiones una vez a la semana (Cash et al., 2015; Keel et al., 1998; Sephton et al., 2007; Van Gordon et al., 2017) y tuvieron una duración total de la intervención de ocho semanas (Cash et al., 2015; Onieva-Zafra et al., 2015; Sephton et al., 2007; Van Gordon et al., 2017; Yoo et al., 2022).

En relación al comparador, las terapias más utilizadas en el grupo control fueron terapias de masaje (Field et al., 2002, 2003), también hubo bastantes estudios en los cuales el grupo control no recibió ningún tratamiento y fue puesto en lista de espera (Amirova et al., 2007; Cash et al., 2015; Sephton et al., 2007) y dos estudios que no mencionaron que intervención se utilizó en el grupo control (Onieva-Zafra et al., 2015; Tomás-Carús et al., 2018). En cuanto el número de sesiones, 30 o 31 (dependiendo del mes en el que se realizara el estudio), fue el mayor número de sesiones (Amirova et al., 2007) y de menor una única sesión (Castel et al., 2007), sin tener en cuenta los que usaron lista de espera. La duración más larga fue de dos horas (Cash et al., 2015; Van Gordon et al., 2017) y la más corta de cinco minutos y veinte segundos (Amirova et al., 2007). La mayoría de los estudios realizaban las sesiones dos veces a la semana (Field et al., 2002, 2003; Günther et al., 1994; Yoo et al., 2022) y tuvieron una duración total de la intervención de ocho semanas (Cash et al., 2015; Onieva-Zafra et al., 2015; Sephton et al., 2007; Van Gordon et al., 2017; Yoo et al., 2022).

Toda la información respecto a las intervenciones y los comparadores queda recogida en la Tabla 3. La información sobre las medidas de desenlaces se resume en la Tabla 4.

**Tabla 3***Características de las intervenciones y los comparadores de los estudios incluidos*

Autores, año	Intervención						Grupo control
	Tipo	Proveedor	N sesiones	Duración sesión	Periodicidad sesiones	Duración total	
Amirova et al., 2017	Método Mitchell de relajación	Grabación de audio explicando la técnica del método Mitchell Un instructor experto en MBSR	entre 30 y 31 (dependiendo de en qué mes se realizó el estudio)	5 minutos 20 segundos	7/semana	1 mes	1-grupo de control con atención 2-Lista de espera
Cash et al., 2015	MBSR	Un instructor experto en MBSR		8 2 horas y media	1/semana	8 semanas	Lista de espera 1-Hipnosis con sugestión de relajación 2-Hipnosis con sugestión de analgesia
Castel et al., 2007	relajación muscular y respiración diafragmática Terapia de relajación muscular	Un investigador del estudio		1 20 minutos	NA	1 día	
Field et al., 2002	relajación muscular progresiva Terapia de relajación muscular	Un terapeuta		10 30 minutos	2/semana	5 semanas	Terapia de masajes
Field et al., 2003	relajación muscular progresiva Terapia de relajación muscular	Un terapeuta		6 50 minutos	2/semana	3 semanas	Terapia de masaje y movimiento
Günther et al., 1994	relajación muscular progresiva de Jacobson Entrenamiento	NI Un psiquiatra y un psicoterapeuta		11 NI	4 sesiones en las 3 primeras semanas y todos los días las 2 últimas semanas	5 semanas	Terapia de baño Terapia integral de grupo
Keel et al., 1998	autógeno	Un investigador del estudio		15 45-60 minutos	1/semana	15 semanas	
Onieva-Zafra et al., 2015	Imaginación guiada (GI)	Un investigador del estudio		1 <sup>a</sup> : 15 minutos 2 <sup>a</sup> : 2 NI	1/2 semanas	8 semanas	NI
Sephton et al., 2007	MBSR	Psicólogo clínico licenciado con entrenamiento en MBSR		8 2 horas y media	1/semana	8 semanas	Lista de espera

Tomás-Carús et al., 2018	Ejercicios de respiración	Una sesión por semana fue supervisada por un profesional en ejercicios de respiración y 6 veces por semana los participantes realizaban los ejercicios sin supervisión en casa con un disco de entrenamiento audiovisual	84	30 minutos	7/semana	12 semanas	NI
Van Gordon et al., 2017	Entrenamiento en meditación de conciencia	Instructores que han completado un programa de formación MAT supervisado de 3 años	8	2 horas	1/semana	8 semanas	Teoría cognitivo-conductual para grupos
Yoo et al., 2022	Terapia de relajación muscular progresiva	Un terapeuta. El investigador y sus asistentes, también monitorizaban a cada participante durante los ejercicios para verificar que los realizaban correctamente y proveer ayuda en caso de necesidad	16	40 minutos	2/semana	8 semanas	Terapia convencional física

Nota. NA: No aplica; NI: No informa

**Tabla 4***Características de las medidas de desenlace de los estudios incluidos*

Autores, año	Dolor	Capacidad funcional	Fatiga	Ansiedad	Depresión	Puntos de evaluación (momentos)
Field et al., 2002	Escala Likert de 10 puntos y dolorímetro	NA	Escala Likert de 10 puntos	STAI	POMS y CES-D	Pre y post
Tomás-Carús et al., 2018	Algómetro de presión digital	FIQ	FIQ	FIQ	FIQ	Pre y post
Amirova et al., 2017	EVA	FIQR	Fatigue subscale of the Short Form-36 Health Survey	HADS-A	HADS-D	Pre y post
Sephton et al., 2007	EVA (solo en línea basal) y BDI	FIQ	NA	NA	BDI	Pre y post
Günther et al., 1994	1- Intensidad del dolor, 2- Calidad del dolor, 3- Intensidad a diferentes horas del día, 4- En diferentes situaciones, 5- Durante una semana, 6- Síntomas acompañantes del dolor	NA	NA	NA	NA	Pre y post
Castel et al., 2007	PRI-S, PRI-A, EVA	NA	NA	NA	NA	Pre y post
Yoo et al., 2022	EVA	NA	MAF	NA	NA	Pre y post
Van Gordon et al., 2017	SF-MPQ	FIQ-R	NA	DASS	DASS	Pre y post
Onieva-Zafra et al., 2015	MPQ-LF y EVA	NA	NA	NA	EVA (para depresión) y BDI	Pre y post
Keel et al., 1998	4 calificaciones diarias	Autorregistro y lista de verificación de síntomas generales	NA	NA	NA	Pre y post
Cash et al., 2015	EVA	FIQ	FSI	NA	BDI	Pre y post
Field et al., 2002	<i>The Regional Pain Scale</i>	NA	NA	STAI	POMS	Pre y post

---

Nota. BDI: Beck *Depression Inventory*; CES-D: *Center for Epidemiological Studies Depression Scale*; DASS: *Depression, Anxiety, and Stress Scale*; EVA: *Escala Visual Analógica*; FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*; FIQR: *Fibromyalgia Impact Questionnaire Revised*; FSI: *Fatigue Symptom Inventory*; HADS-A: *anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale*; HADS-D: *depression subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale*; MAF: *Multidimensional Assessment of Fatigue*; MPQ-LF: *McGill Pain Questionnaire Long Form*; NA: *No aplica*; POMS: *Profile of Mood States*; PRI-A: *Pain Rating Index Affective*; PRI-S: *Pain Rating Index Sensory*; SF-MPQ: *Short-form McGill Pain Questionnaire*; STAI: *State-Trait Anxiety Inventory*

### **Riesgo de sesgo de los estudios individuales**

Con respecto a la fiabilidad de la aleatorización generada en cada artículo, en seis de los estudios se podría cuestionar la aleatorización de los pacientes realizada (Castel et al., 2007; Field et al., 2002, 2003; Günther et al., 1994; Keel et al., 1998; Onieva-Zafra et al., 2015), ya sea porque no proporcionaron información con respecto al proceso de aleatorización y si se mantuvo oculta o, en el caso de dos de los estudios, existen pruebas de que no hubo una correcta ocultación de la secuencia de aleatorización (Keel et al., 1998; Onieva-Zafra et al., 2015). No obstante, todos los estudios mantuvieron los grupos iguales en línea basal.

Con respecto a si se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio, se cuestiona la comparabilidad de dos estudios por no ser clara la comparabilidad o faltar información (Günther et al., 1994; Onieva-Zafra et al., 2015) y cuatro de ellos muestran problemas o poca comparabilidad (Cash et al., 2015; Castel et al., 2007; Field et al., 2002; Keel et al., 1998).

Sobre si manejaron correctamente las pérdidas durante el estudio, solamente en un estudio se ve una clara diferencia de pérdidas entre los grupos (Cash et al., 2015) e inconcluyente en otro (Keel et al., 1998). En dos de los estudios, las pérdidas podrían haber afectado al valor de los resultados (Cash et al., 2015; Van Gordon et al., 2017) y en dos de ellos no está claro (Keel et al., 1998; Onieva-Zafra et al., 2015), por último, en cuatro de los estudios no se realizó análisis de sensibilidad (Günther et al., 1994; Keel et al., 1998; Onieva-Zafra et al., 2015; Tomás-Carús et al., 2018).

En cuanto a la presentación selectiva de los resultados, no existe reporte selectivo de desenlaces o de análisis en ningún estudio y, siete de los artículos, analizaron el estudio con intención de tratar (ITT) (Amirova et al., 2007; Cash et al., 2015; Castel et al., 2007; Field et al., 2002; Sephton et al., 2007; Van Gordon et al., 2017), mientras que los cinco restantes no

especificaron el tipo de análisis realizado en el estudio (Günther et al., 1994; Keel et al., 1998; Onieva-Zafra et al., 2015; Tomás-Carús et al., 2018; Yoo et al., 2022). Por último, solo en dos estudios no es del todo claro si la medición de los desenlaces queda clara (Günther et al., 1994; Keel et al., 1998).

En conclusión, hay probabilidades de que exista la presencia de sesgos en algunos estudios, especialmente con respecto a la aleatorización, no obstante, también hay varios estudios que muestran pocas probabilidades de sesgo.

### **Resultados de los estudios individuales**

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos del metaanálisis en cada uno de los resultados relacionados con dolor, calidad de vida, fatiga, ansiedad y depresión. Dentro de cada grupo también se realizó una división en subgrupos según el tipo de tratamiento realizado en el grupo control, si el tratamiento era pasivo (no se hizo nada, lista de espera) o si era un tratamiento activo (se realizaron otras intervenciones).

#### ***Dolor***

##### **Terapia de Relajación versus Grupo Control Pasivo.**

De los cuatro estudios (N = 370), dos de ellos compararon las técnicas de relajación con una lista de espera (Cash et al., 2015; Sephton et al., 2007), en uno de ellos hicieron a los participantes escuchar ruido blanco (Amirova et al., 2007) y hubo un estudio que no especifica qué tipo de intervención se realizó en el grupo control (Onieva-Zafra et al., 2015). Aunque todos los estudios mostraban que las técnicas de relajación mejores resultados en las puntuaciones de dolor, al compararlos con el efecto del grupo control, solo se mostraban resultados con efectos moderados en Sephton et al. (2007) (SDM= -0,55; IC95%: -0,97 a -0,12). En Onieva-Zafra et al. (2015), tanto en los resultados de la EVA (SMD= -0,52; IC95%: -1,64 a 0,60), como del *McGill Pain Questionnaire - Long Form* (MPQ-LF) en el descriptor afectivo (SMD= -0,61; IC95%: -1,69 a 0,47), evaluativo (SMD= -0,73; IC95%: -1,82 a 0,37),

y sensorial (SMD= -0,41; IC95%: -1,47 a 0,66) eran estadísticamente no significativos. El resto de estudios mostraron un tamaño del efecto pequeño (Amirova et al., 2007; Cash et al., 2015).

### **Terapia de Relajación versus Grupo Control Activo.**

Al comparar el efecto de las terapias de relajación sobre el dolor frente a otro tipo de terapias, de los seis estudios (N = 305), en cuatro de los estudios se obtuvieron mejores resultados en las puntuaciones de dolor en las intervenciones del grupo control (Castel et al., 2007; Field et al., 2002, 2003; Günther et al., 1994) y en dos de los estudios en las terapias de relajación (Van Gordon et al., 2017; Yoo et al., 2022). También se puede ver un mejor resultado en las terapias del grupo control, mientras que en los estudios con mejor resultado en las terapias de relajación, en Van Grdon et al. (2017) el tamaño del efecto fue pequeño (SMD= -0,37; IC 95%: -0,70 a -0,05) y solo en Yoo et al. (2022) el tamaño del efecto fue grande (SMD= -1,59; IC 95%: -2,31 a -0,87); en los estudios que se obtuvo mejor puntuación en el grupo control, se obtuvieron tamaños del efecto grandes y moderados en la mayoría de ellos, salvo en el estudio de Castel et al. (2007), que mostro un efecto no significativo estadísticamente en la prueba *Pain Rating Index Affective* (PRI-A) (SMD= 0,29; IC 95%: -0,96 a 1,54) y *Pain Rating Index Sensory* (PRI-S) (SMD= 0,13; IC 95%: -1,11, 1,37).

### **Calidad de vida**

#### **Terapia de Relajación versus Grupo Control Pasivo.**

De los dos estudios (N = 124), se obtuvo un mejor resultado en el grupo control en calidad de vida en el estudio de Amirova et al. (2007), no obstante, el efecto no llega a ser estadísticamente significativo (MD= 0,09; IC 95%: -5,82 a 6,00), así como tampoco en el estudio de Cash et al. (2015), ni en el área de severidad del síntoma del FIQ (MD= -10,90; IQ 95%: -21,94 a 0,14) ni en el área de funcionamiento físico del FIQ (MD= -0,03; IC 95%: -0,50 a 0,44).

### **Terapia de Relajación versus Grupo Control Activo.**

En el único estudio (N = 148) incluido (Van Gardon, 2017), se obtuvo una mejor puntuación de calidad de vida en el entrenamiento en meditación de conciencia (terapia de relajación) con un tamaño del efecto muy grande (SMD= -5,04; IC 95%: -8,00 a -2,08)

### ***Fatiga***

#### **Terapia de Relajación versus Grupo Control Pasivo.**

Los dos estudios (N = 224) incluidos obtuvieron mejores resultados en fatiga con las técnicas de relajación. Aunque el estudio de Amirova et al. (2007) no obtuvo un efecto significativo frente al control (SMD= -0,03; IC 95%: -0,37 a 0,31), el estudio de Cash et al. (2015) obtuvo un tamaño del efecto moderado (SMD= -0,72; IC 95%: -1,15 a -0,29).

#### **Terapia de Relajación versus Grupo Control Activo.**

En los dos estudios incluidos (N = 60), se obtuvo un mejor resultado en las puntuaciones de fatiga con la terapia de masajes. En el estudio de Field et al. (2002) se observó un tamaño de efecto grande (SMD= 0,94; IC 95%: 0,01 a 1,88), pero se obtuvieron mejores puntuaciones con la terapia de relajación progresiva en el estudio de Yoo et al. (2022) (SMD= -1,64; IC 95%: -2,36 a -0,91).

### ***Ansiedad***

#### **Terapia de Relajación versus Grupo Control Pasivo.**

El estudio de Amirova et al. (2017) (N = 133), fue el único que midió las puntuaciones de ansiedad con un grupo de control pasivo (escuchar grabaciones de ruido blanco). El efecto de la relajación frente al control no llegó a ser significativo (SMD: 0,12; IC 95%: -0,22, 0,46).

#### **Terapia de Relajación versus Grupo Control Activo.**

De los tres estudios (N = 208), Van Gordon et al. (2017) obtuvo mejores puntuaciones en ansiedad con la imaginación guiada que y con un tamaño de efecto moderado (SMD= -

0,72; IC 95%: -1,06 a -0,39). Por otro lado, en el estudio de de Field et al. (2003), se obtuvieron mejores puntuaciones con la terapia de masaje y movimiento (grupo control) que, con la terapia de relajación muscular progresiva, además, se obtuvo un tamaño del efecto grande (SMD= 1,80; IC 95%: 1,05 a 2,55), mientras que en Fiel et al. (2002), el efecto de la terapia de relajación muscular progresiva frente al del comparador no llega a ser estadísticamente significativo (SMD= -0,20; IC 95%: -1,08 a 0,68)

## ***Depresión***

### **Terapia de Relajación versus Grupo Control Pasivo.**

De los tres grupos (N = 279), solo en el estudio de Amirova et al. (2017) el efecto no llegó a ser significativo (SMD= 0,20; IC 95%: -0,14 a 0,55). En cuanto al resto de estudios, se obtuvieron mejores puntuaciones en las terapias de relajación. En Sephton et al. (2007) se obtuvo un tamaño de efecto moderado (SMD= -0,52; IC 95%: -0,94, -0,10), y en Onieva-Zafra et al. (2015), la puntuación en el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI) tuvo un tamaño del efecto grande (SMD: -0,92; IC 95%: -1,72, -0,12), mientras que en la EVA el efecto no fue significativo (SMD= -0,34; IC 95%: -1,09 a 0,40).

### **Terapia de Relajación versus Grupo Control Activo.**

De los tres estudios (N = 208), el estudio de Fiel et al. (2003), muestra unas puntuaciones a favor de la terapia de masaje y movimiento con un tamaño del efecto grande (SMD= 0,88; IC 95%: 0,23 a 1,54); mientras que, el estudio de Van Gordon et al. (2017) muestra puntuaciones a favor del entrenamiento en meditación de conciencia, con un tamaño del efecto moderado (SMD= -0,72; IC 95%: -1,06 a -0,39). En cuanto al estudio de Fiel et al. (2002), el efecto fue no significativo (SMD= -0,23; IC 95%: -1,48 a 1,02) en el *Profile of Mood States* (POMS) y en la prueba *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) (SMD= 0,56; IC 95%: -0,72 a 1,84).

## **Resultados de las síntesis**

## Dolor

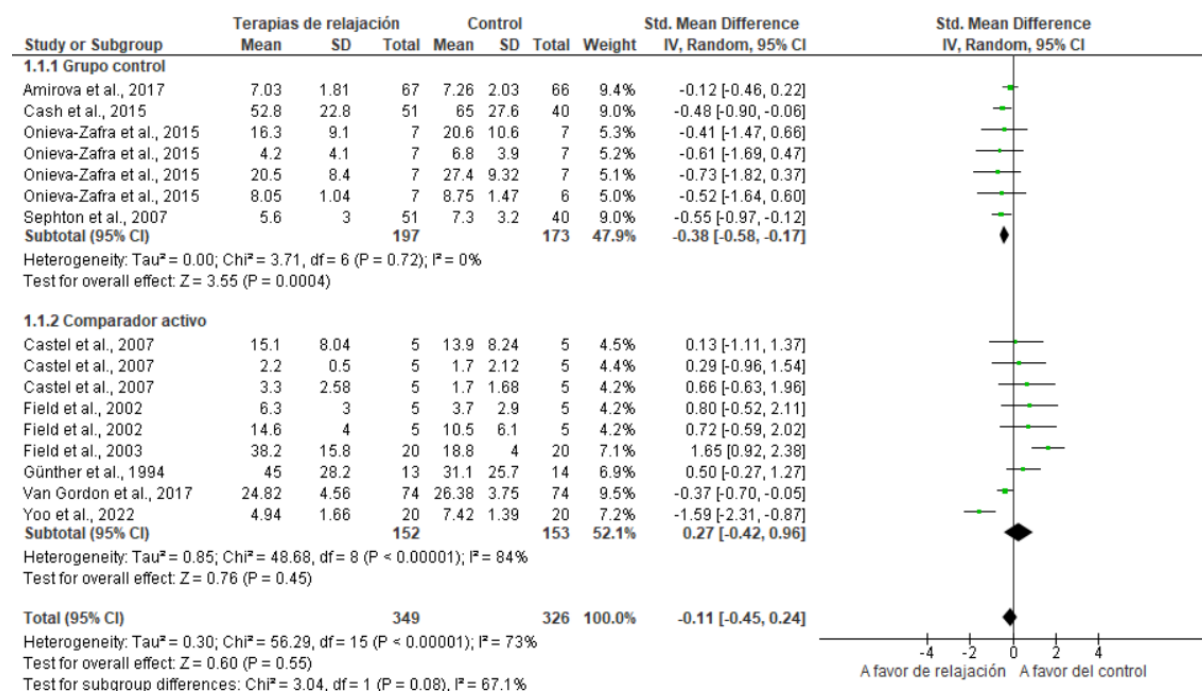
Diez estudios (n = 675) evaluaron el efecto de las terapias de relajación sobre el dolor. El análisis global no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (DME = -0,11; IC 95%: -0,45 a 0,24).

En el análisis por subgrupos, al comparar con grupo control pasivo (4 estudios; n = 370), se observó una reducción estadísticamente significativa del dolor a favor de las terapias de relajación (DME = -0,38; IC 95%: -0,58 a -0,17), con un tamaño del efecto pequeño. Sin embargo, frente a comparador activo (6 estudios; n = 305), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (DME = 0,27; IC 95%: -0,42 a 0,96).

La información sobre los resultados en dolor queda reflejada en la Figura 2.

### Figura 2

#### Resultados estadísticos obtenidos en las puntuaciones de dolor



## Calidad de vida

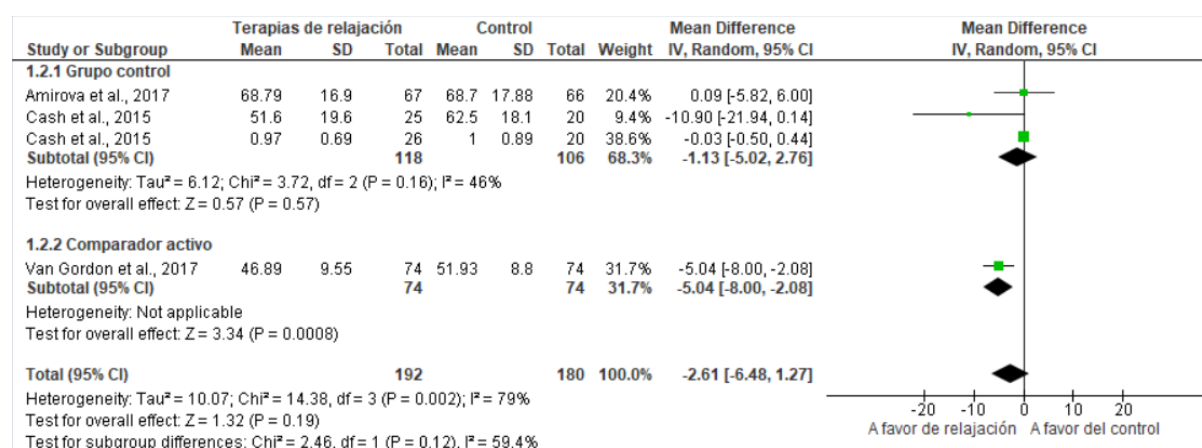
Tres estudios (N = 372) evaluaron el efecto de las terapias de relajación sobre la calidad de vida. El análisis global no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (DM= -2,61; IC 95%: -6,48 a 1,27).

En el análisis por subgrupos, en el grupo que comparaba con un grupo control pasivo (N = 124) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (DM= -1,13 IC 95%: -5,02 a 2,76). Sin embargo, en la comparación con un grupo control activo (N = 158), se obtuvieron puntuaciones a favor de las terapias de relajación (DM= -5,04 IC 95%: -8,00 a -2,08).

La información sobre los resultados en calidad de vida queda reflejada en la Figura 3.

**Figura 3**

*Resultados estadísticos obtenidos en las puntuaciones de calidad de vida*



### **Fatiga**

Cuatro estudios (N = 284) evaluaron el efecto de las terapias de relajación sobre la fatiga. El análisis global no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (DME= -0,39; IC 95%: -1,19 a 0,40).

En el análisis de los subgrupos tanto en el grupo que comparaba con un grupo control pasivo (N = 124) como el que lo comparaba con un grupo control activo (N = 60), no se obtuvieron puntuaciones estadísticamente significativas a favor de las terapias de relajación (comparador pasivo: DME= -0,36; IC 95%: -1,04 a 0,32; comparador activo: DME= -0,37; IC 95%: -2,89 a 2,16).

La información sobre los resultados en fatiga queda reflejada en la Figura 1 del Apéndice 2.

### ***Ansiedad***

Cuatro estudios (N = 341) evaluaron el efecto de las terapias de relajación sobre la ansiedad. El análisis global no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (DME= 0,22; IC 95%: -0,68 a 1,11).

En el análisis por subgrupos, tanto al comparar con un grupo control pasivo (N = 173; DME= 0,12; IC 95%: -0,22 a 0,46), como al comparar con un grupo de control activo (N = 208), no se obtuvieron puntuaciones a favor de las terapias de relajación (DME= 0,28; IC 95%: -1,30 a 1,85).

La información sobre los resultados en ansiedad queda reflejada en la Figura 2 del Apéndice 2.

### ***Depresión***

Seis estudios (N = 507) evaluaron el efecto de las terapias de relajación sobre la depresión. En cuanto a la evaluación global, no se mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (DME=-0,18; IC 95%: -0,62 a 0,27).

El análisis de subgrupos tampoco mostró en la comparación con un grupo control activo (N = 208) diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (DME= 0,09; IC 95%: -0,90 a 1,08) ni en el comparador pasivo (N = 279) (DME= -0,33; IC 95%: -0,84 a 0,17).

La información sobre los resultados en depresión queda reflejada en la Figura 3 del Apéndice 2.

### **Sesgos en la publicación**

Para averiguar el sesgo de publicación en cada una de las medidas del estudio se utilizaron los gráficos de embudo obtenidos con el programa *Review Manager 5.4.1*, los cuales se muestran en el Apéndice 3.

Con respecto a los resultados obtenidos, ninguna de las medidas (dolor, calidad de vida, fatiga, ansiedad o depresión) muestra asimetrías importantes. Por lo tanto, existe una probabilidad baja de la presencia de sesgo de publicación.

### **Certeza de la evidencia**

Frente a los comparadores pasivos, la certeza de evidencia en dolor fue moderada debido a la presencia de riesgo de sesgos en algunos de los artículos incluidos. Mientras que frente a los comparadores activos se consideró baja por de riesgo de sesgos e imprecisión.

Frente a los comparadores pasivos, la certeza de evidencia en calidad de vida fue baja debido a la presencia de riesgo de sesgos en algunos de los artículos incluidos e imprecisión. Mientras que frente a los comparadores activos se consideró moderada por de riesgo de sesgos.

En el resto de desenlaces (fatiga, ansiedad y depresión), la certeza de la evidencia para ambas comparaciones era muy baja debido a la presencia de riesgo de sesgos en algunos de los artículos incluidos, por imprecisión e inconsistencia inexplicada.

### **Discusión**

En conclusión, según los resultados obtenidos en este estudio, las terapias de relajación, aunque pueden ser beneficiosas para reducir algunos de los síntomas de la fibromialgia como el dolor y mejorar la calidad de vida, no muestran efectos significativos en los niveles de fatiga, ansiedad o depresión. No obstante, parte de estos resultados presentan limitaciones importantes en su certeza debido a la presencia de riesgo de sesgos, imprecisión e inconsistencia. Estos resultados coinciden con otras revisiones que encontraron las terapias de relajación efectivas, pero también con problemas de calidad de la evidencia (Steen et al, 2024), o en las que las terapias de relajación no llegaron a mostrar resultados concluyentes o muestran resultados positivos pero debatibles (Meeus et al., 2015). Sin embargo, terapias en relajación concretas han mostrado efectos beneficiosos para los síntomas de la fibromialgia.

Un ejemplo es la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, que, aunque en esta revisión solo mostró efectos beneficiosos en algunos de los estudios incluidos, existe evidencia previa que sugiere que su aplicación puede contribuir a la reducción del dolor y a la mejora de la calidad de vida en personas con fibromialgia (Karakoyun et al., 2025).

Por otro lado, en relación con la Reducción del Estrés basada en el Mindfulness, se observaron en los estudios incluidos en esta revisión se generaban mejoras moderadas en los niveles de dolor. Asimismo, otros trabajos han descrito una ligera mejora en distintos síntomas asociados a la fibromialgia mediante esta intervención, aunque todavía existen dudas respecto a la solidez de su evidencia (Haugmark et al., 2019).

Estos resultados invitan a reflexionar sobre la necesidad de seguir investigando si determinadas terapias de relajación pueden ofrecer mayores beneficios que otras en el manejo de la fibromialgia. Además, conviene tener en cuenta que, aunque las terapias de relajación podrían no producir un efecto marcado en todos los casos de fibromialgia, sí han demostrado reducir los niveles de dolor en personas con distintos tipos de dolor crónico (Vambheim et al., 2021).

Otra discusión válida es que, probablemente no deberían considerarse la primera opción terapéutica, ya que otras intervenciones han mostrado resultados más favorables en la reducción del dolor en personas con fibromialgia, (Calik et al., 2023; Ide et al., 2025). Por ello, más que plantear las terapias de relajación como tratamiento principal, podrían considerarse intervenciones complementarias, integradas dentro de un abordaje terapéutico multidisciplinar junto con otros tipos de tratamiento.

Con respecto a las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión, algunas a señalar son el número limitado de estudios identificados en la revisión sistemática y, por tanto, de pacientes; que los resultados del metaanálisis se vieron afectados por no poder incorporarse algunos de los estudios debido a la falta de alguna información crucial y la

presencia de riesgos de sesgo en parte de los estudios incluidos. En cuanto a las limitaciones mostradas en los procesos de revisión, se pueden señalar la falta de experiencia previa de la autora en la metodología de revisión sistemática, el uso limitado de bases de datos, así como la ausencia de búsqueda de literatura gris y la inclusión de estudios publicados exclusivamente en español o inglés, entre otras.

Con respecto al futuro de posibles investigaciones científicas, aunque los resultados no llegaron a ser estadísticamente significativos en gran parte de las variables, se puede ver que las terapias de relajación pueden ser un tratamiento útil para la fibromialgia y, aunque no se pudiera aconsejar su uso como único tratamiento para la fibromialgia, podría ser beneficiosos si se usara a la par con otras intervenciones, no solo para mejorar el dolor sino para tratar otros síntomas relacionados con la fibromialgia y, por ello, podría ser beneficioso investigar el uso de un tratamiento conformado por varias terapias aparte de terapias de relajación, como terapias cognitivo-conductuales, tablas de ejercicios, etc., no solo para que los efectos de las terapias se potencien los resultados las unas a las otras, sino también para ofrecer un tratamiento más completo a los pacientes, que pueda tratar varios de los síntomas de la fibromialgia. También se debería seguir indagando en los efectos de las terapias de relajación sobre los síntomas de la fibromialgia, no solo en los síntomas ya estudiados, sino en otros síntomas como la sensación de estrés, la calidad de sueño, etc., o si las terapias de relajación son más efectivas para aliviar el dolor en un área concreto del cuerpo. Aunque este estudio tuvo como población diana, personas adultas que padecían de fibromialgia, se podría realizar este estudio con población infantil que padezca de fibromialgia o con población adulta que padezcan de otros trastornos de dolor crónico o enfermedades reumáticas, como el síndrome de fatiga crónica o la artritis reumatoide, para investigar si la eficacia de las terapias de relajación también puede verse influida por el tipo de población a las que se trata. Por último, no habría que descartar una investigación más concreta y comprobar como distintas terapias

de relajación, como la terapia de relajación progresiva de Jacobson, la respiración profunda o el entrenamiento autógeno de Schultz, etc., tiene un menor o mayor efecto en los síntomas de la fibromialgia, de esta forma se podrían comparar los resultados y comprobar si se pueden comprobar efectos beneficiosos en cualquier terapia de relajación o si solo son eficaces algunas terapias en concreto para el tratamiento de la fibromialgia.

En conclusión, las terapias de relajación podrían producir una pequeña reducción del dolor frente a controles pasivos y una mejora de la calidad de vida frente a comparadores activos en pacientes con fibromialgia. Sin embargo, no se observaron efectos significativos en el resto de los desenlaces y persisten dudas sobre su eficacia global. Estas diferencias podrían estar relacionadas con factores como el tipo de terapia de relajación empleada, aspecto que debería explorarse en futuras investigaciones.

### **Uso de herramientas de inteligencia artificial**

La autora declara que se hizo uso de Consensus (<https://consensus.app/>), un buscador de literatura científica mediante el uso de inteligencia artificial, bajo la aprobación de la tutora del trabajo. Su uso fue exclusivamente la búsqueda de artículos o documentos científicos. El contenido científico, el análisis crítico y la redacción final del trabajo son responsabilidad íntegra de la autora.

### **Referencias bibliográficas**

- Altan, L., Korkmaz, N., Bingol, Ü., & Gunay, B. (2009). *Effect of Pilates Training on People with Fibromyalgia Syndrome: A Pilot Study. Archives Of Physical Medicine and Rehabilitation, 90*(12), 1983-1988. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.06.021>
- Amirova, A., Cropley, M., & Theadom, A. (2016). The effectiveness of the Mitchell Method Relaxation Technique for the treatment of fibromyalgia symptoms: A three-arm randomized controlled trial. *International Journal Of Stress Management, 24*(1), 86-106. <https://doi.org/10.1037/str0000017>

- Amitani, H., Nishi, R., Fukumoto, T., Hamada, K., Kato, R., Yamamoto, T., Fuku, Y., Sagiya, K. & Asakawa, A. (2024). Severe fibromyalgia alleviated by the unique muscle relaxation method of applying low force: A case report. *Medicine*, *103* (16). <https://oae.ovid.com/article/00005792-202404190-00004/HTML>
- Andrés-Rodríguez, L., Borràs, X., Feliu-Soler, A., Pérez-Aranda, A., Rozadilla-Sacanell, A., Montero-Marin, J., Maes, M., & Luciano, J. V. (2019). Immune-inflammatory pathways and clinical changes in fibromyalgia patients treated with Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): A randomized, controlled clinical trial. *Brain Behavior And Immunity*, *80*, 109-119. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.02.030>
- Araya-Quintanilla, F., Álvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., Ramírez-Vélez, R., Sepúlveda-Loyola, W., & Gutiérrez-Espinoza, H. (2024). Effectiveness of a novel multicomponent treatment in women with fibromyalgia: A randomized clinical trial. *British Journal of Pain*, *18*(6), 504-513. <https://doi.org/10.1177/20494637241293760>
- Arcos-Carmona, I. M., Castro-Sánchez, A. M., Matarán-Peñarrocha, G. A., Gutiérrez-Rubio, A. B., Ramos-González, E., & Moreno-Lorenzo, C. (2011). Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia: ensayo clínico aleatorizado. *Medicina Clínica*, *137*(9), 398-401. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.09.045>
- Arnold, L. M., Bennett, R. M., Crofford, L. J., Dean, L. E., Clauw, D. J., Goldenberg, D. L., Fitzcharles, M., Paiva, E. S., Staud, R., Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., & Macfarlane, G. J. (2018). AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *Journal Of Pain*, *20*(6), 611-628. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.008>
- Bidonde, J., Fisher, E., Perrot, S., Moore, R. A., Bell, R. F., Makri, S., & Häuser, W. (2023). Effectiveness of non-pharmacological interventions for fibromyalgia and quality of

- review methods: an overview of Cochrane Reviews. *Seminars In Arthritis and Rheumatism*, 63, 152248. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2023.152248>
- Borze, T. F., Pallag, A., Tarcău, E., Ciobanu, D. I., Andronie-Cioară, F. L., Nistor-Cseppento, C. D., Ciavoi, G., & Mureșan, M. (2025). *The Impact of Standard Care Versus Intrinsic Relaxation at Home on Physiological Parameters in Patients with Fibromyalgia: A Comparative Cohort Study from Romania*. *Medicina*, 61(2), 285. <https://doi.org/10.3390/medicina61020285>
- Calik, B. B., Kabul, E. G., Keskin, A., Ozcan, N. T., & Cobankara, V. (2023). Is connective tissue massage effective in individuals with fibromyalgia?. *Journal Of Bodywork and Movement Therapies*, 38, 162-167. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2023.09.006>
- Cash, E., Salmon, P., Weissbecker, I., Rebholz, W. N., Bayley-Veloso, R., Zimmaro, L. A., Floyd, A., Dedert, E., & Sephton, S. E. (2014). Mindfulness Meditation Alleviates Fibromyalgia Symptoms in Women: Results of a Randomized Clinical Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(3), 319-330. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9665-0>
- Castel, A., Pérez, M., Sala, J., Padrol, A., & Rull, M. (2006). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal Of Pain*, 11(4), 463-468. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.06.006>
- Colegio Americano de Reumatología. (sf). *Fibromialgia*. <https://rheumatology.org/patients/fibromialgia>
- Corrección en el artículo «Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas», *Rev Esp Cardiol*. 2021; 74:790-799. (2021). *Revista Española de Cardiología*, 75(2), 192. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.10.020>
- D'Onghia, M., Ciaffi, J., Ruscitti, P., Cipriani, P., Giacomelli, R., Ablin, J. N., & Ursini, F. (2022). *The economic burden of fibromyalgia: A systematic literature review*.

*Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 56.

<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2022.152060>

Field, T., Delage, J., & Hernandez-Reif, M. (2003). Movement and massage therapy reduce fibromyalgia pain. *Journal Of Bodywork and Movement Therapies*, 7(1), 49-52.

[https://doi.org/10.1016/s1360-8592\(02\)00078-5](https://doi.org/10.1016/s1360-8592(02)00078-5)

Field, T., Diego, M., Cullen, C., Hernandez-Reif, M., Sunshine, W., & Douglas, S. (2002). Fibromyalgia Pain and Substance P Decrease and Sleep Improves After Massage Therapy. *JCR Journal Of Clinical Rheumatology*, 8(2), 72-76.

<https://doi.org/10.1097/00124743-200204000-00002>

Fors, E. A., Sexton, H., & Götestam, K. (2002). *The effect of guided imagery and amitriptyline on daily fibromyalgia pain: a prospective, randomized, controlled trial.* *Journal Of Psychiatric Research*, 36(3), 179-187. [https://doi.org/10.1016/s0022-](https://doi.org/10.1016/s0022-3956(02)00003-1)

[3956\(02\)00003-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3956(02)00003-1)

Garrido, M., Castaño, M., Biehl-Printes, C., Gomez, M., Branco, J., Tomas-Carus, P., & Rodriguez, A. (2017). *Effects of a respiratory functional training program on pain and sleep quality in patients with fibromyalgia: A pilot study*, 28, 116-121. *Complementary Therapies in Clinical Practice*.

<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.05.013>

Gayà, T. F., Ferrer, C. B., Mas, A. J., Seoane-Mato, D., Reyes, F. Á., Sánchez, M. D., Dubois, C. M., Sánchez-Fernández, S. A., Vargas, L. M. R., Morales, P. V. G., Olivé, A., Muñoz, P. R., Larrosa, M., Ricós, N. N., Sánchez-Piedra, C., Díaz-González, F., & Bustabad-Reyes, S. (2020). Prevalence of fibromyalgia and associated factors in Spain. *Clinical and experimental rheumatology*, 38 (123), 47-52.

<https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=14409>

- Günther, V., Mur, E., Kinigadner, U., & Miller, C. (1994). Fibromyalgia - the effect of relaxation and hydrogalvanic bath therapy on the subjective pain experience. *Clinical Rheumatology*, 13(4), 573-578. <https://doi.org/10.1007/bf02242996>
- Haugmark, T., Hagen, K. B., Smedslund, G., & Zangi, H. A. (2019). Mindfulness- and acceptance-based interventions for patients with fibromyalgia – A systematic review and meta-analyses. *PLoS ONE*, 14(9), e0221897. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221897>
- Häuser, W., Bernardy, K., Arnold, B., Offenbächer, M., & Schiltenwolf, M. (2009). Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: A meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Care & Research*, 61(2), 216-224. <https://doi.org/10.1002/art.24276>
- Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al, editor(s). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.5 (updated August 2024). *Cochrane*, 2024. [www.cochrane.org/handbook](http://www.cochrane.org/handbook)..
- Hvidberg, M. F., & Alava, M. H. (2023). Catalogues of EQ-5D-3L Health-Related Quality of Life Scores for 199 Chronic Conditions and Health Risks for Use in the UK and the USA. *Pharmacoeconomics*, 41(10), 1287-1388. <https://doi.org/10.1007/s40273-023-01285-4>
- Hvidberg, M. F., Petersen, K. D., Davidsen, M., Udsen, F. W., Frølich, A., Ehlers, L., & Alava, M. H. (2023). Catalog of EQ-5D-3L Health-Related Quality-of-Life Scores for 199 Chronic Conditions and Health Risks in Denmark. *MDM Policy & Practice*, 8(1), 23814683231159023. <https://doi.org/10.1177/23814683231159023>
- Ide, F. C., D'Oliveira, A., Vieira, E. P., Martins, T. B., Andrade, A., & Nascimento, I. B. (2025). What are the Effects of Connective Tissue Massage vs. Myofascial Release on

- Fibromyalgia Pain? Systematic review with meta-analysis. *Complementary therapies in medicine*, 96, 103305. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2025.103305>.
- Karakoyun, A., Yilmaz, C. K., & Kasar, K. S. (2025). Are Progressive Muscle Relaxation Exercises Effective on Pain, Kinesiophobia, and Functional Status in Fibromyalgia Patients? A Randomized Controlled Trial. *Research In Nursing & Health*, 49(1), 9-18. <https://doi.org/10.1002/nur.70029>
- Keel, P. J., Bodoky, C., Gerhard, U., & Müller, W. (1998). Comparison of Integrated Group Therapy and Group Relaxation Training for Fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 14(3), 232-238. <https://doi.org/10.1097/00002508-199809000-00010>
- Kleykamp, B. A., Ferguson, M. C., McNicol, E., Bixho, I., Arnold, L. M., Edwards, R. R., Fillingim, R., Grol-Prokopczyk, H., Turk, D. C., & Dworkin, R. H. (2020). The Prevalence of Psychiatric and Chronic Pain Comorbidities in Fibromyalgia: an ACTION systematic review. *Seminars In Arthritis and Rheumatism*, 51(1), 166-174. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.10.006>
- Kundakci, B., Kaur, J., Goh, S. L., Hall, M., Doherty, M., Zhang, W., & Abhishek, A. (2021). Efficacy of nonpharmacological interventions for individual features of fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Pain*, 163(8), 1432-1445. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002500>
- Luciano, J. V., Martínez, N., Peñarrubia-María, M. T., Fernández-Vergel, R., García-Campayo, J., Verduras, C., Blanco, M. E., Jiménez, M., Ruiz, J. M., Del Hoyo, Y. L., & Serrano-Blanco, A. (2011). Effectiveness of a Psychoeducational Treatment Program Implemented in General Practice for Fibromyalgia Patients. *Clinical Journal of Pain*, 27(5), 383-391. <https://doi.org/10.1097/ajp.0b013e31820b131c>
- Marqués, A. P., De Sousa Do Espírito Santo, A., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A., & Yuan, S. L. K. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Revista*

*brasileira de reumatologia*, 57 (4), 356-363.

<https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.01.005>.

Meeus, M., Nijs, J., Vanderheiden, T., Baert, I., Descheemaeker, F., & Struyf, F. (2015). The effect of relaxation therapy on autonomic functioning, symptoms and daily functioning, in patients with chronic fatigue syndrome or fibromyalgia: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 29(3), 221-233.

<https://doi.org/10.1177/0269215514542635>

Montero-Marín, J., Navarro-Gil, M., Puebla-Guedea, M., Luciano, J. V., Van Gordon, W., Shonin, E., & García-Campayo, J. (2018). Efficacy of “Attachment-Based Compassion Therapy” in the Treatment of Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 307. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00307>

Oliva-Moreno, J., & Vilaplana-Prieto, C. (2024). *Social costs associated with fibromyalgia in Spain*. *Health Economics Review*, 14(51). <https://doi.org/10.1186/s13561-024-00527-1>

Onieva-Zafra, M. D., García, L. H., & Del Valle, M. G. (2014). Effectiveness of Guided Imagery Relaxation on Levels of Pain and Depression in Patients Diagnosed with Fibromyalgia. *Holistic Nursing Practice*, 29(1), 13-21.

<https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000062>

Onieva-Zafra, M. D., Parra-Fernández, M. L., & Fernandez-Martinez, E. (2019). Benefits of a Home Treatment Program Using Guided Imagery Relaxation Based on Audio Recordings for People with Fibromyalgia. *Holistic Nursing Practice*, 33(2), 111-120.

<https://doi.org/10.1097/hnp.00000000000000317>

Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and

elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. (Octubre de 2022). *11 preguntas para entender un ensayo clínico*. <https://redcaspe.org/wp-content/uploads/2023/05/Plantilla-Ensayo-Clinico.pdf>

Samami, E., Shahhosseini, Z., & Elyasi, F. (2021). The Effect of Psychological Interventions on the Quality of Life in Women with Fibromyalgia: A Systematic Review. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 28(3), 503-517. <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09794-0>

Sanabria-Mazo, J. P., Montero-Marin, J., Feliu-Soler, A., Gasi3n, V., Navarro-Gil, M., Morillo-Sarto, H., Colomer-Carbonell, A., Borràs, X., Tops, M., Luciano, J. V., & García-Campayo, J. (2020). *Mindfulness-Based Program Plus Amygdala and Insula Retraining (MAIR) for the Treatment of Women with Fibromyalgia: A Pilot Randomized Controlled Trial*. *Journal Of Clinical Medicine*, 9(10), 3246. <https://doi.org/10.3390/jcm9103246>

Sephton, S. E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., & Studts, J. L. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis Care & Research*, 57(1), 77-85. <https://doi.org/10.1002/art.22478>

Steen, J. P., Kannan, V., Zaidi, A., Cramer, H., & Ng, J. Y. (2024). Mind-body therapy for treating fibromyalgia: a systematic review. *Pain Medicine*, 25(12), 703-737. <https://doi.org/10.1093/pm/pnac076>

Tomas-Carus, P., Branco, J. C., Raimundo, A., Parraca, J. A., Batalha, N., & Biehl-Printes, C. (2018). Breathing Exercises Must Be a Real and Effective Intervention to Consider in Women with Fibromyalgia: A Pilot Randomized Controlled Trial. *The Journal of*

*Alternative and Complementary Medicine*, 24(8), 825-832.

<https://doi.org/10.1089/acm.2017.0335>

Torres, E., Pedersen, I. N., & Pérez-Fernández, J. I. (2018). Randomized Trial of a Group Music and Imagery Method (GrpMI) for Women with Fibromyalgia. *Journal of Music Therapy*, 55(2), 186-220. <https://doi.org/10.1093/jmt/thy005>

Van Gordon, W., Shonin, E., Dunn, T. J., Garcia-Campayo, J., & Griffiths, M. D. (2016). Meditation awareness training for the treatment of fibromyalgia syndrome: A randomized controlled trial. *British Journal of Health Psychology*, 22(1), 186-206. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12224>

Yoo, S., Kim, C., Kim, H., & Kim, S. (2021). Effects of progressive muscle relaxation therapy with home exercise on pain, fatigue, and stress in subjects with fibromyalgia syndrome: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 35(2), 289-299. <https://doi.org/10.3233/bmr-191703>

## Apéndices

### Apéndice 1. Estrategia de búsqueda

---

**MEDLINE Complete, APA PsycInfo, CINAHL with Full Text**

**(27 de septiembre de 2025)**

---

1. MM "Fibromyalgia"
  2. MH "Relaxation+" OR MH "Relaxation Therapy+" OR MH "Muscle Relaxation+" OR MH "Autogenic Training"
  3. XB (fibromyalgia OR fibro-myalgia OR fibromyositis OR "fibrositic nodule" OR fibrositis OR "fibrositic nodule"OR "fibrositis syndrome" OR "muscular rheumatism")
  4. XB (Relaxation OR "Relaxation Therapy" OR "Schultz Relaxation" OR "Jacobson Relaxation" OR "Muscle Relaxation" OR "Breathing Relaxation" OR "Breathing exercises" OR "Progressive relaxation" OR "Progressive muscle relaxation" OR "Autogenic relaxation" OR "Autogenic Training")
  5. S1 OR S3: (MM "Fibromyalgia") OR (XB fibromyalgia OR fibro-myalgia OR fibromyositis OR "fibrositic nodule" OR fibrositis OR "fibrositic nodule"OR "fibrositis syndrome" OR "muscular rheumatism")
  6. S2 OR S4: (MH "Relaxation+" OR MH "Relaxation Therapy+" OR MH "Muscle Relaxation+" OR MH "Autogenic Training") OR (XB Relaxation OR "Relaxation Therapy" OR "Schultz Relaxation" OR "Jacobson Relaxation" OR "Muscle Relaxation" OR "Breathing Relaxation" OR "Breathing exercises" OR "Progressive relaxation" OR "Progressive muscle relaxation" OR "Autogenic relaxation" OR "Autogenic Training")
  7. S5 AND S6: ((MM "Fibromyalgia") OR (XB fibromyalgia OR fibro-myalgia OR fibromyositis OR "fibrositic nodule" OR fibrositis OR "fibrositic nodule"OR "fibrositis syndrome" OR "muscular rheumatism")) AND ((MH "Relaxation+" OR MH "Relaxation Therapy+" OR MH "Muscle Relaxation+" OR MH "Autogenic Training") OR (XB Relaxation OR "Relaxation Therapy" OR
-

---

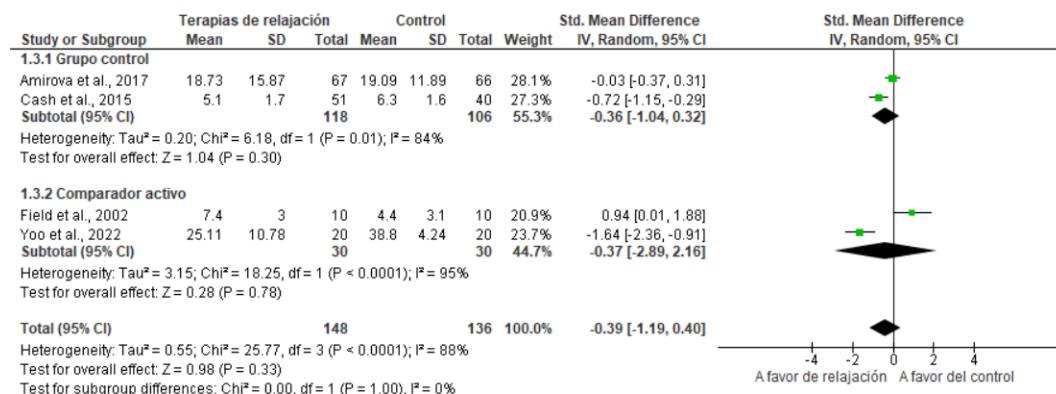
"Schultz Relaxation" OR "Jacobson Relaxation" OR "Muscle Relaxation" OR "Breathing Relaxation" OR "Breathing exercises" OR "Progressive relaxation" OR "Progressive muscle relaxation" OR "Autogenic relaxation" OR "Autogenic Training"))

---

## Apéndice 2. Resultados estadísticos

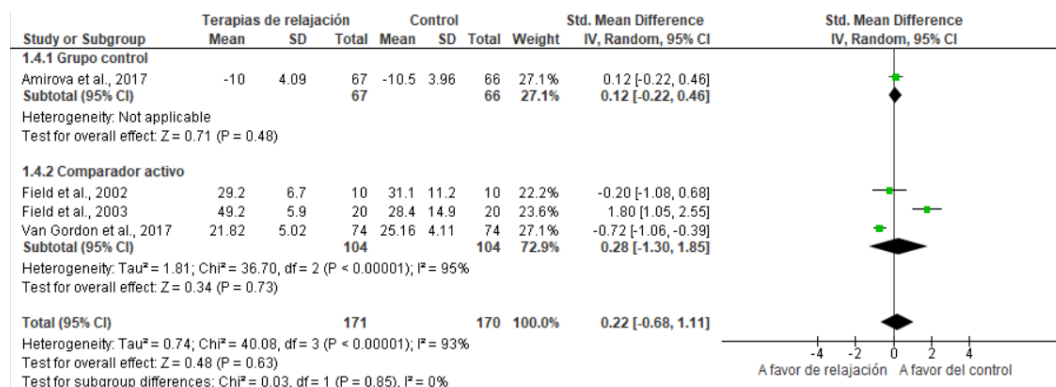
### Figura 1

Resultados estadísticos obtenidos en las puntuaciones de fatiga



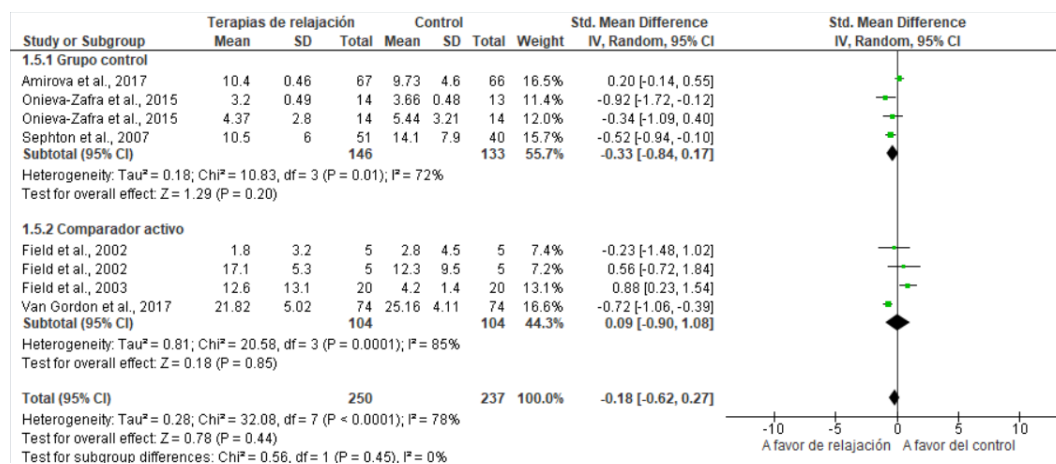
### Figura 2

Resultados estadísticos obtenidos en las puntuaciones de ansiedad



### Figura 3

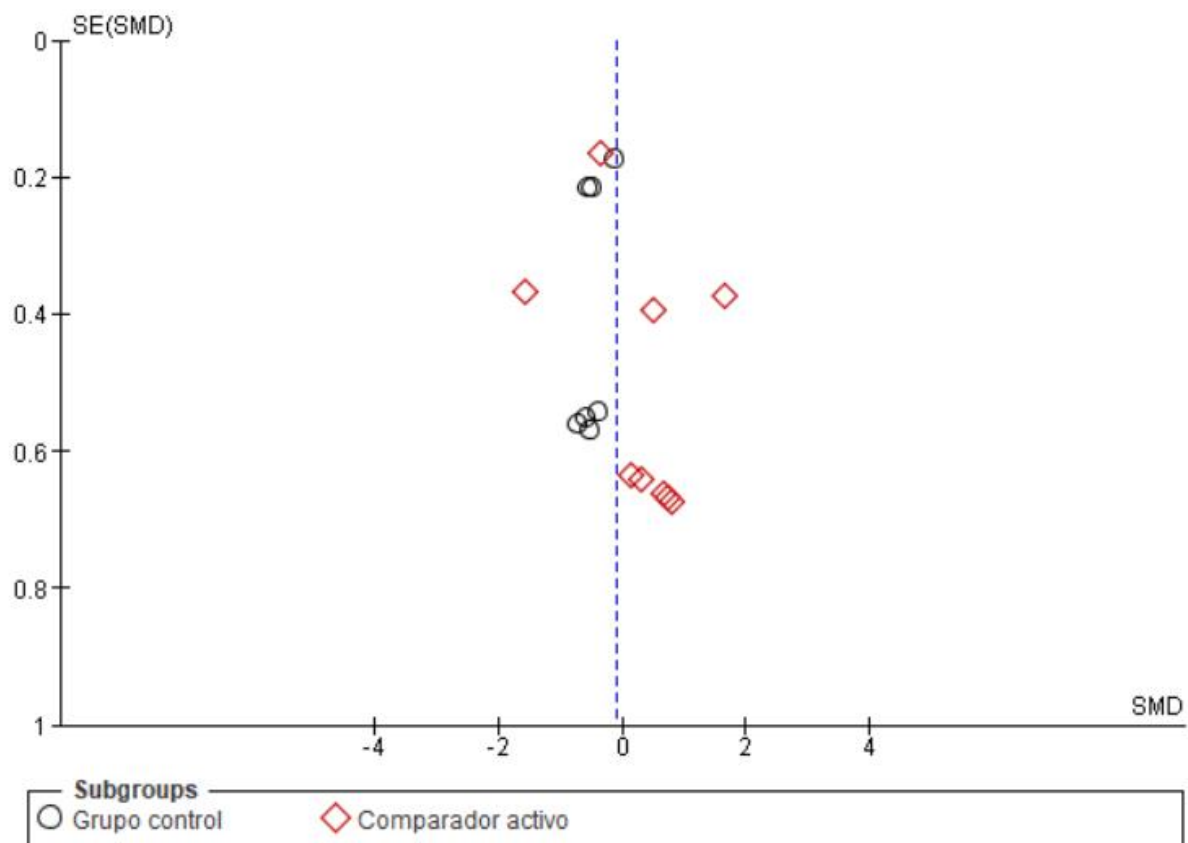
Resultados estadísticos obtenidos en las puntuaciones de depresión



### Apéndice 3. Forest plot

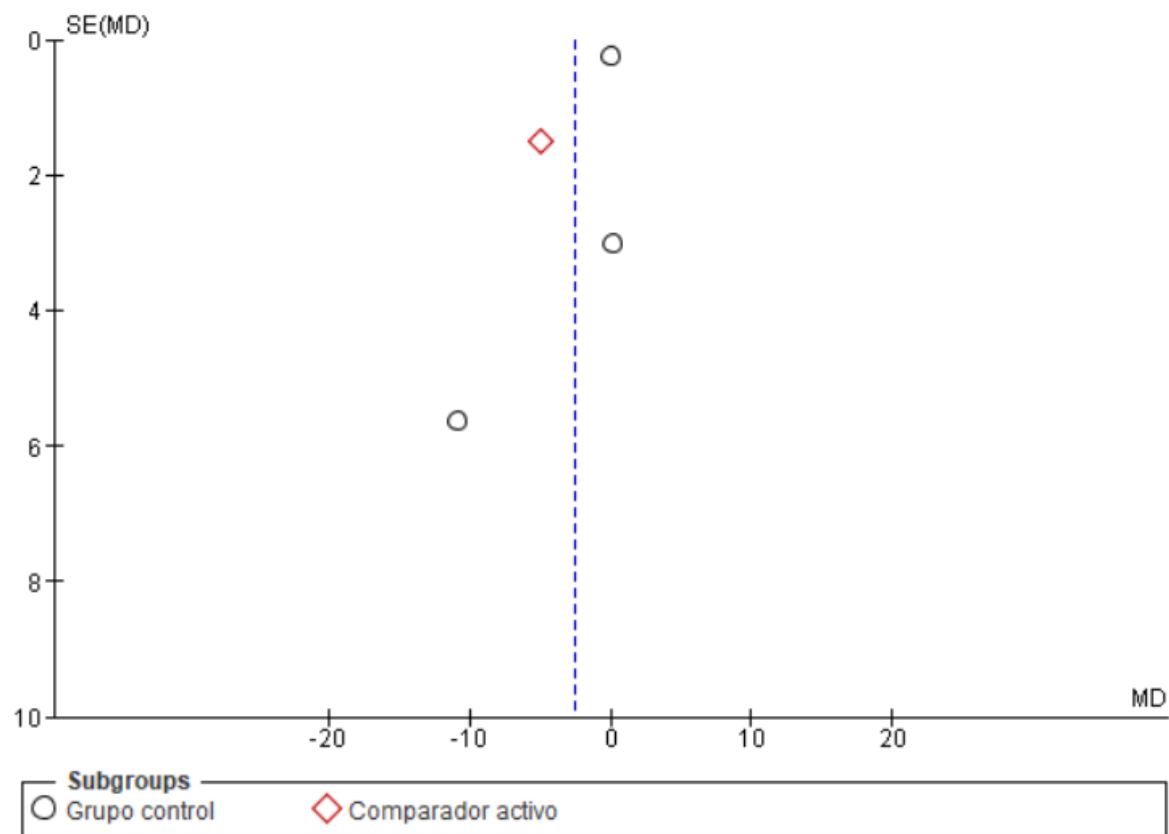
Figura 4

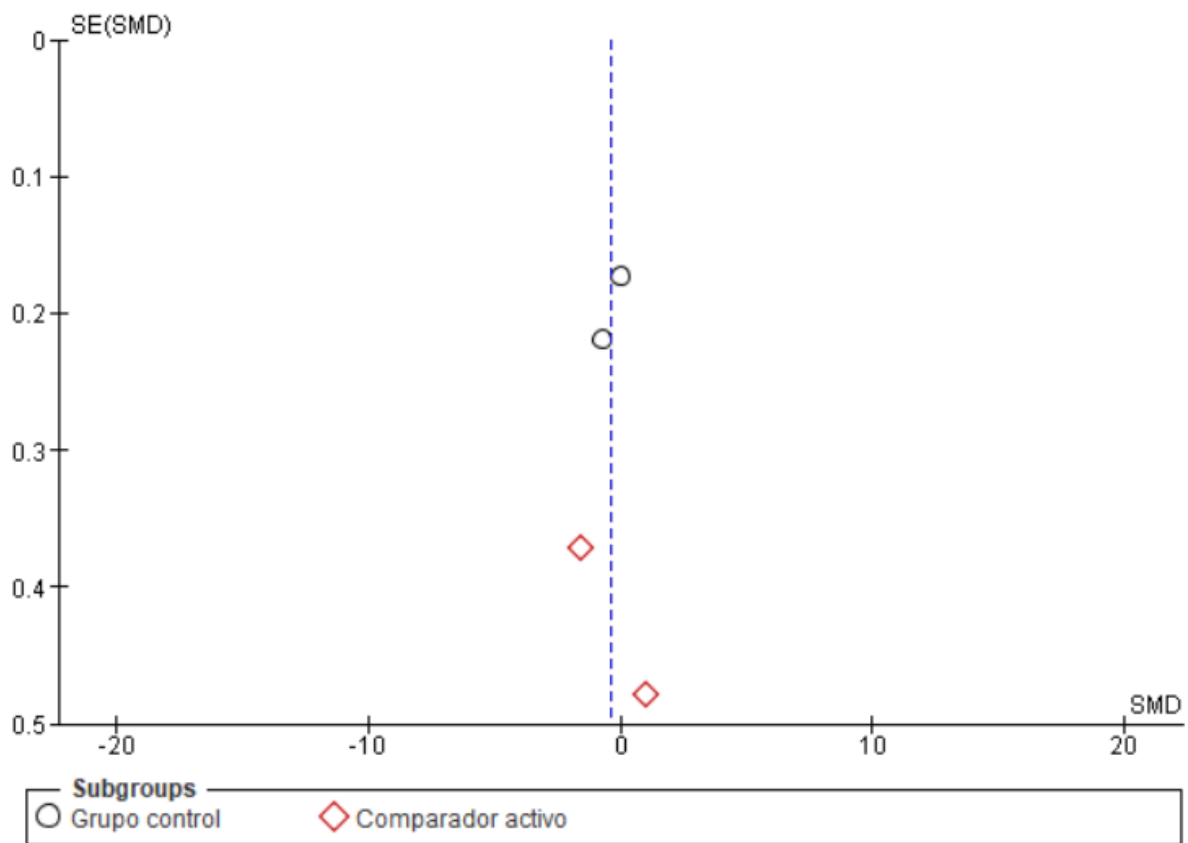
Gráfico de embudo. Dolor.



**Figura 5**

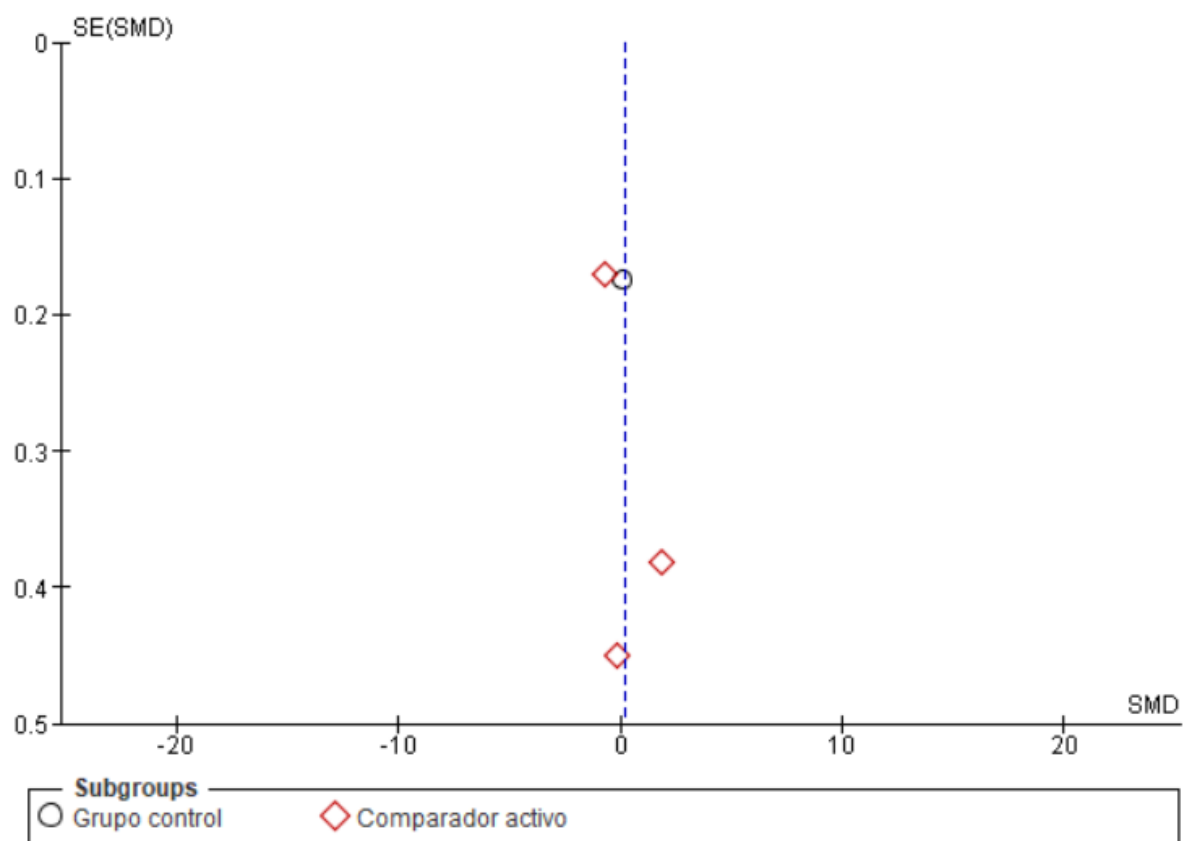
*Gráfico de embudo. Calidad de vida.*



**Figura 6***Gráfico de embudo. Fatiga*

**Figura 7**

*Gráfico de embudo. Ansiedad.*



**Figura 8**

*Gráfico de embudo. Depresión.*

