

Evaluación de la seguridad y eficacia de la visualización guiada para el control del dolor crónico

Evaluation of the safety and efficacy of guided imagery for the control of chronic pain

Informe técnico

AGÈNCIA DE QUALITAT I AVALUACIÓ SANITÀRIES DE CATALUNYA (AQuAS)



MINISTERIO
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
de Formación y Profesionalidad, Salud, Recursos, de Salud

Salut/Agència de Qualitat i Avaluació
Sanitàries de Catalunya



Generalitat
de Catalunya

Evaluación de la seguridad y eficacia de la visualización guiada para el control del dolor crónico

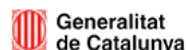
Evaluation of the safety and efficacy of guided imagery for the control of chronic pain

Informe técnico

AGÈNCIA DE QUALITAT I AVALUACIÓ SANITÀRIES DE CATALUNYA (AQuAS)



Salut/ Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya



Evaluación de la seguridad y eficacia de la visualización guiada para el control del dolor crónico

– Madrid: Ministerio de Sanidad. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. 2025, 118 p. ; 1 archivo pdf – (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad).

Palabras clave:

1. Visualización. 2. Visualización guiada. 3. Imaginería guiada. 4. Dolor. 5. Artritis reumatoide. 6. Fibromialgia. 7. Cefalea tensional crónica. 8. Dolor crónico en personas mayores.

I. Barcelona. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya II. España. Ministerio de Sanidad.

La Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) asume la responsabilidad exclusiva de la forma y el contenido final de este informe. Las manifestaciones y conclusiones de este informe son las del Área de Evaluación y no necesariamente las de sus revisores externos.

Para citar este informe:

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. **Evaluación de la seguridad y eficacia de la visualización guiada para el control del dolor crónico**. Madrid: Ministerio de Sanidad. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2025. (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias).

© Ministerio de Sanidad, 2025.

© Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2025.

Editan:

Ministerio de Sanidad

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Maquetación: Lluís Ràfols Ribas

Diseño: Ministerio de Sanidad

DOI: [10.62727/DSalut.AQUAS/14270](https://doi.org/10.62727/DSalut.AQUAS/14270)

Nipo: en tramitación

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

Este documento ha sido realizado por la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) 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 Ciencia, Innovación y Universidades.

Índice

ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	9
RESUMEN DIRIGIDO A LA CIUDADANÍA	11
SUMMARY ADDRESSED TO CITIZENS	13
RESUM DIRIGIT A LA CIUTADANIA	15
I. INTRODUCCIÓN	17
1.1. Descripción de la técnica de visualización guiada	18
1.2. Descripción de las indicaciones clínicas	19
1.2.1. El dolor crónico	20
1.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia	22
II. ALCANCE Y OBJETIVO	25
III. METODOLOGÍA	27
III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	27
III.2. Selección de estudios	28
III.3. Valoración de la calidad de los estudios	29
III.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia	30
III.5. Participación de los agentes de interés	30

IV. RESULTADOS	33
IV.1 Resultado de la búsqueda bibliográfica	33
IV.1.1 Características de los estudios incluidos	35
IV.1.2 Calidad metodológica de los estudios incluidos	41
IV.2. Descripción y análisis de resultados	43
IV.2.1 Seguridad	43
IV.2.2 Eficacia	43
IV.3. Estudios en marcha	45
V. DISCUSIÓN	47
V.1. Discusión de la metodología	47
V.2. Discusión de la seguridad	48
V.3. Discusión de la eficacia	48
VI. CONCLUSIONES	53
CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES	55
DECLARACIÓN DE INTERESES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	61
Anexo 1. Estrategias de búsqueda en las bases de datos	61
Anexo 2. Entidades invitadas a aportar evidencia científica	63
Anexo 3. Entidades que aportaron evidencia científica	64
Anexo 4. Listado de estudios excluidos	64
Anexo 5. Características de los estudios incluidos	76
Anexo 6. Calidad de la evidencia	82
Anexo 7. Resultados de seguridad	112
Anexo 8. Resultados de eficacia	113

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de selección de los estudios	28
Tabla 2. Resumen del riesgo de sesgo de los estudios incluidos de acuerdo con la herramienta RoB 2 de la Colaboración Cochrane	42
Tabla 3. Estudios en marcha para la evaluación de la seguridad y/o eficacia de la visualización guiada	46
Tabla A1. Estrategia de búsqueda en Ovid Medline(r)	61
Tabla A2. Estrategia de búsqueda en Embase	61
Tabla A3. Estrategia de búsqueda en <i>Web of Science</i>	62
Tabla A4. Estrategia de búsqueda en Scopus	62
Tabla A5. Estrategia de búsqueda en <i>Cochrane Library</i>	62
Tabla A6. Estrategia de búsqueda en Psycinfo (EBSCO)	63
Tabla A7. Estrategia de búsqueda en Epistemontos	63
Tabla A8. Estrategia de búsqueda en <i>International HTA Database</i>	63
Tabla A9. Entidades invitadas a aportar evidencia científica	63
Tabla A10. Entidades que aportaron evidencia científica	64
Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento	64
Tabla A12. Características de los estudios incluidos en la evaluación de la seguridad y eficacia de la visualización guiada en el manejo del dolor	76
Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la <i>Colaboración Cochrane</i>	82
Tabla A14. Tabla de evidencia de los resultados de seguridad	112
Tabla A15. Tabla de evidencia de los resultados de eficacia	113

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama PRISMA de selección de estudios

34

Siglas y acrónimos

AQuAS	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
BPI	Cuestionario Breve del Dolor (del inglés, <i>Brief Pain Inventory</i>)
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
EE. UU.	Estados Unidos de América
EVA	Escala visual analógica
GC	Grupo control
IHS	Sociedad Internacional de Cefalea (del inglés, <i>International Headache Society</i>)
MA	Metaanálisis
MPQ-LF	Cuestionario extendido del dolor de McGill
RAPS	Escala del dolor en artritis reumatoide (del inglés, <i>Rheumatoid Arthritis Pain Scale</i>)
RS	Revisión sistemática
RRSS	Revisiones sistemáticas
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VG	Visualización guiada
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Resumen dirigido a la ciudadanía

Nombre de la técnica con pretendida finalidad sanitaria

Visualización guiada para el control del dolor crónico.

Definición de la técnica e indicaciones clínicas

La visualización guiada (VG) es una técnica que utiliza contenido imaginativo para evocar percepciones sensoriales con el fin de mejorar el bienestar físico y mental de quien la practica. Por lo general, en la VG un facilitador (ya sea un profesional entrenado o a través de una grabación de audio) utiliza lenguaje descriptivo para ayudar al paciente a usar su imaginación para crear imágenes sensoriales que disminuyan síntomas desagradables tales como el dolor o la agitación. Normalmente, se guía al paciente a ir mentalmente a un lugar (p. ej. una playa, un bosque) y a evocar olores, sonidos, sensaciones táctiles y/o gustativas placenteras. Igualmente, para aliviar una condición o problema clínico específico, el paciente puede practicar visualizaciones de su propio cuerpo libre de tal condición o problema. Típicamente, las sesiones tienen una duración de entre 20 y 30 minutos, y se pueden practicar varias veces a la semana.

El presente informe analiza la seguridad y eficacia de la VG como técnica con pretendida finalidad terapéutica en el tratamiento del dolor crónico por diferentes causas.

Calidad de la evidencia

Todos los estudios analizados son ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de calidad baja debido a un riesgo de sesgo elevado.

Resultados claves

En la literatura revisada, publicada entre el año 2012 y enero de 2023, se han identificado 6 ECA que investigan el uso de la VG para el tratamiento del dolor crónico debido a 4 causas o condiciones diferentes: cefalea tensional crónica (1 estudio), fibromialgia (3 estudios), artritis reumatoide (1 estudio), y dolor crónico sin causa definida en personas mayores (1 estudio).

En relación con la **cefalea tensional crónica**, 1 ECA de calidad baja halló que una intervención de 5 semanas que incluía la práctica de la VG con grabaciones o con memorias positivas durante 3 semanas en combinación con la terapia farmacológica individualizada habitual, era posiblemente más efectiva que la terapia farmacológica únicamente, a la hora de reducir la intensidad, frecuencia y duración de las cefaleas en los pacientes del estudio. Se requieren más estudios para poder confirmar o contrastar estos resultados.

En relación con la **fibromialgia**, 1 ECA demostró que la práctica de la VG durante una intervención de 8 semanas, en comparación con un grupo control (GC) que no practicaba la VG, produce una reducción significativa de la intensidad del dolor y de las puntuaciones en los subdominios sensorial y sensorial más afectivo del dolor a las 4 semanas. Esta disminución se mantuvo durante las 8 semanas en el caso del dominio sensorial del dolor. Un segundo ECA también observó una mayor disminución en la gravedad del dolor, desde el inicio de la intervención hasta las 6 semanas, en el grupo que practicó la VG durante 4 semanas, en comparación con el GC que no la practicó. Estos resultados contrastan con los de un tercer ECA que no halló cambios estadísticamente significativos en la intensidad del dolor entre el primer y el último día de tratamiento, ni en el grupo de VG que recibió la intervención durante 10 semanas ni en el GC que siguió con su práctica clínica habitual. Los 3 ECA se realizaron en un número similar de pacientes y aplicaron intervenciones aparentemente similares. La calidad de los estudios era baja. Serían necesarios estudios adicionales y de mayor calidad para poder establecer conclusiones más firmes.

En relación con la **artritis reumatoide**, 1 ECA de calidad baja halló una disminución en la intensidad del dolor en el grupo que practicó la VG durante 6 días, pero no en el GC que siguió con sus cuidados habituales. Se requieren más estudios para poder confirmar o contrastar estos resultados.

En relación con el **dolor crónico en personas mayores por causa no especificada**, 1 ECA de calidad baja no encontró diferencias entre una intervención con VG durante 16 días y la práctica clínica habitual en el control de la intensidad del dolor.

Conclusión final

No se han hallado estudios que reporten resultados de seguridad de la VG para el control del dolor crónico. Algunos estudios han encontrado que la práctica de la VG podría ser eficaz en la disminución del dolor crónico en pacientes con cefalea tensional crónica, fibromialgia y artritis reumatoide.

Sin embargo, la evidencia existente es insuficiente (bajo número de estudios) y presenta limitaciones (alto riesgo de sesgo). En consecuencia, por el momento no es posible establecer conclusiones definitivas sobre la seguridad y eficacia de la VG en las indicaciones evaluadas.

Summary addressed to citizens

Name of the technique with health purposes

Guided visualisation for the control of chronic pain.

Definition of the technique and clinical indications

Guided visualisation (GV) is a technique that uses imaginative content to evoke sensory perceptions in order to improve the physical and mental well-being of the person practising it. In general, in guided imagery, a facilitator (either a trained professional or through an audio recording), uses descriptive language to help the patient to use their imagination to create sensory images that reduce unpleasant symptoms such as pain or agitation. Normally, the patient is guided to mentally go to a place (e.g. a beach, a forest) and to evoke pleasant smells, sounds, tactile sensations and/or tastes. Similarly, to alleviate a specific condition or clinical problem, the patient can practise visualisations of their own body free of that condition or problem. Typically, sessions last between 20 and 30 minutes, and can be practised several times a week.

This report analyses the safety and efficacy of GV as a technique with an intended therapeutic purpose in the treatment of chronic pain from different causes.

Quality of the evidence

All the studies analysed are randomised clinical trials (RCTs) of low quality due to a high risk of bias.

Key results

In the reviewed literature, published between 2012 and January 2023, 6 RCTs have been identified that investigate the use of GV for the treatment of chronic pain due to 4 different causes or conditions: chronic tension headache (1 study), fibromyalgia (3 studies), rheumatoid arthritis (1 study), and chronic pain with no defined cause in older people (1 study).

In relation to **chronic tension headache**, 1 low-quality RCT found that a 5-week intervention that included the practice of GV with recordings or with positive memories for 3 weeks in combination with the usual individualised pharmacological therapy was possibly more effective than pharmacological therapy alone, when it came to reducing the intensity, frequency and duration of headaches in the patients in the study. More studies are needed to confirm or refute these results.

In relation to **fibromyalgia**, 1 RCT showed that practising GV for an 8-week intervention, compared to a control group (CG) that did not practise GV, produces a significant reduction in pain intensity and scores in the sensory and more affective sensory subdomains of pain at 4 weeks. This decrease was maintained for 8 weeks in the case of the sensory domain of pain. A second RCT also observed a greater decrease in pain severity, from the start of the intervention to 6 weeks, in the group that practised GV for 4 weeks, compared to the CG that did not practise it. These results contrast with those of a third RCT that found no statistically significant changes in pain intensity between the first and last days of treatment, neither in the GV group that received the intervention for 10 weeks nor in the CG that continued with their usual clinical practice. The 3 RCTs were conducted in a similar number of patients and applied apparently similar interventions. The quality of the studies was low. Additional, higher quality studies would be necessary to be able to draw more firm conclusions.

In relation to **rheumatoid arthritis**, 1 low-quality RCT found a decrease in the severity of pain in the group that practised the VG for 6 days, but not in the CG that continued with their usual care. More studies are needed to confirm or contrast these results.

In relation to **chronic pain in older people of unspecified cause**, 1 low-quality RCT found no differences between a 16-day GV intervention and usual clinical practice in controlling pain intensity.

Final conclusion

No studies have been found that report GV safety results for chronic pain control. Some studies have found that the practice of GV could be effective in reducing chronic pain in patients with chronic tension headache, fibromyalgia and rheumatoid arthritis.

Resum dirigit a la ciutadania

Nom de la tècnica amb pretesa finalitat terapèutica

Visualització guiada per al control del dolor crònic.

Definició de la tècnica i de les indicacions clíniques

La visualització guiada (VG) és una tècnica que utilitza contingut imaginatiu per a evocar percepcions sensorials amb la finalitat de millorar el benestar físic i mental de qui la practica. En general, en la VG un facilitador (bé sigui un professional entrenat o a través d'una gravació d'àudio) usa un llenguatge descriptiu per a ajudar el pacient a usar la seva imaginació per a crear imatges sensorials que disminueixin símptomes desagradables com ara el dolor o l'agitació. Normalment, es guia al pacient a anar mentalment a un lloc (p. ex. una platja, un bosc) i a evocar olors, sons, sensacions tàctils i/o gustatives plaents. Igualment, per a alleujar una condició o problema clínic específic, el pacient pot practicar visualitzacions del seu propi cos lliure de tal condició o problema. Típicament, les sessions tenen una durada d'entre 20 i 30 minuts, i es poden practicar diverses vegades a la setmana.

El present informe analitza la seguretat i eficàcia de la VG com a tècnica amb pretesa finalitat terapèutica en el tractament del dolor crònic per diferents causes.

Qualitat de l'evidència

Tots els estudis analitzats són assajos clínics aleatoritzats (ACA) de qualitat baixa a causa d'un risc de biaix elevat.

Resultats clau

En la literatura revisada, publicada entre l'any 2012 i gener de 2023, s'han identificat 6 ACA que investiguen l'ús de la VG per al tractament del dolor crònic a causa de 4 causes o condicions diferents: cefalea tensional crònica (1 estudi), fibromiàlgia (3 estudis), artritis reumatoide (1 estudi), i dolor crònic sense causa definida en persones majors (1 estudi).

En relació amb la **cefalea tensional crònica**, 1 ACA de qualitat baixa va trobar que una intervenció de 5 setmanes que incloïa la pràctica de la VG amb gravacions o amb memòries positives durant 3 setmanes en combinació amb la teràpia farmacològica individualitzada habitual, era possiblement més efectiva que la teràpia farmacològica únicament, a l'hora de reduir la intensitat, freqüència i durada de les cefalees en els pacients de l'estudi. Es requereixen més estudis per a poder confirmar o contrastar aquests resultats.

En relació amb la **fibromiàlgia**, 1 ACA va demostrar que la pràctica de la VG durant una intervenció de 8 setmanes, en comparació amb un grup control (GC) que no practicava la VG, produeix una reducció significativa de la intensitat del dolor i de les puntuacions en els subdominis sensorial i sensorial més afectiu del dolor al cap de 4 setmanes. Aquesta disminució es va mantenir durant les 8 setmanes en el cas del domini sensorial del dolor. Un segon ACA també va observar una major disminució en la gravetat del dolor, des de l'inici de la intervenció fins a les 6 setmanes, en el grup que va practicar la VG durant 4 setmanes, en comparació amb el GC que no la va practicar. Aquests resultats contrasten amb els d'un tercer ACA que no va trobar canvis estadísticament significatius en la intensitat del dolor entre el primer i l'últim dia de tractament, ni en el grup de VG que va rebre la intervenció durant 10 setmanes ni en el GC que va continuar amb la seva pràctica clínica habitual. Els 3 ACA es van realitzar en un nombre similar de pacients i van aplicar intervencions aparentment similars. La qualitat dels estudis era baixa. Serien necessaris estudis addicionals i de major qualitat per a poder establir conclusions més fermes.

En relació amb l'**artritis reumatoide**, 1 ACA de qualitat baixa va trobar una disminució en la intensitat del dolor en el grup que va practicar la VG durant 6 dies, però no en el GC que va seguir amb les seves cures habituals. Es requereixen més estudis per a poder confirmar o contrastar aquests resultats.

En relació amb el **dolor crònic en persones majors per causa no especificada**, 1 ACA de qualitat baixa no va trobar diferències entre una intervenció amb VG durant 16 dies i la pràctica clínica habitual en el control de la intensitat del dolor.

Conclusió final

No s'han trobat estudis que reportin resultats de seguretat de la VG per al control del dolor crònic. Alguns estudis han trobat que la pràctica de la VG podria ser eficaç en la disminució del dolor crònic en pacients amb cefalea tensional crònica, fibromiàlgia i artritis reumatoide.

No obstant això, l'evidència existent és insuficient (baix nombre d'estudis) i presenta limitacions (alt risc de biaix). En conseqüència, de moment no és possible establir conclusions definitives sobre la seguretat i eficàcia de la VG en les indicacions avaluades.

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, Innovación y Universidades. 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 (RRSS) y ensayos clínicos, limitada temporalmente al período 2012-2018, en la base de datos médica (Pubmed) sobre el listado de 138 terapias incluidas en el *Documento de Situación de las Terapias Naturales del Ministerio de Sanidad* (1, 2). 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 visualización guiada (VG).

I.1. Descripción de la técnica de visualización guiada

La VG o imaginería guiada se ha usado a lo largo de toda la historia. Hay indicios de que su práctica se remonta a los siglos XII-IX a. C. y al año 600 d. C. en la civilización griega. Sin embargo, fue el psiquiatra alemán Hanscarl Leuner quien desarrolló la VG en la década del 1940 y marcó el inicio de las investigaciones posteriores (3).

La VG es una técnica que utiliza contenido imaginativo para evocar percepciones sensoriales con el fin de mejorar el bienestar físico y mental de quien la practica. El Centro Nacional para la Salud Complementaria e Integrativa (*National Center for Complementary and Integrative Health*) de los Estados Unidos (EE. UU.) incluye la VG dentro del conjunto de técnicas de relajación, junto con la relajación muscular progresiva, el entrenamiento autogénico, la relajación con *biofeedback*, la autohipnosis, los ejercicios respiratorios e incluso otras prácticas complementarias como el masaje, la meditación, el yoga, el taichí y el qigong (4). La VG puede combinarse con algunas de las técnicas previamente mencionadas, formando parte de una intervención multicomponente, así como con técnicas de terapia cognitivo-conductuales. Estas últimas son un tipo de tratamiento psicológico que ayuda al individuo a ser más consciente de pensamientos que pueden ser automáticos, pero inexactos y dañinos; la terapia implica esfuerzos para cambiar patrones de pensamiento y comportamiento (4).

En la VG, un facilitador (ya sea un profesional entrenado en VG *in situ* o a través de una grabación de audio) utiliza lenguaje descriptivo para ayudar al paciente a usar su imaginación para crear imágenes sensoriales que disminuyan síntomas desagradables, tales como el dolor o la agitación. Normalmente, se guía al paciente a ir mentalmente a un lugar (p. ej. una playa, un bosque) y a evocar olores (p. ej. el océano, un pino, flores), sonidos (p. ej. pájaros, olas), sensaciones táctiles (p. ej. una brisa, el calor del sol, el agua) y/o gustativas (p. ej. frutas dulces, el agua) placenteras. Igualmente, para aliviar una condición o problema clínico específico, el paciente puede practicar visualizaciones de su propio cuerpo libre de tal condición o problema (5). En ocasiones, se puede practicar la VG sin un facilitador, intentando recordar memorias positivas. Típicamente, las sesiones tienen una duración de entre 20 y 30 minutos, y se pueden practicar varias veces a la semana. Para favorecer la relajación, las sesiones se pueden complementar con ejercicios de respiración diafragmática y con música suave para neutralizar sonidos de fondo (6). Aunque la técnica tiene elementos similares a la hipnosis, no se emplea la sugestión intencionadamente (7).

En los EE. UU., la principal organización certificadora es la Academia para VG (*Academy for Guided Imagery*) que ofrece un curso de postgrado para personal sanitario y (excepcionalmente) no sanitario (8). En España,

no existe actualmente ninguna titulación oficial de terapeuta en VG. Los dos agentes de interés que han aportado información para la realización del presente informe han indicado que la formación en VG (así como en técnicas relacionadas como la relajación o la meditación) tiene lugar como asignatura de libre elección dentro de los programas de estudios de naturopatía, osteopatía, medicina tradicional china o acupuntura, o técnicas manuales, entre otras, sin mencionar escuelas concretas donde se impartan dichos estudios.

Se contemplan diferentes mecanismos de acción posibles de la VG con relación al control del dolor, los cuales van desde la disminución de la tensión muscular como resultado de la relajación inducida por la práctica de la VG, la distracción, el redireccionamiento de la concentración desde el dolor hacia aspectos placenteros o la modificación en la secreción de endorfinas (9). **Elsegood y col.** (6) describen que los estímulos placenteros y la relajación facilitan la secreción de endorfinas, las cuales se unen a los receptores de opioides en el sistema nervioso central y así bloquean la transmisión de los impulsos dolorosos; este efecto provoca, a su vez, una respuesta de feedback en la que la reducción del dolor produce relajación y, en consecuencia, una activación del sistema nervioso parasimpático que provoca un descenso en la presión arterial, la frecuencia respiratoria y el ritmo cardíaco (6). **Elsegood y col.** (6) también hacen referencia a la Teoría de la compuerta (*Gate Theory*) propuesta por primera vez en 1965 por **Melzack y Wall** (10); según esta teoría, un único impulso puede viajar a través de la médula espinal hacia el sistema nervioso central. Cuando esta ruta se bloquea con un estímulo placentero, la percepción del dolor decrece. En definitiva, se postula que la VG produce una interacción recíproca entre cuerpo y mente, en la cual un cambio positivo en uno contribuye a un estado positivo en el otro.

I.2. Descripción de las indicaciones clínicas

La página web de la *Academy for Guided Imagery* de los EE. UU. muestra una larga lista de condiciones en las cuales la VG podría ser de ayuda (11):

- Procedimientos (angioplastia, biopsias, quimioterapia, colonoscopias, parto, procedimientos dentales, endoscopias, cirugía cardíaca, resonancias magnéticas, terapias de radiación, preparación a la cirugía).
- Condiciones médicas (alergias, asma, túnel carpiano, diabetes, GERD, enfermedad cardíaca, herpes, hipertensión, intestino irritable, condiciones sinodales).

- Dolor crónico (artritis, dolor de espalda y cuello, dolor en cáncer, fibromialgia, cefaleas, dolor neuropático, síndrome premenstrual).
- Condiciones psicológicas (ansiedad, depresión, insomnio, deshabitación tabáquica).
- Pediatría (alergia, asma, quimioterapia, cirugía).

1.2.1. El dolor crónico

Para el presente informe se ha priorizado la evaluación de la técnica de VG en la indicación del dolor crónico, por los siguientes motivos:

- Elevada prevalencia del dolor crónico y gran impacto en la calidad de vida del paciente.
- Condición que supone una carga económica considerable para el sistema sanitario (12).
- Apparente existencia de incertidumbre con respecto a la evidencia relativa a esta indicación: una revisión narrativa reciente sugiere que hay evidencia sobre posibles efectos positivos de la VG como terapia coadyuvante en la rehabilitación del cáncer o cirugía cardíaca, mejorando, entre otras variables, el dolor, mientras que señala que la evidencia sobre la eficacia en cefaleas, dolores músculoesqueléticos o dolor en fibromialgia es insuficiente o no conclusiva (3).
- Relativa abundancia de literatura científica relativa al dolor en comparación con otras indicaciones, lo que origina interés en investigar si entre dicha literatura existe suficiente evidencia relativa al dolor crónico proveniente de ECA que permita sacar conclusiones firmes acerca de la utilidad de esta técnica en una indicación de gran relevancia.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain* o IASP) (9) define el dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial o descrito en términos de tal daño”. Mientras que el dolor clasificado como agudo es predominantemente un síntoma o manifestación de lesión tisular, el dolor crónico se considera como una enfermedad en sí mismo. Por lo general, se entiende como dolor crónico, aquel que persiste durante un período de tiempo superior a los tres meses y que, con frecuencia, es de difícil tratamiento; puede causar problemas importantes al paciente y tiene repercusiones negativas sobre su calidad de vida. En **Torrallba y col.**, 2014 (12) se estima que uno de cada cinco europeos (19 %) y uno de cada seis españoles (17 %) sufre dolor crónico.

Los estudios identificados a través de la búsqueda sistemática ejecutada para el presente informe y que cumplían con los criterios de selección establecidos abordan el dolor crónico causado por 4 condiciones o estados concretos: 1) la cefalea tensional crónica, 2) el dolor por fibromialgia, 3) el dolor debido a artritis reumatoide, 4) el dolor crónico en personas mayores (sin causa especificada). A continuación, se presenta una breve descripción de las 3 primeras indicaciones. No se describe el dolor crónico en personas mayores por tratarse de dolor en una población concreta, pero sin causa especificada.

Cefalea tensional crónica

La cefalea tensional crónica es el más común de todos los tipos de cefaleas, con una prevalencia del 30-40 %. Según la clasificación de la Sociedad Internacional de Cefalea (*International Headache Society* o IHS) (13), para que la cefalea se considere crónica, debe ocurrir durante un mínimo de 15 días al mes durante al menos 6 meses. La cefalea tensional crónica reduce de forma significativa la calidad de vida de aquellos que la sufren, así como la de sus familiares y la de la sociedad en general. Sin embargo, el tratamiento es difícil.

Fibromialgia

La fibromialgia es un trastorno crónico caracterizado por dolor músculo-esquelético no inflamatorio persistente. Los síntomas concomitantes suelen incluir la fatiga, alteraciones del sueño, rigidez, depresión, ansiedad y problemas cognitivos (dificultad de concentración, lentitud mental, problemas de memoria y atención, etc.) (14). Se considera que la fibromialgia afecta todos los niveles de la vida de quien la sufre (social, personal y profesional) (9). Las causas de la fibromialgia aún no son conocidas. Se cree que un factor clave es el procesamiento anormal de los estímulos del dolor; los pacientes pueden tener una sensibilidad aumentada a los estímulos dolorosos, o reacciones dolorosas a estímulos que no lo son (15). Tal y como **Verkaik y col.** resumen en un artículo, diferentes estudios sugieren que existen factores genéticos ligados a la etiología de la fibromialgia, así como factores ambientales asociados al desarrollo de la enfermedad (p. ej. traumas físicos, infecciones o estrés emocional) (15). **Menzies y col.** resumen la evidencia de varios estudios que sugieren la existencia de perturbaciones inmunológicas en los pacientes con fibromialgia; se piensa que puede existir un desbalance en los mediadores inflamatorios que explicarían los principales síntomas de la enfermedad (16).

La prevalencia de la fibromialgia difiere entre diferentes poblaciones. En España, el **estudio EPISER 2016** (*Prevalencia de enfermedades reumáticas en población adulta en España*), realizado por la Sociedad Española de Reumatología, informa de que la prevalencia de fibromialgia

en España se sitúa alrededor del 2,45 %, con una distribución muy diferente entre sexos (0,2 % en hombres y 4,2 % en mujeres). El grupo de edad entre 40 y 49 años es el más afectado por la enfermedad, y más allá de esta edad la prevalencia disminuye (17). La fibromialgia constituye entre el 15 y el 20 % de las consultas de reumatología, siendo la segunda condición reumatológica más común (9).

Artritis reumatoide

Según se presenta en la actualización de 2018 de la *Guía de práctica clínica para el manejo de los pacientes con artritis reumatoide (Guipcar)* de la Sociedad Española de Reumatología, la artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune sistémica, de carácter inflamatorio y crónico. Presenta predilección por las articulaciones, comprometiendo en primer lugar la membrana sinovial, extendiéndose posteriormente a elementos colindantes como el cartílago, ligamentos, cápsula y hueso, y pudiendo llegar a afectar órganos como el corazón, pulmón, riñón, piel y ojos, entre otros, o el sistema hematopoyético o de la esfera neuropsiquiátrica. La etiología de la artritis reumatoide es desconocida, aunque posiblemente existan factores ambientales o genéticos que predispongan a su aparición. Con respecto a las articulaciones afectadas, los signos y síntomas característicos de la artritis reumatoide son el dolor y tumefacción; afectan especialmente a las manos y con carácter simétrico (18). Alrededor de la mitad de los pacientes con artritis reumatoide pueden sufrir dolor articular de moderado a grave, el cual afecta su calidad de vida y funcionalidad diaria (19).

La prevalencia global de la artritis reumatoide se sitúa entre el 0,5 % y el 1 % en la población adulta, con mayor incidencia en mujeres entre los 50 y los 60 años (18).

I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia

Actualmente, el dolor crónico no se adscribe a una especialidad médica concreta, abordándose en la mayoría de los casos en la atención primaria, pero siendo motivo de consulta en diferentes especialidades y disciplinas. Esto hace que, a veces, el proceso del individuo enfermo, desde que realiza su primera consulta hasta que recibe el diagnóstico y el tratamiento adecuado, sea difícil y costoso. En términos generales, el dolor suele tratarse con fármacos, tanto en monoterapia como en politerapia. La terapia farmacológica, sin embargo, es básicamente sintomática, puede resultar inefectiva y acompañarse de efectos secundarios, además de ser costosa en términos económicos. Debido a que el dolor crónico requiere de tratamiento durante largos periodos de tiempo, es necesario prestar especial atención a

los efectos adversos. Por los motivos expuestos, la combinación de terapias farmacológicas con no farmacológicas, entre las cuales entraría la VG, es de interés (20).

II. Alcance y objetivo

Alcance:

La población diana está compuesta por personas de cualquier edad consideradas para su intervención con la técnica de VG para el tratamiento del dolor crónico por cualquier causa.

El informe final está pensado para el uso y difusión del Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, dentro del *Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias* que tiene como objetivo el proporcionar a la ciudadanía información veraz para que pueda diferenciar las prestaciones y tratamientos cuya eficacia terapéutica o curativa ha sido contrastada de todos aquellos productos y prácticas que, en cambio, no lo han hecho.

Objetivo:

El objetivo del presente informe es llevar a cabo una revisión sistemática de la evidencia científica, proveniente de ECA, sobre la seguridad y la eficacia de la técnica de VG como método para el manejo del dolor crónico por cualquier causa en pacientes de cualquier edad.

Aspectos a cubrir

Se considerarán aquellos estudios en los que se utilice la técnica de VG para el tratamiento del dolor crónico por cualquier causa, en pacientes de cualquier edad, siempre y cuando se aplique:

- de forma individual;
- o en combinación con el tratamiento utilizado como comparador (ej. VG y fisioterapia comparada con fisioterapia sola);
- no se han establecido limitaciones en cuanto al formato ni la duración de las sesiones de VG.

Aspectos no cubiertos:

- Se excluirán aquellos estudios que combinen la VG con:
 - el *biofeedback*, ya que este último requiere del registro de la respuesta fisiológica del paciente que se quiere modificar;
 - la realidad virtual o la terapia espejo (*mirror therapy* en inglés), ya que depende de un estímulo sensorial o visual externo;
 - en general, cualquier otra terapia distinta a la utilizada como comparador.
- Se excluirán las indicaciones del síndrome de miembro fantasma con dolor (10) o el síndrome de dolor regional complejo (11), ya que estos casos se tratan frecuentemente con la llamada visualización motora graduada (*graded motor imagery*), un programa de rehabilitación integral y multicomponente que difiere de la VG como tal en términos de sus posibles mecanismos de acción y forma de aplicarse.

III. Metodología

III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Para las dimensiones de “descripción del problema de salud” y “descripción de la tecnología” la información se recopiló a través de los estudios identificados en la búsqueda sistemática sobre estudios de seguridad y eficacia ejecutada para la elaboración del presente informe, así como a partir de una búsqueda no sistemática que se había ejecutado inicialmente para la elaboración del protocolo del informe. También se utilizó literatura gris proveniente de páginas web de instituciones/organizaciones oficiales y fuentes adicionales de información relacionadas con la temática del informe.

Para las dimensiones de seguridad y eficacia, el documentalista de AQuAS consultó las siguientes bases de datos:

- Ovid (Medline)
- Embase
- *Web of Science*
- Scopus
- *Cochrane Library*
- PsycInfo (EBSCO)
- Epistemonikos
- *HTA Database*

No se aplicaron restricciones por idioma en la búsqueda, pero en la fase de cribado se tuvieron en cuenta únicamente los estudios publicados en inglés y español. El periodo de búsqueda se limitó a los últimos 10 años (desde 2012 hasta la fecha de realización de la búsqueda, 19 de enero de 2023). La estrategia de búsqueda en cada una de las bases de datos mencionadas y el número de resultados obtenidos se detallan en el **Anexo 1**.

La estrategia de búsqueda utilizó lenguaje natural correspondiente a la población e intervenciones de interés establecidas en los criterios de inclusión, y su correspondiente lenguaje controlado para cada una de las diferentes fuentes de información. Adicionalmente, se revisó el listado de

referencias de todos aquellos estudios incluidos para identificar potenciales estudios que cumplieran los criterios de selección establecidos.

Con el objetivo de localizar posibles estudios planificados o en ejecución, así como aquellos cancelados o ya terminados, se consultó el registro ClinicalTrials.gov, la plataforma ICTRP (*International Clinical Trials Registry Platform*), el registro PROSPERO, y la librería CENTRAL de la Cochrane (*Cochrane Central Register of Controlled Trials*).

III.2. Selección de estudios

Criterios de selección

Los criterios de selección establecidos basándose en la pregunta de investigación en formato PICO-D (población; intervención; comparador o control; variables de resultado o desenlaces; diseño de los estudios) se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de selección de los estudios

Criterio	Inclusión	Exclusión
Población	Pacientes de cualquier edad con dolor crónico.	Pacientes sin dolor crónico. Pacientes con síndrome del miembro fantasma con dolor o síndrome de dolor regional complejo.
Intervención	Técnica de VG, utilizada de forma individual o combinada con el mismo tratamiento utilizado como comparador. No se establecieron limitaciones acerca del formato ni duración de las sesiones de VG.	Técnica distinta a la VG. Técnica de VG utilizada en combinación con un tratamiento distinto al utilizado como comparador. Técnica de VG combinada con estímulos externos visuales tales como la realidad virtual. Técnica de visualización motora graduada.
Comparador	Práctica clínica habitual o sin tratamiento activo (los pacientes no reciben ninguna intervención).	Tratamiento que no pueda considerarse práctica clínica habitual ni GC sin tratamiento activo.
Desenlaces	Seguridad: efectos adversos de la técnica, su frecuencia, gravedad, o subgrupos de mayor susceptibilidad. Eficacia: resultados relativos al dolor, tales como la intensidad y/o duración del dolor, o interferencia del dolor en actividades diarias.	Estudio que no aborde los desenlaces de seguridad y/o eficacia establecidos.
Diseño	RRSS con o sin metaanálisis (MA), publicadas en los últimos 10 años y que incluyan ensayos controlados aleatorizados (ECA), así como en los ECA publicados desde la fecha de búsqueda realizada en la última RS de calidad identificada. En ausencia de RRSS de ECA, el informe se basaría en ECA individuales.	RS que no respondan íntegramente a la pregunta de investigación y sean utilizadas únicamente como fuente de estudios primarios. Estudios con diseños distintos a una RS o ECA, incluyendo cartas al director/editor, artículos de opinión, editoriales, resúmenes y comunicaciones a congresos, opiniones de expertos y comentarios. Artículo publicado con anterioridad al año 2012. Idioma de publicación distinto al inglés y español.

Proceso de selección de estudios

Los estudios incluidos en el dominio de descripción del problema de salud y descripción de la tecnología se seleccionaron según criterio del equipo evaluador del informe sobre la base de su relevancia y actualidad.

Para el apartado de opciones terapéuticas habituales de referencia se incluyó información de carácter general, limitada a lo descrito en los artículos incluidos en el informe, ya que quedó fuera del alcance de este informe comprobar la pauta de tratamiento actual y consensuada para cada una de las posibles condiciones tratadas.

Con relación a la seguridad y eficacia, todas las referencias se importaron al gestor de citas bibliográficas Endnote (21) y se eliminaron los duplicados. La selección de estudios se hizo de manera independiente por parte de dos evaluadores y en dos fases:

1. Revisión por título y resumen: dos investigadoras revisaron el 20 % de títulos y resúmenes de los artículos encontrados, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión; tras este cribado, se pusieron en común los resultados y se comprobó que hubiera un acuerdo en más del 95 % de los casos. En los casos en que las revisoras habían tomado decisiones distintas, se comentó y entendió el porqué y se llegó a un acuerdo. Una revisora realizó el cribado del 80 % de artículos restantes.
2. Revisión del texto completo: dos investigadoras revisaron el texto completo de los artículos seleccionados en la fase 1. Los artículos que no fueron considerados relevantes se excluyeron, registrando los motivos de exclusión (**Anexo 4**). Los demás estudios constituyeron el listado final de estudios incluidos y el cuerpo de evidencia a considerar en este informe. Las discrepancias entre evaluadoras se discutieron hasta llegar a un consenso. No fue necesaria la intervención de un tercer evaluador.

Todo el proceso de selección se registró en un diagrama PRISMA de selección de artículos (22).

III.3. Valoración de la calidad de los estudios

Evaluación de los sesgos y calidad

El riesgo de sesgo de los ECA se evaluó mediante la herramienta *Risk of Bias* (RoB) 2.0, desarrollada por la Colaboración Cochrane (23) utilizándose la herramienta en línea robvis para la evaluación y visualización del riesgo de sesgo (24). Para cada ECA, se muestra el resultado global y de cada uno de sus cinco dominios mediante una escala de colores (verde representa

un riesgo de sesgo bajo, amarillo moderado y rojo alto). La evaluación del riesgo de sesgo de los ECA se llevó a cabo por parte de dos autoras y se resolvieron las discrepancias por discusión y consenso.

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

Dos de las autoras del informe extrajeron los datos relevantes para la evaluación de los estudios incluidos. Los datos se recogieron en una hoja de extracción Excel previamente diseñada y consensuada junto con la responsable de dirección metodológica.

A partir del documento Excel se elaboró una tabla de evidencia describiendo las características principales de los estudios incluidos, clasificados por indicación clínica (**Anexo 5**): identificación del artículo (primer autor y año de publicación), registro del protocolo del estudio, objetivo, contexto, diseño del estudio, periodo de reclutamiento y/o duración del estudio, condición estudiada, criterio de inclusión y exclusión, número de participantes totales y por grupo (tanto reclutados como analizados), intervención, comparador, y características basales de los participantes.

La evidencia se sintetiza en el presente informe de manera narrativa y con tablas de evidencia de seguridad y de eficacia (**Anexo 7** y **Anexo 8**, respectivamente).

De los estudios en marcha, se extrajo:

- Autor, año y/o número de registro
- Objetivo primario
- Intervención y población estudiadas
- Diseño del estudio
- Investigador principal y localización
- Estado y fecha prevista de finalización

III.5. Participación de los agentes de interés

La implicación de los agentes con interés en la técnica de la VG se planteó desde el inicio del proceso de evaluación con el objetivo de que pudieran realizar aportaciones sobre los aspectos relevantes para ellos.

Se realizó una invitación activa a través de correo electrónico a las organizaciones profesionales y de usuarios relacionadas con la VG para que aportaran evidencia científica sobre la eficacia clínica y seguridad de

la técnica. Se invitó únicamente a aquellas organizaciones que cumplieran los siguientes criterios: ser entidades en el Estado español, estar relacionadas con las ciencias o el ámbito de la salud, y estar legalmente constituidas (**Anexo 2**). Se envió el protocolo de trabajo a estas asociaciones junto a un formulario de solicitud de información en la que se explicó que el objetivo era únicamente la aportación de evidencia científica disponible. Se estableció un plazo de 15 días para la recepción de aportaciones. Se obtuvo respuesta de dos de las organizaciones invitadas a participar (**Anexo 3**).

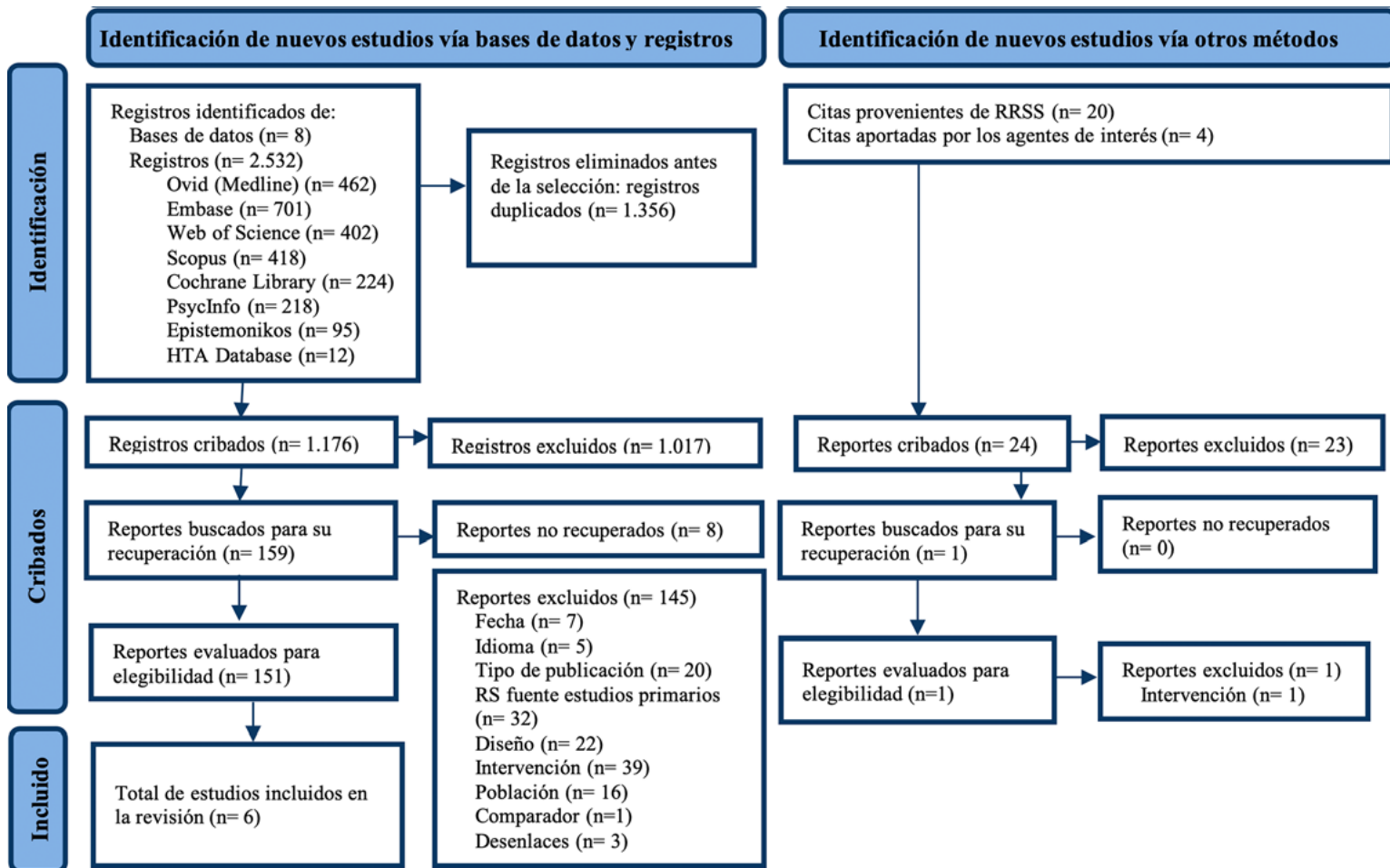
IV. Resultados

IV.1 Resultado de la búsqueda bibliográfica

Como resultado de la búsqueda bibliográfica en las 8 bases de datos, se obtuvieron un total de 2.532 referencias. Se excluyeron 1.356 referencias duplicadas, dando como resultado un total de 1.176 referencias únicas. En la primera fase de cribado por título y resumen, se descartaron 1.017 referencias por no ajustarse a alguno de los criterios de inclusión del informe. De las 159 referencias restantes, se cribó el texto completo de 151; de las otras 8 no se pudo recuperar el texto completo. En esta fase se descartaron 145 referencias, por no cumplir con alguno de los criterios de inclusión, y 6 fueron incluidas en el informe. En paralelo, se identificaron 20 citas provenientes de RRSS recuperadas en la búsqueda sistemática, además de 4 citas aportadas por los agentes de interés; estas referencias se cribaron por título y resumen, excluyéndose 23 de ellas. De la referencia restante se cribó el texto completo y también se excluyó. Finalmente, se incluyeron 6 ECA en el presente informe (6, 9, 15, 16, 19, 20).

La **Figura 1** muestra, en un diagrama de flujo PRISMA, el proceso de selección de estudios descritos. En el **Anexo 4**, se listan los estudios excluidos tras la lectura del texto completo del documento, detallando el principal motivo de exclusión.

Figura 1. Diagrama PRISMA de selección de estudios



IV.1.1 Características de los estudios incluidos

Se incluyeron 6 ECA publicados entre los años 2012 y 2018 que abordaban 4 indicaciones específicas: la cefalea tensional crónica (20), la fibromialgia (9, 15, 16), la artritis reumatoide (19) y el dolor crónico en personas mayores (6). Dos estudios fueron realizados en Irán (19, 20), uno en España (9), uno en los Países Bajos (15), uno en los EE. UU. (16) y uno en Tailandia (6). A continuación, se presentan las características de cada uno de los estudios, clasificados en función de la indicación.

Cefalea tensional crónica

El ECA de **Abdoli y col., 2012** (20) tuvo lugar entre los años 2004 y 2006 en una clínica de Irán especializada en cefaleas. Se reclutaron 60 participantes en las consultas médicas o a través de publicidad en las salas de hospitales, clínicas y calles de Arak, en Irán.

Los participantes debían ser mujeres u hombres que sufrieran de cefalea tensional crónica confirmada por un/a psiquiatra, que experimentarían al menos un episodio de cefalea a la semana, de nivel 4 o superior en la escala visual analógica (EVA) del dolor y que tuvieran la capacidad de leer y escribir en persa, comprender y completar los cuestionarios del estudio y practicar la técnica de VG. Se aleatorizaron los participantes en tres grupos de 20 pacientes cada uno. Dos grupos practicaron la VG además de recibir de forma concomitante una terapia farmacológica individualizada. El tercer grupo sirvió como GC y recibió únicamente la terapia farmacológica, durante el mismo periodo de tiempo que los grupos que recibieron la VG.

Los participantes en los grupos intervención debían practicar la VG durante 20 minutos, tres veces por semana, y durante 3 semanas, bien con apoyo del audio (grupo 1) o recordando su memoria más feliz (grupo 2). El grupo guiado por audio escuchaba instrucciones para relajación y respiración, así como descripciones de imágenes placenteras, acompañadas de música relajante, sin hacer mención a ninguna enfermedad o tratamiento médico. El grupo guiado por memorias positivas debía recordar su recuerdo más feliz y describirlo y comentarlo con el terapeuta. Los ejercicios se realizaban de forma individual. Todas las intervenciones las aplicó un psicoterapeuta especializado.

Se midieron la **intensidad del dolor** por cefalea mediante la escala EVA del dolor, la cual consiste en una línea horizontal marcada del 0 (sin dolor) al 10 (peor dolor posible), donde los participantes pueden indicar la intensidad del dolor que sufren. Además, se calcularon la **duración y frecuencia** de las cefaleas mediante los datos registrados en un diario durante 1 semana antes de iniciar el tratamiento, 3 semanas durante el tratamiento, y 1 semana después. Los 3 desenlaces mencionados se tuvieron en consideración para el presente informe de evaluación.

Los participantes tenían entre 18 y 59 años de edad al inicio del estudio, una intensidad del dolor de entre 4 y 10 en la EVA del dolor, una frecuencia de cefaleas de entre 1 y 7 días a la semana y una duración de cada episodio de entre 1 y 16 horas diarias.

Fibromialgia

El ECA de **Onieva-Zafra y col., 2015 (9)** es un estudio llevado a cabo en el sur de España con el objetivo de evaluar los efectos de la VG como intervención de enfermería para el manejo del dolor y la depresión en pacientes diagnosticados con fibromialgia. Se reclutaron pacientes a través de tres asociaciones de fibromialgia establecidas en las ciudades de Córdoba, Granada y Almería.

Para participar en el estudio, los pacientes debían haber sido diagnosticados de fibromialgia en los últimos 3 años según los criterios del *American College of Rheumatology*, estar interesados en atender las sesiones de terapia, no estar diagnosticados con condiciones psiquiátricas mayores o condiciones críticas recientes, ni ser incapaces de entender o seguir instrucciones, leer o escribir en español. Se partió de 60 individuos potencialmente elegibles, de los cuales finalmente se analizaron 55 (28 del grupo intervención y 27 del GC).

La intervención duró 8 semanas y se aplicó en varias fases: primero, hubo una sesión presencial inicial, de 15 minutos de duración, para familiarizar al participante con la relajación y la visualización de imágenes; se grabó la sesión en un disco compacto para que los participantes pudieran volver a escucharla al menos 4 días a lo largo de la primera semana y cada día a lo largo de la segunda; posteriormente tuvo lugar una segunda sesión presencial para practicar la relajación con VG; se volvió a grabar la sesión para que los participantes la escucharan a lo largo de las semanas 3 y 4. Finalmente, durante las semanas 5-8, los participantes pudieron escuchar cualquiera de las 2 grabaciones tantos días como desearan, pero solo 1 vez por día. Las grabaciones contenían referencias a situaciones o imágenes positivas y también incluían referencias al dolor. Las sesiones presenciales fueron administradas por uno de los investigadores autores del estudio y el resto de sesiones fueron autoadministradas. El GC lo formaron participantes que no recibieron la intervención.

Se evaluaron la **experiencia subjetiva del dolor**, medida mediante la versión española del Cuestionario Extendido del Dolor de McGill (MPQ-LF, por sus siglas en inglés), que recoge descriptores relativos a los dominios sensoriales, afectivos y evaluativos del dolor; la **intensidad del dolor** medida mediante la EVA del dolor; la intensidad de la **depresión** mediante la EVA de depresión; y la presencia y el grado de depresión mediante el *Inventario de Depresión de Beck*. Todos los desenlaces se midieron en condiciones basales, tras la intervención (semana 4) y al final del estudio (semana 8).

Además, los participantes registraron cada día en sus diarios la intensidad del dolor en reposo y en movimiento. En el presente informe de evaluación se incluyeron los desenlaces relativos al dolor (experiencia subjetiva del dolor e intensidad del mismo).

Los participantes tenían una edad de entre 28 y 65 años, con una edad promedio de 53,65 años (DE=5,84) en el grupo de VG y 51,29 años (DE=6,51) en el GC. Solo un 3,6 % fueron hombres. La mayoría de los participantes no tenían un alto nivel educativo (60,8 % con menos de 12 años de escolarización) y el 63 % estaban casados. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en relación con la edad, años de escolarización, estado civil, años de diagnóstico, puntuaciones de dolor y depresión basales. Al inicio del estudio, más del 50 % de los participantes presentaban síntomas de depresión y más del 70 % tomaban antidepresivos o antipsicóticos.

El ECA de **Verkaik y col., 2014 (15)** tuvo lugar en un consultorio de medicina complementaria de los Países Bajos, entre febrero del 2010 y enero del 2011. El estudio tenía como objetivo aportar evidencia sobre los efectos de la VG en el dolor, funcionalidad y eficacia en el automanejo del dolor en pacientes con fibromialgia.

Los criterios de inclusión fueron fibromialgia diagnosticada menos de 6 años antes de la participación en el estudio y por parte de un médico de familia o reumatólogo, ser capaz de viajar y de mantenerse sentado durante 1,5 horas, y tener suficiente capacidad auditiva. La presencia de cualquier condición psiquiátrica (autorreportada) se consideró un criterio de exclusión. Se reclutaron 70 pacientes a través de la página web de la asociación neerlandesa de pacientes con fibromialgia, emails individuales a todos sus miembros, y prensa local. Cinco pacientes abandonaron el estudio antes de la primera reunión. Se aleatorizaron los 65 pacientes restantes en los grupos intervención y control, de los cuales se analizaron 57 tras el tratamiento (28 en VG y 29 en GC) y 52 en el seguimiento a las 6 semanas (26 VG y 27 GC).

Antes de la intervención tuvo lugar una sesión, en grupo, de 1,5 horas de duración, para instruir a los participantes en la práctica de la VG y proporcionar un disco compacto con las grabaciones que guiarían los ejercicios de VG. La intervención consistió en la realización diaria de 1 o 2 sesiones de VG con soporte de las grabaciones específicas, durante 4 semanas y de forma individual y autoadministrada. Cada sesión duraba entre 19 y 28 minutos y contenía técnicas de relajación, música, visualización positiva, y elementos específicamente diseñados para el tratamiento del dolor (p. ej. “imagina que dejas tu dolor fuera de la playa”). Al final de este periodo se hizo una sesión final postintervención para discutir las experiencias. Las reuniones en grupo eran lideradas por una enfermera especializada en reumatología y las instrucciones para la VG las realizó una entrenadora cualificada. En el GC se hicieron dos sesiones en grupo, de

1,5 horas cada una, al igual que en el grupo de VG, pero no se realizaron los ejercicios de VG.

Todos los pacientes aleatorizados completaron un registro diario de su **intensidad de dolor**, entre el día 1 y el día 26 de tratamiento. Se utilizó una EVA del dolor del 0 (no dolor) al 10 (máximo dolor). Al finalizar las 4 semanas de tratamiento, se pidió a los participantes del grupo de VG que rellenaran un cuestionario de **satisfacción sobre la intervención**. Además, se recogieron datos sobre el **estado funcional de los participantes y la eficacia en el automanejo del dolor** tanto antes como después del tratamiento, así como a los 6 meses postintervención. En el presente informe de evaluación se ha considerado el desenlace relativo a la intensidad del dolor.

La muestra aleatorizada consistió en 65 pacientes con fibromialgia, con una edad de entre 22 y 76 años (edad media de 47,3 años en grupo intervención y 47,7 años en GC). Solo participó un hombre; todas las demás participantes fueron mujeres. El 63 % de los participantes estaban casados o viviendo en pareja; el 68 % tenían un empleo y trabajaban entre 16 y 32 horas semanales. El tiempo medio tras el diagnóstico era de 2,2 años (DE=1,8). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características basales de los grupos.

El ECA de **Menzies y col., 2014 (16)** es un estudio llevado a cabo en los EE. UU. con el objetivo de investigar los efectos de la VG en la autoeficacia, estrés percibido, y factores bioconductuales en mujeres diagnosticadas con fibromialgia.

Los criterios de inclusión establecidos eran: ser mujer mayor de 18 años diagnosticada con fibromialgia de acuerdo con los criterios del Colegio Americano de Reumatología del 1990, sin condiciones psiquiátricas o neurológicas mayores que pudieran interferir con el estudio, y con la habilidad para entender y firmar el consentimiento informado y completar los cuestionarios del estudio. Personas con otras condiciones reumatológicas sistémicas, historia de epilepsia, condiciones psiquiátricas con historia de psicosis, pacientes inmunocomprometidos (ej. VIH/SIDA), con tratamiento con corticosteroides, o pacientes embarazadas, fueron excluidas del estudio. Se reclutaron las participantes mediante folletos distribuidos en las consultas médicas y clínicas afiliadas con el sistema de salud de Virginia Commonwealth University. Se aleatorizaron 72 participantes (36 por grupo) y se analizaron un total de 64 (30 del grupo intervención y 34 del GC).

La intervención consistió en la práctica de la VG, de forma individual y autoadministrada, como complemento a las prácticas clínicas habituales. Las participantes podían hacer tantas sesiones de VG como desearan, con un mínimo de 1 sesión diaria. Cada sesión tenía una duración de 20 minutos. En las semanas 1 y 2 practicaban la VG con el apoyo de una grabación centrada en la relajación y la sensación global de bienestar; en las semanas 3 y 4 utilizaron una grabación centrada en sensaciones positivas, visualizando escenas placenteras y lugares seguros de su propia elección que

les permitieran evocar una sensación de calma y rejuvenecimiento; en las semanas 5 y 6, escucharon una tercera grabación que les invitaba a imaginar su sistema inmunitario en un estado de bienestar y actividad óptimos. El objetivo final era conseguir que las participantes se sintieran en un estado de bienestar mejorado. Entre las semanas 7 y 10, las participantes podían usar las grabaciones que prefirieran y en cualquier orden. Para evaluar la adherencia al tratamiento, se pidió a las participantes que mantuvieran un registro de las sesiones; además, recibieron una llamada telefónica semanal para resolver dudas y para confirmar el seguimiento de los protocolos del estudio. El GC siguió con sus prácticas habituales (no especificadas).

Se midieron la **autoeficacia en el manejo de los síntomas** y el **estrés percibido**, así como factores bioconductuales (**fatiga, dolor, depresión**) y **biomarcadores inmunológicos** en sangre (citoquinas, proteína C reactiva) antes del inicio de la intervención, así como a las 6 y a las 10 semanas. En relación con el dolor, se midieron la **intensidad** del mismo y la **interferencia del dolor en las actividades diarias**, con relación a las 24 horas anteriores al momento de medida. Se utilizó el cuestionario abreviado *Brief Pain Inventory* (BPI), con una escala del 0 al 10 (mayor puntuación, mayor intensidad o interferencia del dolor). Estos 2 últimos desenlaces son los incluidos en el presente informe de evaluación.

La población de estudio tenía una edad promedio de 44,5 años (DE: 13,1) en el grupo de VG y de 49,1 (DE: 12,4) en el GC; había un 50 y un 59 % de mujeres casadas o con pareja en el grupo de VG y GC, respectivamente. La mitad de las participantes en cada grupo tenían un empleo. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a las características basales evaluadas.

Artritis reumatoide

El ECA de **Nia y col., 2018 (19)**, tuvo lugar en 2016 en una clínica de Irán. El objetivo era comparar el efecto de la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares con la VG en la intensidad del dolor en pacientes con **artritis reumatoide**. El estudio también incluía un tercer grupo, el GC, que consistía en pacientes en lista de espera que seguían con sus cuidados habituales. En el presente informe se han analizado los resultados relativos al grupo que practicó la VG y los resultados del GC.

Los criterios de inclusión eran el diagnóstico de artritis reumatoide por parte de un reumatólogo, existencia de dolor, dolor intenso según la escala de medida del dolor aplicada, habilidad para llevar a cabo la intervención e interés en participar en el estudio. Se excluyeron pacientes con dolor leve en la escala de medida del dolor aplicada, falta de interés en participar, problemas de audición o visión, memorias negativas de parajes naturales y bosques, y aquellos que hubieran cambiado de país o hubieran fallecido. Se seleccionaron 75 pacientes, referidos a la clínica reumatológica, mediante

muestreo de conveniencia, y se distribuyeron en 3 grupos (2 intervención, 1 control) con 25 pacientes por grupo, mediante aleatorización por bloques. Todos los participantes completaron el estudio.

La intervención con VG consistió en la realización de 6 sesiones individuales, 1 por día, a las 7 de la tarde y en una habitación silenciosa de la misma clínica, con los participantes sentados cómodamente y con los ojos cerrados. Mediante una grabación de 30 minutos de duración, se incitaba al paciente a centrarse en su respiración abdominal, inspirando a través de la nariz y expirando por la boca. Cuando los pensamientos se dispersaban, se instruía al paciente a recuperar la atención en la respiración y su cuerpo relajado. Entonces se iniciaba la imaginación de escenarios tales como un bosque, el cielo azul, una nube calmada, el sonido del viento entre los árboles, el fluir del agua y el sonido de los pájaros. A su vez, se animaba al paciente a centrarse en la respiración, la relajación, pensar en sus parajes favoritos y en la sensación de relajación y bienestar. Se pidió a los participantes que también escucharan esta grabación justo antes de irse a dormir, y se monitorizó la adherencia telefónicamente. El GC consistió en 25 pacientes en lista de espera, que seguían con sus prácticas habituales (no especificadas).

Se midió la **intensidad del dolor** mediante la escala del dolor en artritis reumatoide (RAPS). Esta escala comprende 24 elementos que miden las subescalas fisiológica, afectiva, sensorial-discriminativa y cognitiva del dolor. Cada elemento se puntúa del 0 (nunca) al 6 (siempre) en una escala de Likert, con una puntuación total mínima de 0 y máxima de 144. En todos los grupos, la medida tuvo lugar 1 semana antes del inicio de la intervención y 2 semanas después. Los 4 desenlaces se han tenido en consideración para el presente informe.

Los 75 pacientes tenían una edad promedio de 45,4 años (DE=11,3). Un 85,3 % (n=64) eran mujeres y un 86,7 estaban casados. El tiempo medio de diagnóstico y tratamiento era de 88,8 (DE=85) y 75,6 (DE=67,6) meses, respectivamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Dolor crónico en personas mayores

El ECA de **Elsegood y col., 2012 (6)** tuvo lugar en una residencia de personas mayores del norte de Tailandia. El objetivo era evaluar si la VG, como complemento a las actividades habituales, conseguía mejorar el estado afectivo, la cognición y el dolor en los residentes.

Se incluyeron participantes que estuvieran dispuestos a participar en la VG regularmente durante 16 días, capaces y dispuestos a mantenerse sentados durante 20 minutos, sin limitaciones auditivas mayores, sin síntomas psicóticos, físicamente capaces de desplazarse a la sala donde iba a realizarse la VG, y sin limitaciones cognitivas significantes. Los residentes

con limitaciones cognitivas importantes fueron excluidos. Se aleatorizaron un total de 31 participantes en 2 grupos (15 en el grupo de VG y 16 en el GC). Un participante del grupo intervención abandonó el estudio y no se incluyó en los análisis.

La intervención consistió en la práctica de la VG además como complemento a las actividades habituales (ejercicio físico, karaoke, películas, juegos). Durante 16 días, se realizaban 1 o 2 sesiones de VG grupales por día. Los residentes en el grupo de VG podían asistir a tantas sesiones como desearan (en total asistieron a una media de 14,25 sesiones, con un rango de 8 a 19). A lo largo de los 16 días se alternaron 10 grabaciones distintas, diseñadas por los autores basándose en hallazgos en la literatura; estas estaban guiadas por profesionales de enfermería, duraban entre 10 y 20 minutos (la mayoría alrededor de 20 minutos) y se acompañaban de música relajante. Cada grabación empezaba por una fase de relajación y respiración lenta. A continuación, se pedía a los participantes que imaginaran una escena placentera (ej. una playa) y que usaran sus sentidos para experimentar la escena. La grabación también incitaba a sentir ciertas sensaciones (ej. “mientras respiras, la tensión de tus músculos desaparece”, “te sientes bien”, etc.). No se incluyó ningún contenido relacionado con el dolor. El GC siguió únicamente las actividades habituales.

Se midió el **dolor** habitual en los 5 días anteriores al momento de medida, utilizando la *Numerical Rating Scale*, escala en la cual los participantes sitúan su dolor en una línea horizontal numerada del 0 (no dolor) al 10 (máximo dolor). Se calculó la diferencia entre el valor pretratamiento y el valor postratamiento. Además, se midió el **estado cognitivo**, la **depresión**, la **ansiedad** y el **estrés**, desenlaces no incluidos en el presente informe.




Los participantes tenían una edad promedio de 73 años (DE: 6,74) y el 60 % tenían escolarización básica. Participaron un 38 % y un 47 % de hombres en el grupo de VG y en el GC, respectivamente. Reportaron un dolor crónico basal de leve a moderado. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características basales de los participantes en ambos grupos.

IV.1.2 Calidad metodológica de los estudios incluidos

La Tabla 2 muestra gráficamente un resumen de la valoración del riesgo sesgo de los estudios incluidos para cada uno de los desenlaces considerados en el presente informe. Los resultados completos de la valoración con la herramienta RoB2 de la Colaboración Cochrane se encuentran en el **Anexo 6**.

Tabla 2. Resumen del riesgo de sesgo de los estudios incluidos de acuerdo con la herramienta Rob2 de la Colaboración Cochrane.

Estudio	Intervención	Control	Desenlace	D1	D2	D3	D4	D5	Global
Abdoli 2012	VG + terapia farmacológica individualizada	Terapia farmacológica individualizada sin VG	Intensidad cefaleas	+	+	+	-	!	-
			Frecuencia cefaleas	+	+	+	-	!	-
			Duración cefaleas	+	+	+	-	!	-
Onieva Zafra 2015	VG	GC (no especificado)	Intensidad del dolor (EVA)	!	+	+	-	!	-
			Experiencia subjetiva del dolor: dominio sensorial	!	+	+	-	!	-
			Experiencia subjetiva del dolor: dominio afectivo	!	+	+	-	!	-
			Experiencia subjetiva del dolor: dominio evaluativo	!	+	+	-	!	-
Verkaik 2014	VG	GC sin VG	Intensidad del dolor (EVA)	+	+	+	-	!	-
Menzies 2014	VG como complemento a prácticas habituales	GC con práctica clínica habitual	Severidad del dolor (BPI)	!	+	-	-	!	-
			Interferencia dolor actividades diarias (BPI)	!	+	-	-	!	-
Nia 2018	VG	GC en lista de espera, cuidados habituales	Severidad dolor, subescala fisiológica (RAPS)	!	+	+	-	!	-
			Severidad dolor, subescala afectiva (RAPS)	!	+	+	-	!	-
			Severidad dolor, subescala sensorial-discriminativa (RAPS)	!	+	+	-	!	-
			Severidad dolor, subescala cognitiva (RAPS)	!	+	+	-	!	-
Elsgeood 2012	VG como complemento a prácticas habituales	GC con práctica clínica habitual	Índice de dolor (Numerical Rating Scale)	!	+	+	-	!	-

	Riesgo de sesgo bajo	D1	Proceso de randomización
	Riesgo de sesgo incierto	D2	Desviaciones de las intervenciones previstas
	Riesgo de sesgo alto	D3	Datos faltantes
		D4	Medición del desenlace
		D5	Selección del resultado reportado

Todos los estudios presentaron un riesgo de sesgo alto. Esto fue debido en todos los casos a un riesgo alto en el dominio 4 de la evaluación del riesgo de sesgo (D4: medición del desenlace). Concretamente, el desenlace estudiado (dolor) fue autorreportado por los pacientes; este hecho, junto a que ninguno de los estudios, por la propia naturaleza de la intervención, pudo hacer cegamiento de los participantes, conlleva la posibilidad de que la medición del desenlace resultara afectada por el conocimiento de la intervención recibida. Además, en todos los estudios se consideró que había ciertas inquietudes en la valoración del dominio 5 (D5: selección del resultado reportado) debido a que no se aportó un plan de análisis estadístico que permitiera verificar si los datos fueron analizados de acuerdo a un plan establecido previamente al momento del análisis. En este sentido, aunque dos estudios sí hacían referencia a un protocolo publicado, en un caso dicho protocolo ya no era accesible (15) y en el otro el protocolo no recogía el plan de análisis (19). En el dominio 3 (D3: datos faltantes), todos los estudios, a excepción de **Menzies y col. (16)**, presentaron un riesgo de sesgo bajo. En el dominio 2 (D2: desviaciones de las intervenciones previstas), el riesgo de sesgo también fue bajo, para todos los estudios.

IV.2. Descripción y análisis de resultados

IV.2.1 Seguridad

A continuación, se presentan los resultados sobre la seguridad de la VG para cada una de las indicaciones evaluadas, en comparación con el tratamiento habitual de referencia o la ausencia de tratamiento.

Cefalea tensional crónica

En el ECA de **Abdoli y col., 2012 (20)** no se reportó ningún evento adverso de forma espontánea durante el estudio.

Fibromialgia

En los ECA de **Onieva-Zafra y col., 2015 (9)**, **Verkaik y col., 2014 (15)** y **Menzies y col., 2014 (16)** no se estudiaron desenlaces de seguridad.

Artritis reumatoide

En el ECA de **Nia y col., 2018 (19)** no se estudiaron desenlaces de seguridad.

Dolor crónico en personas mayores

El ECA de **Elsegood y col., 2012 (6)** no se estudiaron desenlaces de seguridad.

IV.2.2 Eficacia

A continuación, se presentan los resultados sobre la eficacia de la VG con respecto a los desenlaces de dolor, para cada una de las indicaciones evaluadas, en comparación con el tratamiento habitual de referencia o la ausencia de tratamiento.

Cefalea tensional crónica

En el ECA de **Abdoli y col., 2012 (20)**, todos los participantes mostraron una disminución de la **intensidad, frecuencia y duración de las cefaleas** a lo largo del periodo de estudio. Las comparaciones entre grupos permitieron demostrar que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los cambios observados en los dos grupos que practicaron la VG (bien con apoyo de grabaciones o con memorias placenteras), mientras que estos cambios fueron superiores, de forma estadísticamente significativa, a los observados en el GC. Concretamente, el valor terapéutico, expresado como el porcentaje de cambio pre y postratamiento en cada grupo, fue 88,13 % y 87,01 % en los grupos de VG con audio y con memorias positivas, respectivamente, y 26 % en el GC para el desenlace de **intensidad** de las

cefaleas. Para el desenlace de **frecuencia** de cefaleas, el valor terapéutico fue del 78,21 % y 71 % en los grupos de VG y del 33,3 % en el GC, y para el desenlace de **duración** de las cefaleas fue del 80,1 % y 74,9 % en los grupos de VG frente al 47,2 % en el GC.

Fibromialgia

En **Onieva-Zafra y col., 2015 (9)**, los 28 participantes en el grupo de VG reportaron a las 4 semanas una reducción significativa de la intensidad del dolor medida con la EVA (de 7,66 a 5,89; $p=0,046$), así como una reducción en las puntuaciones en los subdominios sensorial (de 17,4 a 16,8; $p=0,042$) y sensorial más afectivo (valores no reportados; $p=0,049$) del dolor medidos con el MPQ-LF. A las 8 semanas, siguió detectándose una reducción significativa en el dominio sensorial del dolor (de 17,4 a 16,3; $p=0,048$) pero no en la intensidad del mismo (de 7,66 a 8,05; $p=0,134$). En el GC no se encontraron cambios estadísticamente significativos a lo largo de las 8 semanas de tratamiento en ninguno de los 3 subdominios del dolor.

Verkaik y col., 2014 (15) no observaron, ni en el grupo de VG ni en el GC, ningún cambio estadísticamente significativo en la **intensidad del dolor**, medida con la EVA del dolor, entre el primer y último día de tratamiento: se pasó de intensidad 5,84 (IC 95 %: 5,04 - 6,58) en el día 1 a 5,37 (IC 95 %: 4,57 - 6,18) en el día 26 en el grupo de VG, y de intensidad 5,88 (95 % IC: 5,31 - 6,32) en el día 1 a 5,33 (IC 95 %: 4,71 - 5,93) en el día 26 en el GC. Tampoco se observaron diferencias entre grupos. A pesar de estos resultados, el 85 % de los participantes en el grupo de VG declararon que **recomendarían las sesiones** de VG a sus familiares y amigos, y el 96 % consideró la VG **aplicable** a su vida diaria.

Los resultados de **Menzies y col., 2014 (16)** muestran que, en el grupo de VG, el dolor medido con el BPI pasó de una **intensidad** de 5,3 (DE=0,39) al inicio de la intervención a una de 4,7 (DE=0,39) a las 6 semanas y 4,6 (DE=0,39) a las 10 semanas. Estos cambios fueron mayores, de forma estadísticamente significativa, que los observados en el GC, donde el dolor pasó de 4,7 (DE=0,37) al inicio de la intervención a 4,9 (DE=0,37) a las 6 semanas y 5,1 (DE=0,37) a las 10 semanas. En cuanto a la interferencia con las actividades diarias por el dolor, en el grupo de VG también se observó una disminución en las puntuaciones medias basales hasta las 6 y 10 semanas, pero la comparación con el GC no alcanzó la significación estadística. Concretamente, las participantes del grupo de VG pasaron de una puntuación media en la interferencia por el dolor de 5,5 (DE=0,50) al inicio de la intervención a una interferencia de 4,5 (DE=0,50) a las 6 semanas y de 4,2 (DE=0,50) a las 10 semanas.

Artritis reumatoide

El ECA de **Nia y col., 2018 (19)**, en cuanto a la **eficacia**, los resultados muestran una disminución de la **intensidad del dolor** (aumento de las puntuaciones) en las 4 subescalas del dolor medidas con el cuestionario RAPS, después de la intervención con VG en comparación con las medidas previas a la intervención. En cambio, los cambios en el mismo periodo no son estadísticamente significativos en el GC. Concretamente, en la escala fisiológica del dolor, la diferencia pre y postintervención (expresada como diferencia de medias) fue de -10,2 (DE=3,3) en el grupo de VG y de -0,4 (DE=2,9) en el GC; en la escala afectiva, las diferencias de medias eran de -7,1 (DE=2,2) en el grupo de VG y de 0 (DE=0,4) en el GC; en la escala sensorial-discriminativa los valores eran de -20,6 (DE=5,3) en el grupo de VG y de -1,2 (DE=3,8) en el GC, y finalmente, en la escala cognitiva, se encontraron unos valores de -17,7 (DE=4) y de -1 (DE=2,5), en el grupo de VG y GC, respectivamente.

Las comparaciones entre grupos, por otro lado, no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la intensidad del dolor medida al inicio de la intervención, pero sí al final de la misma. Concretamente, en el grupo de VG hubo una reducción del dolor mayor que en el GC ($p=0,001$) en todas las subescalas.

Dolor crónico en personas mayores

El ECA de **Elsegood y col., 2012 (6)** reportó un cambio en el índice de dolor medido de acuerdo con la *Numerical Rating Scale* pre- vs. postratamiento de -0,56 (DE=3,58) en el grupo de VG y de 1,9 (DE=4,04) en el GC ($p=0,079$). Las diferencias entre grupos no fueron estadísticamente significativas.

IV.3. Estudios en marcha

La búsqueda de los estudios en marcha recuperó 118 registros. De estos, se identificó un estudio que cumplía con los criterios de inclusión establecidos en el presente informe (**Tabla 3**).

Tabla 3. Costes de las estrategias para la detección de CMVc

Autor, año y/o número de registro	Objetivo primario	Intervención y población estudiadas	Diseño del estudio	Investigador principal Localización	Estado Fecha prevista de finalización
NCT03100487 (25)	Determinar si la VG, en comparación con ejercicios de respiración profunda, ambas intervenciones guiadas por grabaciones de audio, mejora los síntomas de dolor abdominal y malestar psicosocial en niños con condiciones de dolor gastrointestinal funcional, en el contexto de la atención primaria.	VG administrada al menos 5 días a la semana, durante un periodo de 8 semanas. Niños de entre 8 y 12 años de edad con dolor abdominal funcional.	ECA	John M. Hollier (Baylor College of Medicine) Texas Children's Hospital	En junio 2023, el estudio se encontraba en estado activo, no reclutando En diciembre 2024, tras la fase de revisión por parte del Ministerio, se ha revisado el estado del estudio. Este se encuentra completado, sin resultados publicados.

V. Discusión

V.1. Discusión de la metodología

Se ha realizado una RS de ECA sobre la seguridad y eficacia de la VG en el tratamiento del dolor crónico. Los estudios incluidos abordaban la cefalea tensional crónica, el dolor por fibromialgia, el dolor por artritis reumatoide, y el dolor crónico en personas mayores.

Por lo general, las sesiones de VG suelen empezar con una fase o ejercicio de relajación para centrar la atención y reducir la tensión del individuo. Esta fase puede incluir ejercicios de respiración, la visualización de un lugar donde el individuo se sienta calmado, seguro, feliz y relajado. Después, la sesión sigue con la VG propiamente dicha. Esta puede acompañarse de música suave, y narraciones o imágenes calmadas para mantener el estado de relajación (20). De acuerdo con lo anterior, en el presente informe se han considerado como incluíbles estudios donde la práctica de la VG pudiera acompañarse de una fase de relajación, con o sin música. Sin embargo, se han excluído aquellos estudios en que la relajación o la música conformaban una parte considerable de la intervención, ya que estos estudios no permiten disgregar los efectos de la relajación/música de los de la VG. Esta valoración se ha hecho de forma cegada, entre dos autoras, y de la manera lo más objetiva posible, teniendo en cuenta la duración y/o complejidad de las terapias que acompañan la VG. Igualmente, se han excluído aquellos estudios donde la VG se practica como parte de una intervención multicomponente como sería la terapia cognitivo-conductual o meditación y *mindfulness*. El establecimiento de estos criterios de selección ha permitido, pues, investigar la seguridad y eficacia de la VG por sí misma, lo cual es necesario a la hora de establecer la seguridad y eficacia de una técnica con pretendida finalidad terapéutica. Sin embargo, conviene reconocer que la RS realizada no permite sacar conclusiones acerca de la utilidad de la VG cuando esta es utilizada como parte de un programa multicomponente o acompañada de otras intervenciones. En este sentido, los dos agentes de interés que participaron en el informe aportando información mencionaron precisamente que la VG no suele practicarse de manera independiente, sino como parte de terapias multicomponente.

En relación con los desenlaces, se han identificado y analizado aquellos que están directamente relacionados con el dolor, como la intensidad y duración del mismo, o la interferencia del dolor con las actividades diarias.

Como limitaciones del presente informe se incluye la aplicación de un filtro temporal de 10 años que implica no haber revisado la evidencia

publicada con anterioridad al año 2012, así como la exclusión de estudios publicados en idiomas distintos al inglés, castellano y catalán.

V.2. Discusión de la seguridad

Ninguno de los estudios incluidos en el presente informe preespecifica que se hayan analizado los efectos adversos de la intervención. **Abdoli y col.** mencionan, en sus resultados, que no se reportaron efectos adversos durante el estudio (20), mientras que los demás estudios incluidos no mencionan ningún resultado de seguridad (6, 9, 15, 16, 19).

V.3. Discusión de la eficacia

Se han identificado 6 ECA que estudian la eficacia de la práctica de la VG para el tratamiento del dolor crónico. El tamaño de muestra en los estudios fue moderado y ningún estudio reporta la realización de un cálculo de tamaño de muestra previo. No fue posible aplicar un cegamiento de los participantes debido a la propia naturaleza de la intervención; este hecho contribuyó a que los 6 estudios tuvieran un riesgo de sesgo potencialmente alto, ya que la variable de desenlace estudiada es exclusivamente sobre salud autorreportada. Se han identificado estudios en únicamente 4 indicaciones (cefalea tensional crónica, fibromialgia, artritis reumatoide, dolor crónico de causa no especificada en personas mayores). En 3 de estas indicaciones se ha identificado únicamente 1 estudio, con lo que los hallazgos no se consideran representativos ni concluyentes. En la indicación restante se han identificado 3 estudios, pero con resultados heterogéneos. Dado que las sesiones de VG suelen ser autoadministradas, el equipo autor del presente informe recomienda, de cara a futuros estudios, monitorizar la adherencia de los pacientes a la intervención para poder investigar la influencia de la misma en los resultados, así como realizar un seguimiento suficiente de los pacientes para poder establecer la duración de los efectos conseguidos.

Con respecto a las fortalezas y limitaciones prácticas de la técnica, en la literatura se reconoce que la VG puede requerir más dedicación por parte del paciente que otras alternativas (p. ej. la toma de fármacos), ya que se deben invertir unos 20 minutos por sesión, en un entorno calmado y sin interrupciones. Aun así, una vez aprendida la técnica, el paciente la puede utilizar fácilmente y a demanda, de forma individual o combinada con otras terapias.

A continuación, se discuten los resultados individuales de cada uno de los estudios incluidos, organizados por indicación.

Cefalea tensional crónica

Los resultados del estudio de **Abdoli y col. (20)** muestran que la práctica de la VG con grabaciones o con memorias positivas, 3 veces a la semana durante 3 semanas y en combinación con la terapia farmacológica individualizada habitual, es posiblemente más efectiva que la terapia farmacológica sola a la hora de reducir la intensidad, frecuencia y duración de las cefaleas en los pacientes del estudio. Los autores del estudio discuten que estos resultados están en consonancia con otros estudios que demuestran que este tipo de terapias alternativas alivian los síntomas de las cefaleas crónicas.

Como limitaciones, los autores señalan que el periodo de seguimiento fue corto, de tan solo 3 semanas. Se necesitaría un seguimiento más largo para determinar los beneficios a largo plazo de la VG. Además, los pacientes no tenían unos niveles de dolor basales muy altos. Por tanto, se desconoce la aplicabilidad de los resultados a pacientes con puntuaciones de dolor más elevadas. En cuanto a la técnica, los autores reconocen que la VG requiere más dedicación por parte del paciente que la toma de fármacos, ya que se deben invertir unos 20 minutos cada vez, en un entorno calmado y sin interrupciones. Aun así, una vez aprendida la técnica, el paciente la puede utilizar fácilmente y a demanda, de forma individual o combinada con otras terapias. Por eso, consideran que es una técnica simple, efectiva y económica que puede contribuir a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Fibromialgia

El estudio de **Onieva-Zafra y col., 2015 (9)** muestra que la práctica diaria o casi diaria de la VG durante 8 semanas tiene efectos estadísticamente significativos sobre la intensidad del dolor y los subdominios sensorial y sensorial más afectivo del dolor durante 4 semanas, así como sobre el dominio sensorial del dolor a las 8 semanas; así, podría ser una modalidad apropiada para el alivio del dolor. Según argumentan los autores del estudio, la VG podría presentar ciertas ventajas al ser una práctica económica, simple de implementar, siempre disponible y que no requiere de grandes inversiones de recursos económicos y de formación para poderla incorporar en el cuidado de los pacientes con fibromialgia. Además, no produce efectos secundarios y puede aportar a los pacientes una sensación de control sobre sus síntomas generales.

Como limitaciones, los autores del estudio destacan que no hubo cegamiento de participantes ni investigadores. Además, aunque se pidió a los participantes que registraran el seguimiento del tratamiento, no se pudo garantizar que hubiera adherencia al mismo ni que este se realizara de forma correcta. Además, pudo haber factores fuera del control de los investigadores que hubieran influenciado los resultados del estudio, tales como factores ambientales, particulares de los participantes, o relacionados

con el estrato social de los mismos. Cabe destacar que el estudio no valora posibles motivos para la disminución del efecto de la VG a las 8 semanas en comparación con las 4 semanas. El grupo evaluador, autor del presente informe, valora la posibilidad de que estos resultados estén relacionados con una disminución de la adherencia a la intervención a lo largo del tiempo.

Verkaik y col., 2014 (15) no pudieron demostrar una reducción en la intensidad del dolor con la práctica de la VG durante 4 semanas. El estudio discute los posibles factores que han podido influir en los resultados: 1) se midió el dolor al final del día, y no durante e inmediatamente después de realizar la VG; según los autores, existe evidencia de que la VG puede ser efectiva en el mismo momento en que se realiza; 2) las grabaciones que guiaron la intervención tenían contenido referente al dolor; en cambio, otros estudios que han encontrado efectos positivos de la VG contienen ejercicios con visualización positiva, en la que no hay referencia al dolor ni a aspectos negativos (26); 3) para una mayor efectividad, puede ser necesario el apoyo de un entrenador o cuidador durante la práctica de la VG, y prolongar los ejercicios durante más de 4 semanas (27); 4) podría ser beneficioso no centrarse únicamente en el dolor crónico sino también en síntomas como la fatiga o los problemas de sueño que afectan la vida diaria de los pacientes de fibromialgia, de forma igual o más intensa que el dolor en sí mismo; 5) los participantes en este estudio podrían tener una experiencia previa con las terapias alternativas mayor que los participantes de otros estudios (27), lo que podría haber dificultado encontrar un efecto positivo de la intervención. Finalmente, cabe señalar que, entre las medidas pre- y postratamiento a las 4 semanas, 4 participantes en cada uno de los grupos abandonaron el estudio. De cualquier forma, no se encontraron diferencias en las características basales de estos participantes y aquellos que completaron el estudio.

El estudio de **Menzies y col., 2014 (16)** demuestra que la VG, practicada de forma diaria durante 10 semanas, disminuye la intensidad del dolor en mujeres con fibromialgia de forma más acusada que la práctica clínica habitual sin VG. En cambio, el estudio no logra demostrar que la VG sea superior a la práctica clínica habitual a la hora de disminuir la interferencia del dolor en las actividades diarias.

Los autores del estudio consideraron que sus resultados contribuyen a apoyar el potencial uso de la VG como terapia adjunta en el manejo del dolor en la fibromialgia, considerando también el hecho de que la VG es una intervención de bajo coste, simple de usar y fácilmente accesible. Dos limitaciones mencionadas en el estudio es que no se utilizó un GC activo (solo uno que siguió con su práctica habitual), lo que pudo tener una influencia en los resultados, y que no se pudo garantizar la plena adherencia al tratamiento por parte de todas las participantes del grupo intervención, ya que 40 % de ellas no registraron sus sesiones, tal y como establecía el protocolo.

Artritis reumatoide

El ECA de **Nia y col., 2018 (19)** demostró que, en pacientes con artritis reumatoide, la VG practicada durante 6 sesiones se asociaba a una disminución estadísticamente significativa de la intensidad del dolor (en las subescalas fisiológica, afectiva, sensorial-discriminativa y cognitiva) al final del periodo de estudio, mientras que esto no ocurría en el GC que seguía recibiendo sus cuidados habituales.

Los autores del estudio hipotetizan que la VG activa el sistema nervioso central, y que dicha activación puede contribuir a reducir o eliminar los síntomas de dolor. La VG podría romper el círculo dolor-tensión-ansiedad-dolor. Además, la relajación obtenida con la VG podría reducir el dolor directamente vía una reducción de la tensión muscular y los espasmos asociados. Los mismos autores consideran que la VG se trata de una técnica simple, coste-efectiva y no agresiva que podría implementarse fácilmente en la práctica habitual.

Como limitaciones, se menciona que el estudio se centró en pacientes con artritis reumatoide en fase de remisión y que, por tanto, no se pueden extraer conclusiones relativas al efecto de la VG en pacientes en fase de relapso. Además, los participantes se seleccionaron con el método de conveniencia, y el tamaño muestral fue pequeño. Por último, no pudo estudiarse el efecto placebo, pues no hubo un GC sometido a una intervención placebo. De cara a futuros estudios, los autores recomiendan considerar un GC con placebo, p. ej. relajación sin VG o escucha de una grabación neutra.

Dolor crónico en personas mayores

En el ECA de **Elsegood y col., 2012 (6)**, una intervención de VG practicada en grupo durante 16 días en personas mayores internadas en una residencia no logró mejorar el dolor crónico de las mismas. Según los autores, la ausencia de efecto en la reducción del dolor puede deberse a la naturaleza del dolor de los participantes o bien al formato de la intervención. Por ejemplo, estudios previos en pacientes con dolor crónico han utilizado una VG diseñada específicamente para cada paciente individual y tipo de dolor; a menudo el paciente practica la VG a demanda en respuesta al dolor o previamente a realizar actividades potencialmente dolorosas. Es posible que la realización de la VG en grupo, en horarios fijos, y con grabaciones no personalizadas, no sea una forma efectiva en el abordaje del dolor crónico. Además, cabe mencionar que la sala en que se impartió la intervención era muy calurosa, y esto pudo haber dificultado la relajación y pleno bienestar de los participantes.

VI. Conclusiones

Seguridad clínica

No existe evidencia sobre la seguridad de la VG en el abordaje del dolor crónico. A pesar de que en la literatura revisada en general se considera la VG como una técnica segura, no se hallaron estudios que reportaran resultados de seguridad de la misma.

Eficacia clínica

Existe evidencia limitada sobre la eficacia terapéutica de la VG en el abordaje del dolor crónico. Concretamente, se han identificado 6 ECA que investigan los efectos de la VG para el control de la cefalea tensional crónica (20), la fibromialgia (9, 15, 16), el dolor en artritis reumatoide (19), y el dolor crónico en personas mayores (6). Todos los estudios tenían un riesgo de sesgo alto debido sobre todo al hecho de que el desenlace de dolor era autorreportado por el paciente y no había cegamiento en relación con la intervención aplicada a cada grupo. Esto comporta la posibilidad de que la valoración del dolor se haya visto sesgada por el conocimiento de la intervención recibida y las expectativas relativas a la misma.

Conclusión

La revisión de la evidencia llevada a cabo en el presente informe indica que por el momento no es posible establecer conclusiones definitivas sobre la seguridad y eficacia de la VG en las indicaciones evaluadas.

Contribución de los autores

La Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) ha contado con un grupo de trabajo para la realización de este informe técnico, formado por técnicos de evaluación de tecnologías sanitarias, así como por un documentalista. El grupo de trabajo ha llevado la planificación y el diseño del estudio, el desarrollo de la estrategia de búsqueda y la consulta en las diferentes bases de datos, la selección de los estudios, la extracción de los datos, la lectura crítica de los estudios, la síntesis de la evidencia, la redacción del presente informe y la revisión interna del mismo. Se ha contado con supervisión metodológica y con supervisión de la responsable final del estudio, quienes han realizado una revisión final del informe.

Este informe técnico ha sido leído y aprobado por todos los autores y las autoras.

Correo electrónico de contacto: ATiO.aquas@gencat.cat

Declaración de intereses

Los autores y las autoras del presente informe declaran no tener conflictos de intereses en relación con la tecnología 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. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>.
2. Resumen de las conclusiones del informe preliminar sobre las técnicas con pretendida finalidad sanitaria: Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: https://www.conprueba.es/sites/default/files/multimedia/documentos/informes-pseudoterapias_1_1.pdf.
3. Pieczynski J, Cosio D, Pierce W, Serpa JG. Mind-Body Interventions for Rehabilitation Medicine: Promoting Wellness, Healing, and Coping with Adversity. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*. 2020;31(4):563-75.
4. National Center for Complementary and Integrative Health. Relaxation Techniques: What You Need To Know. Disponible en: <https://www.nccih.nih.gov/health/relaxation-techniques-what-you-need-to-know>.
5. Terms Related to Complementary and Integrative Health | NCCIH.
6. Elsegood KJ, Wongpakaran N. The Effects of Guided Imagery on Affect, Cognition, and Pain in Older Adults in Residential Care. *Res Gerontol Nurs*. 2012;5(2):114-22.
7. González María E, Fuentelsaz Gallego C, Moreno Casbas T, Gil Rubio P, Herreros López P. Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer; 2013.
8. Guided Imagery | Current Medical Diagnosis & Treatment 2021 | AccessMedicine | McGraw Hill Medical.
9. Onieva-Zafra MD, García LH, Del Valle MG. Effectiveness of guided imagery relaxation on levels of pain and depression in patients diagnosed with fibromyalgia. *Holist Nurs Pract*. 2015;29(1):13-21.
10. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150(3699):971-9.
11. The Academy for Guided Imagery. Imagery Research. Disponible en: http://acadgi.com/about_sitemap/imageryresearch/.
12. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". 2014.
13. International Headache Society. Disponible en: <https://ihs-headache.org/en/>.
14. Fibromialgia [press release]. 2015. Disponible en: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/Fibromialgia.pdf>.
15. Verkaik R, Busch M, Koeneman T, van den Berg R, Spreeuwenberg P, Francke AL. Guided imagery in people with fibromyalgia: a randomized controlled trial of effects on pain, functional status and self-efficacy. *J Health Psychol*. 2014;19(5):678-88.
16. Menzies V, Lyon DE, Elswick RK, Jr., McCain NL, Gray DP. Effects of guided imagery on biobehavioral factors in women with fibromyalgia. *J Behav Med*. 2014;37(1):70-80.
17. Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Silva-Fernández L, Sivera F, Blanco FJ, Pérez Ruiz F, et al. Prevalencia de enfermedades reumáticas en población adulta en España (estudio EPISER 2016). Objetivos y metodología. *Reumatol Clin*. 2019;15(2):90-6.
18. Sociedad Española de Reumatología. Guipcar (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de los Pacientes con Artritis Reumatoide). 2019.

19. Nia NG, Afrasiabifar A, Behnammoghadam M. Comparing the effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with guided imagery on pain severity in patients with rheumatoid arthritis. *J Pain Res.* 2018;11:2107-13.
20. Abdoli S, Rahzani K, Safaie M, Sattari A. A randomized control trial: The effect of guided imagery with tape and perceived happy memory on chronic tension type headache. *Scand J Caring Sci.* 2012;26(2):254-61.
21. The EndNote Team. *EndNote.* EndNote 20 ed. Philadelphia, PA: Clarivate; 2013.
22. 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. *PLoS Med.* 2021;18(3):e1003583.
23. Sterne JAC, Savovic 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;366:14898.
24. robvis (visualization tool). Disponible en: <https://www.riskofbias.info/welcome/robvis-visualization-tool>.
25. Nct. Efficacy of Audio Recorded Guided Imagery vs Deep Breathing Exercises on Functional Gastrointestinal Pain Disorders; 2017. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT03100487?term=NCT03100487&rank=1>.
26. Fors EA, Sexton H, Götestam KG. The effect of guided imagery and amitriptyline on daily fibromyalgia pain: a prospective, randomized, controlled trial. *J Psychiatr Res.* 2002;36(3):179-87.
27. Menzies VS. Effects of guided imagery on outcomes of pain, functional status, and self-efficacy in persons diagnosed with fibromyalgia [Dissertation/thesis]; 2004. 229 p.

Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda en las bases de datos

Tabla A1. Estrategia de búsqueda en Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily 1946 to January 19, 2023

#	Búsqueda	Resultados
#1	Imagery, Psychotherapy/	2.246
#2	exp Imagination/	20.622
#3	(Imagery or "Directed Reverie" or "Reverie Therap*" or Imagination*).ab,ti.	22.319
#4	or/1-3	37.762
#5	exp Pain/	449.360
#6	((pain or pains) adj3 (chronic or recurrent or refractory or persistent or cancer or neuropathic*).ab,ti.	120.769
#7	Fibromyalgia/	9.689
#8	fibromyalgia.ab,ti.	12.036
#9	or/5-8	503.469
#10	4 and 9	1.035
#11	limit 10 to yr="2012 -Current"	462

Tabla A2. Estrategia de búsqueda en Embase

#	Búsqueda	Resultados
#1	'guided imagery'/exp	1.642
#2	'imagination'/exp	8.995
#3	imagery:ab,ti OR 'directed reverie':ab,ti OR 'reverie therap*':ab,ti OR imagination*:ab,ti	2.6287
#4	#1 OR #2 OR #3	31.515
#5	'pain'/exp	1.611.714
#6	((pain OR pains) NEAR/3 (chronic OR recurrent OR refractory OR persistent OR cancer OR neuropathic*)):ab,ti	178.874
#7	'fibromyalgia'/exp	24.677

Tabla A2. Estrategia de búsqueda en Embase (continuación)

#	Búsqueda	Resultados
#8	fibromyalgia:ab,ti	19.641
#9	#5 OR #6 OR #7 OR #8	1.634.180
#10	#4 AND #9	1.742
#11	#10 AND [2012-2021]/py NOT ('conference abstract':it OR 'conference paper':it OR 'editorial':it OR 'letter':it OR 'note':it)	701

Tabla A3. Estrategia de búsqueda en *Web of Science*

#	Búsqueda	Resultados
#1	TS=(Imagery OR "Directed Reverie" OR "Reverie Therap*" OR Imagination)	160.226
#2	TS=((pain or pains) NEAR/3 (chronic OR recurrent OR refractory OR persistent OR cancer OR neuropathic*)) OR (fibromyalgia)	163.411
#3	#2 AND #1	559
#4	#2 AND #1 (limit 2012-2022)	402

Tabla A4. Estrategia de búsqueda en Scopus

#	Búsqueda	Resultados
#1	TITLE-ABS-KEY((Imagery or "Directed Reverie" or "Reverie Therap*" or Imagination) AND ((pain or pains) W/3 (chronic or recurrent or refractory or persistent or cancer or neuropathic*)) OR fibromyalgia) AND PUBYEAR > 2011	418

Tabla A5. Estrategia de búsqueda en *Cochrane Library*

#	Búsqueda	Resultados
#1	MeSH descriptor: [Imagery, Psychotherapy] explode all trees	506
#2	MeSH descriptor: [Imagination] explode all trees	766
#3	((Imagery or "Directed Reverie" or "Reverie Therap*" or Imagination)):ti,ab,kw	3.792
#4	#1 or #2 or #3	3.986
#5	MeSH descriptor: [Pain] explode all trees	56.884
#6	((((pain or pains) NEAR/3 (chronic or recurrent or refractory or persistent or cancer or neuropathic*)):ti,ab,kw	28.202
#7	MeSH descriptor: [Fibromyalgia] explode all trees	1.618
#8	(fibromyalgia):ti,ab,kw	3.489
#9	#5 or #6 or #7 or #8	77.034
#10	#4 and #9 with Cochrane Library publication date from Jan 2012 to present	224

Tabla A6. Estrategia de búsqueda en Psyclnfo (EBSCO)

#	Búsqueda	Resultados
S1	((MAINSUBJECT.EXACT("Imagery") OR MAINSUBJECT.EXACT("Guided Imagery") OR MAINSUBJECT.EXACT("Imagination") OR tiab(Imagery OR "Directed Reverie" OR "Reverie Therap*" OR Imagination*)) AND ((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Pain") OR MAINSUBJECT.EXACT("Fibromyalgia") OR tiab(((pain OR pains) NEAR/3 (chronic OR recurrent OR refractory OR persistent OR cancer OR neuropathic*)) OR Fibromyalgia)))	218

Tabla A7. Estrategia de búsqueda en Epistemonikos

#	Búsqueda	Resultados
#1	(title:(Imagery OR "Directed Reverie" OR "Reverie Therap*" OR Imagination*) OR abstract:(Imagery OR "Directed Reverie" OR "Reverie Therap*" OR Imagination*)) AND (title:(((pain OR pains) AND (chronic OR recurrent OR refractory OR persistent OR cancer OR neuropathic*)) OR Fibromyalgia) OR abstract:(((pain OR pains) AND (chronic OR recurrent OR refractory OR persistent OR cancer OR neuropathic*)) OR Fibromyalgia))	95

Tabla A8. Estrategia de búsqueda en *International HTA Database*

#	Búsqueda	Resultados
#1	((Imagery or "Directed Reverie" or "Reverie Therap*" or Imagination*) AND ((pain or pains) AND (chronic or recurrent or refractory or persistent or cancer or neuropathic*)) OR fibromyalgia)	12

Anexo 2. Entidades invitadas a aportar evidencia científica

Tabla A9. Entidades invitadas a aportar evidencia científica

Entidades invitadas
SEMDOR : Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor
SEDolor : Sociedad Española del Dolor
Fundación Sine Dolor : Asociación de científicos, sanitarios, pacientes y familiares para hacer visible el dolor
FTN : Fundación de Terapias Naturales
APETP : Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas
COFENAT : Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales

Anexo 3. Entidades que aportaron evidencia científica

Tabla A10. Entidades que aportaron evidencia científica

Entidades invitadas
<u>SEMDOR</u> : Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor
<u>COFENAT</u> : Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales

Anexo 4. Listado de estudios excluidos

Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento.

Nº	Autor y año	Referencia completa	Motivo de exclusión
Provenientes de la búsqueda sistemática			
1	Bardia, 2006	Bardia A, Barton DL, Prokop LJ, Bauer BA, Moynihan TJ. Efficacy of complementary and alternative medicine therapies in relieving cancer pain: a systematic review. J Clin Oncol. 2006;24(34):5457-64.	Fecha
2	Gagne, 1996	Gagne JA. Commentary on The use of relaxation for the promotion of comfort and pain relief in persons with advanced cancer. AACN nursing scan in critical care. 1996;6(3):2-.	Fecha
3	Lewandowski, 2002	Lewandowski WA. Patterning of pain and power with guided imagery: an experimental study with persons experiencing chronic pain. Dissertation/ thesis. 2002:169 p.	Fecha
4	Menzies, 2004	Menzies VS. Effects of guided imagery on outcomes of pain, functional status, and self-efficacy in persons diagnosed with fibromyalgia. Dissertation/ thesis. 2004:229 p.	Fecha
5	Morone, 2007	Morone NE, Greco CM. Mind-body interventions for chronic pain in older adults: a structured review. Pain medicine (Malden, Mass). 2007;8(4):359-75.	Fecha
6	Ntr, 2010	Ntr. Guided imagery in patients with fibromyalgia. https://trialssearchwhooint/Trial2.aspx?TrialID=NTR2172 . 2010.	Fecha
7	Verkaik, 2011	Verkaik R, Busch M, Koeneman T, van den Berg R, Spreeuwenberg Peter MM, Francke Anneke L. Guided imagery in people with fibromyalgia: effects on pain, self-efficacy and functional status. Psychologie & gezondheid. 2011;39(5):282-91.	Fecha
8	Häuser, 2015	Häuser W, Bernardy K. Psychotherapeutic procedures for fibromyalgia syndrome. Z Rheumatol. 2015;74(7):584-90.	Idioma
9	Raudenska, 2012	Raudenska J. Model of cognitive-behavioral therapy in adult patients with chronic pain states of nonmalignant etiology. Cesk Psychol. 2012;56(5):473-87.	Idioma

Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento (continuación).

Nº	Autor y año	Referencia completa	Motivo de exclusión
10	Köllner, 2012	Köllner V, Hauser W, Klimczyk K, Kuhn-Becker H, Settan M, Weigl M, et al. Psychotherapy for patients with fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline. <i>Schmerz</i> . 2012;26(3):291-6.	Idioma
11	Köllner, 2017	Köllner V, Bernardy K, Greiner W, Krumbein L, Lucius H, Offenbächer M, et al. Psychotherapy and psychological procedures for fibromyalgia syndrome: Updated guidelines 2017 and overview of systematic review articles. <i>Schmerz</i> . 2017;31(3):266-73.	Idioma
12	Santos, 2012	Santos DSd, Carvalho ECd. Nursing interventions for the care of patients with arthritis: an integrative review. <i>Rev bras enferm</i> . 2012;65(6):1011-8.	Idioma
13	Actrn, 2019	Actrn. Developing a booster intervention to supplement complex interventions, focusing on interventions for chronic low back pain. A feasibility study. https://trialsearchwho.int/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12619000749101 . 2019.	Tipo de publicación
14	Aghakhani, 2021	Aghakhani N, Faraji N, Parizad N, Goli R, Alinejad V, Kazemzadeh J. Guided Imagery: An Effective and Practical Complementary Medicine Method to Alleviate Pain Severity and Pain-Related Anxiety During Dressing Change in Burn Victims. <i>Journal of Burn Care & Research</i> . 2022;43(3):756.	Tipo de publicación
15	Cahalan, 2013	Cahalan C, Loggia M, Kim J, Renella CB, Campbell C, Wasan A, et al. Effectiveness of mental imagery as a distractor from experimental and clinical pain in Fibromyalgia patients. <i>J Pain</i> . 2013;14(4):S94-S.	Tipo de publicación
16	Cox-Martin, 2019	Cox-Martin E, Trahan LH, Novy DM. Cognitive-Behavioral Interventions for Chronic Pain. MaikovichFong AK, editor. Abingdon: Routledge; 2019. 51-69 p.	Tipo de publicación
17	Hadjibalassi, 2015	Hadjibalassi M, Lambrinou E, Papastavrou E, Miltiadous P, Kyprianou T, Papathanassoglou E. Effects of a psycho-cognitive nursing intervention on critical care patients: pain and anxiety levels. <i>Connect: The World of Critical Care Nursing</i> . 2015;9(4):158-.	Tipo de publicación
18	Hartshorn, 2022	Hartshorn G, Browning M, Chalil Madathil K, Mau F, Ranganathan S, Todd A, et al. Efficacy of virtual reality assisted guided imagery (VRAGI) in a home setting for pain management in patients with advanced cancer: protocol for a randomised controlled trial. <i>BMJ Open</i> . 2022;12(12).	Tipo de publicación
19	Hilton, 2012	Hilton S. Persistent pelvic pain. <i>Pain Practitioner</i> . 2012;22(2):44-54.	Tipo de publicación
20	Irct2015111924265N, 2016	Irct2015111924265N. Comparison of cognitive therapy and cognitive pain self-management program in depression, anxiety, aggression and pain of women with chronic pain. https://trialsearchwho.int/Trial2.aspx?TrialID=IRCT2015111924265N2 . 2016.	Tipo de publicación
21	Jones, 2012	Jones GT, Paudyal P, Macfarlane GJ. A systematic review of evidence for the effectiveness of practitioner-based complementary and alternative therapies in the management of fibromyalgia. <i>Arthritis Rheum</i> . 2012;64:S418-.	Tipo de publicación

Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento (continuación).

Nº	Autor y año	Referencia completa	Motivo de exclusión
22	Kaplun, 2020	Kaplun A, Rosenbloom T, Roitman P. Effect of brief guided imagery on female patient diagnosed with fibromyalgia an exploratory controlled trial. <i>Clin Exp Rheumatol.</i> 2020;38(1):S128-S.	Tipo de publicación
23	King, 2020	King SA. Mind-Body Therapies for the Management of Pain: How Effective Are They? <i>Psychiatric Times.</i> 2020;37(6):25-.	Tipo de publicación
24	Kraemer, 2022	Kraemer KM, Jain FA, Mehta DH, Fricchione GL. Meditative and Mindfulness-Focused Interventions in Neurology: Principles, Science, and Patient Selection. <i>Semin Neurol.</i> 2022;42(2):123-35.	Tipo de publicación
25	Kumar, 2013	Kumar SP, Kumar A, Shenoy K, D'Souza M, Kumar VK. Guided/Graded Motor Imagery for Cancer Pain: Exploring the Mind-Brain Inter-relationship. <i>Indian J Palliat Care.</i> 2013;19(2):125-6.	Tipo de publicación
26	Malouin, 2013	Malouin F, Richards CL. Clinical applications of motor imagery in rehabilitation. In: Lacey S, Lawson R, editors. <i>Multisensory imagery.</i> New York, NY: Springer Science + Business Media; 2013. p. 397-419.	Tipo de publicación
27	Mehta, 2017	Mehta S, Cotoi A, Janzen S, Janssen S, Loh E, Teasell R. Visual Illusion for the Management of Neuropathic Pain after Spinal Cord Injury: A Systematic Review...2017 ACRM/American Congress of Rehabilitation Medicine Annual Conference 23-28 October, Atlanta, GA. <i>Arch Phys Med Rehabil.</i> 2017;98(10):e140-e1.	Tipo de publicación
28	Öksüz, 2018	Öksüz N, Özge A. What is the contribution of non-pharmacological procedures on the management of chronic migraine? <i>Neurological Sciences and Neurophysiology.</i> 2018;35(2):60-9.	Tipo de publicación
29	Opsommer, 2017	Opsommer E, Korogod N. Mental practice for chronic pain in people with spinal cord injury: a systematic review protocol. <i>JB database of systematic reviews and implementation reports.</i> 2017;15(8):2004-12.	Tipo de publicación
30	Pach, 2020	Pach D, Blodt S, Wang J, Keller T, King R, Hofer B, et al. Effectiveness of app-based relaxation exercises in patients with chronic neck pain (relaxneck)-a pragmatic randomized trial. <i>Global advances in health and medicine.</i> 2020;9:114-5.	Tipo de publicación
31	Santos Miotto Amorim, 2014	Santos Miotto Amorim C, Firsoff EFO, Vieira GF, Costa JR, Marques AP. Effectiveness of two physical therapy interventions, relative to dental treatment in individuals with bruxism: study protocol of a randomized clinical trial. <i>Trials [Electronic Resource].</i> 2014;15:8.	Tipo de publicación
32	Wallwork, 2020	Wallwork SB, Braithwaite FA. Commentary on 'Effectiveness of motor imagery and action observation training on musculoskeletal pain intensity: A systematic review and meta-analysis' by Suso-Martí et al. <i>European Journal of Pain.</i> 2020;24(6):1003-4.	Tipo de publicación
33	Abbott, 2017	Abbott RA, Martin AE, Newlove-Delgado TV, Bethel A, Thompson-Coon J, Whear R, et al. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain in childhood. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2017;1:CD010971.	RS fuente estudios primarios

Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento (continuación).

Nº	Autor y año	Referencia completa	Motivo de exclusión
34	Albajes, 2021	Albajes K, Moix J. Psychological Interventions in Fibromyalgia: An Updated Systematic Review. <i>Mediterranean Journal of Clinical Psychology</i> . 2021;9(1):57.	RS fuente estudios primarios
35	Bowering, 2013	Bowering KJ, O'Connell NE, Tabor A, Catley MJ, Leake HB, Moseley GL, et al. The effects of graded motor imagery and its components on chronic pain: A systematic review and meta-analysis. <i>J Pain</i> . 2013;14(1):3-13.	RS fuente estudios primarios
36	Büyükyılmaz, 2014	Büyükyılmaz F. REVIEW PAPER. Non- Pharmacological Intervention in Orthopedic Pain: A Systematic Review. <i>International Journal of Caring Sciences</i> . 2014;7(3):718-26.	RS fuente estudios primarios
37	Danon, 2021	Danon N, Al-Gobari M, Burnand B, Rodondi PY. Are mind-body therapies effective for relieving cancer-related pain in adults? A systematic review and meta-analysis. <i>Psychooncology</i> . 2021.	RS fuente estudios primarios
38	Garland, 2020	Garland EL, Brintz CE, Hanley AW, Roseen EJ, Atchley RM, Gaylord SA, et al. Mind-Body Therapies for Opioid-Treated Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>JAMA Internal Medicine</i> . 2020;180(1):91-105.	RS fuente estudios primarios
39	Giacobbi, 2015	Giacobbi PR, Stabler ME, Stewart J, Jaeschke AM, Siebert JL, Kelley GA. Guided Imagery for Arthritis and Other Rheumatic Diseases: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. <i>Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses</i> . 2015;16(5):792-803.	RS fuente estudios primarios
40	Gordon, 2022	Gordon M, Sinopoulou V, Tabbers M, Rexwinkel R, de Bruijn C, Dovey T, et al. Psychosocial Interventions for the Treatment of Functional Abdominal Pain Disorders in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>JAMA Pediatrics</i> . 2022;176(6):560-8.	RS fuente estudios primarios
41	Greenlee, 2017	Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. <i>CA Cancer Journal for Clinicians</i> . 2017;67(3):194-232.	RS fuente estudios primarios
42	Harris, 2015	Harris JE, Hebert A. Utilization of motor imagery in upper limb rehabilitation: A systematic scoping review. <i>Clin Rehabil</i> . 2015;29(11):1092-107.	RS fuente estudios primarios
43	Hornsby, 2020	Hornsby N, Blom L, Sengoelge M. Psychosocial Interventions Targeting Recovery in Child and Adolescent Burns: A Systematic Review. <i>J Pediatr Psychol</i> . 2020;45(1):15-33.	RS fuente estudios primarios
44	Houzé, 2018	Houzé B, El-Khatib H, Arbour C. Reprint of: Efficacy, tolerability, and safety of non-pharmacological therapies for chronic pain: An umbrella review on various CAM approaches. <i>Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry</i> . 2018;87:307-21.	RS fuente estudios primarios
45	Kwekkeboom, 2016	Kwekkeboom KL, Bratzke LC. A Systematic Review of Relaxation, Meditation, and Guided Imagery Strategies for Symptom Management in Heart Failure. <i>J Cardiovasc Nurs</i> . 2016;31(5):457-68.	RS fuente estudios primarios
46	Lee, 2014	Lee C, Crawford C, Hickey A, Buckenmaier CC, Crawford P, Delgado R, et al. Mind-body therapies for the self-management of chronic pain symptoms. <i>Pain Medicine (United States)</i> . 2014;15(S1):S21-S39.	RS fuente estudios primarios

Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento (continuación).

Nº	Autor y año	Referencia completa	Motivo de exclusión
47	Lopes, 2020	Lopes LC, Rosa GS, Pessanha RM, Schuab S, Nunes KZ, Amorim MHC. Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. <i>Rev Lat Am Enfermagem</i> . 2020;28:17.	RS fuente estudios primarios
48	Meeus, 2015	Meeus M, Nijs J, Vanderheiden T, Baert I, Descheemaeker F, Struyf F. The effect of relaxation therapy on autonomic functioning, symptoms and daily functioning, in patients with chronic fatigue syndrome or fibromyalgia: a systematic review. <i>Clin Rehabil</i> . 2015;29(3):221-33.	RS fuente estudios primarios
49	Millstine, 2017	Millstine D, Chen CY, Bauer B. Complementary and integrative medicine in the management of headache. <i>BMJ (Online)</i> . 2017;357.	RS fuente estudios primarios
50	Opsommer, 2020	Opsommer E, Chevalley O, Korogod N. Motor imagery for pain and motor function after spinal cord injury: a systematic review. <i>Spinal Cord</i> . 2020;58(3):262-74.	RS fuente estudios primarios
51	Park, 2012	Park J, Hughes AK. Nonpharmacological approaches to the management of chronic pain in community-dwelling older adults: A review of empirical evidence. <i>J Am Geriatr Soc</i> . 2012;60(3):555-68.	RS fuente estudios primarios
52	Peerdeman, 2016	Peerdeman KJ, Van Laarhoven AIM, Keij SM, Vase L, Rovers MM, Peters ML, et al. Relieving patients' pain with expectation interventions: A meta-analysis. <i>Pain</i> . 2016;157(6):1179-91.	RS fuente estudios primarios
53	Posadzki, 2012	Posadzki P, Lewandowski W, Terry R, Ernst E, Stearns A. Guided imagery for non-musculoskeletal pain: A systematic review of randomized clinical trials. <i>J Pain Symptom Manage</i> . 2012;44(1):95-104.	RS fuente estudios primarios
54	Ruano, 2022	Ruano A, García-Torres F, Gálvez-Lara M, Moriana JA. Psychological and Non-Pharmacologic Treatments for Pain in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>J Pain Symptom Manage</i> . 2022;63(5):e505-e20.	RS fuente estudios primarios
55	Suso-Martí, 2020	Suso-Martí L, Paris-Aleman A, La Touche R, Cuenca-Martínez F. Effects of mental and physical orofacial training on pressure pain sensitivity and tongue strength: A single-blind randomized controlled trial. <i>Physiol Behav</i> . 2020;215.	RS fuente estudios primarios
56	Tang, 2019	Tang SK, Tse MMY, Leung SF, Fotis T. The effectiveness, suitability, and sustainability of non-pharmacological methods of managing pain in community-dwelling older adults: a systematic review. <i>BMC Public Health</i> . 2019;19(1):1488.	RS fuente estudios primarios
57	Thieme, 2016	Thieme H, Morkisch N, Rietz C, Dohle C, Borgetto B. The efficacy of movement representation techniques for treatment of limb pain - A systematic review and meta-analysis. <i>J Pain</i> . 2016;17(2):167-80.	RS fuente estudios primarios
58	Thrane, 2013	Thrane S. Effectiveness of integrative modalities for pain and anxiety in children and adolescents with cancer: a systematic review. <i>Journal of pediatric oncology nursing: official journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses</i> . 2013;30(6):320-32.	RS fuente estudios primarios
59	Vambheim, 2021	Vambheim SM, Kylo TM, Hegland S, Bystad M. Relaxation techniques as an intervention for chronic pain: A systematic review of randomized controlled trials. <i>Heliyon</i> . 2021;7(8):7.	RS fuente estudios primarios

Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento (continuación).

Nº	Autor y año	Referencia completa	Motivo de exclusión
60	Whale, 2019	Whale K, Wylde V, Beswick A, Rathbone J, Vedhara K, Gooberman-Hill R. Effectiveness and reporting standards of psychological interventions for improving short-Term and long-Term pain outcomes after total knee replacement: A systematic review. <i>BMJ Open</i> . 2019;9(12).	RS fuente estudios primarios
61	Williams, 2016	Williams H, Tanabe P. Sickle Cell Disease: A Review of Nonpharmacological Approaches for Pain. <i>J Pain Symptom Manage</i> . 2016;51(2):163-77.	RS fuente estudios primarios
62	Yap, 2019	Yap BWD, Lim ECW. The Effects of Motor Imagery on Pain and Range of Motion in Musculoskeletal Disorders. <i>Clin J Pain</i> . 2019;35(1):87-99.	RS fuente estudios primarios
63	Yukari, 2015	Yukari T, Noriko Y-M, Yoshiki ABE, Mizue S. Literature review of pain management for people with chronic pain. <i>Jpn J Nurs Sci</i> . 2015;12(3):167-83.	RS fuente estudios primarios
64	Zech, 2017	Zech N, Hansen E, Bernardy K, Häuser W. Efficacy, acceptability and safety of guided imagery/hypnosis in fibromyalgia – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>European Journal of Pain (United Kingdom)</i> . 2017;21(2):217-27.	RS fuente estudios primarios
65	Ablin, 2013	Ablin J, Fitzcharles MA, Buskila D, Shir Y, Sommer C, Häuser W. Treatment of fibromyalgia syndrome: Recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines with special emphasis on complementary and alternative therapies. <i>Evid Based Complement Alternat Med</i> . 2013;2013:485272.	Diseño
66	Cuenca-Martínez, 2021	Cuenca-Martínez F, Reina-Varona Á, Castillo-García J, La Touche R, Angulo-Díaz-Parreño S, Suso-Martí L. Pain relief by movement representation strategies: An umbrella and mapping review with meta-meta-analysis of motor imagery, action observation and mirror therapy. <i>European Journal of Pain (United Kingdom)</i> . 2021.	Diseño
67	Enderlein, 2013	Enderlein K. Creating healing spaces with words & imagery: a nursing intervention in pain management. <i>Beginnings (American Holistic Nurses' Association)</i> . 2013;33(3):16-9.	Diseño
68	Gennarelli, 2020	Gennarelli SM, Brown SM, Mulcahey MK. Psychosocial interventions help facilitate recovery following musculoskeletal sports injuries: a systematic review. <i>Phys Sportsmed</i> . 2020;48(4):370-7.	Diseño
69	Hagler, 2016	Hagler SE, Slater S, O'Brien HL. Treating Migraine in Teenagers. <i>J Clin Outcomes Manag</i> . 2016;23(1):34-48.	Diseño
70	Hartmann, 2012	Hartmann F, Vlieger AM. Effects of mind-body therapies in children. <i>Focus on Alternative and Complementary Therapies</i> . 2012;17(2):91-6.	Diseño
71	Kaplun, 2021	Kaplun A, Roitman P, Rosenbloom T. Effects of Brief Guided Imagery on Female Patients Diagnosed with Fibromyalgia: An Exploratory Controlled Trial. <i>Altern Ther Health Med</i> . 2021;27(S1):104-13.	Diseño
72	Kaur, 2019	Kaur J, Ghosh S, Sahani AK, Sinha JK. Mental imagery training for treatment of central neuropathic pain: a narrative review. <i>Acta Neurol Belg</i> . 2019;119(2):175-86.	Diseño

Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento (continuación).

Nº	Autor y año	Referencia completa	Motivo de exclusión
73	Lauche, 2015	Lauche R, Cramer H, Haüser W, Dobos G, Langhorst J. A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome. <i>Evid Based Complement Alternat Med.</i> 2015;2015.	Diseño
74	McKinney, 2016	McKinney CH, Grocke DE. The Bonny Method of Guided Imagery and Music for medical populations: Evidence for effectiveness and vision for the future. <i>Music Med.</i> 2016;8(2):18-25.	Diseño
75	Meghani, 2017	Meghani N, Tracy MF, Hadidi NN, Lindquist R. Part II: The Effects of Aromatherapy and Guided Imagery for the Symptom Management of Anxiety, Pain, and Insomnia in Critically Ill Patients: An Integrative Review of Current Literature. <i>Dimensions of critical care nursing: DCCN.</i> 2017;36(6):334-48.	Diseño
76	Nooner, 2016	Nooner AK, Dwyer K, DeShea L, Yeo TP. Using Relaxation and Guided Imagery to Address Pain, Fatigue, and Sleep Disturbances: A Pilot Study. <i>Clin J Oncol Nurs.</i> 2016;20(5):547-52.	Diseño
77	Odell, 2013	Odell S, Logan DE. Pediatric pain management: The multidisciplinary approach. <i>J Pain Res.</i> 2013;6:785-90.	Diseño
78	Patricolo, 2017	Patricolo GE, LaVoie A, Slavin B, Richards NL, Jagow D, Armstrong K. Beneficial Effects of Guided Imagery or Clinical Massage on the Status of Patients in a Progressive Care Unit. <i>Crit Care Nurse.</i> 2017;37(1):62-9.	Diseño
79	Quinn, 2019	Quinn C. Guided imagery: An effective pain management tool for total joint replacement? <i>Nursing.</i> 2019;49(10):57-9.	Diseño
80	Rodríguez-Merchan, 2021	Rodríguez-Merchan EC, De la Corte-Rodríguez H. Pain management in people with hemophilia in childhood and young adulthood. <i>Expert Rev Hematol.</i> 2021;14(6):525-35.	Diseño
81	Running, 2012	Running A, Seright T. Integrative oncology: Managing cancer pain with complementary and alternative therapies. <i>Current Pain and Headache Reports.</i> 2012;16(4):325-31.	Diseño
82	Satija, 2017	Satija A, Bhatnagar S. Complementary Therapies for Symptom Management in Cancer Patients. <i>Indian J Palliat Care.</i> 2017;23(4):468-79.	Diseño
83	Shinde, 2016	Shinde AM, Dashti A. Palliative care in lung cancer. 2016. p. 225-50.	Diseño
84	Vandyken, 2012	Vandyken C, Hilton S. The Puzzle of Pelvic Pain: A Rehabilitation Framework for Balancing Tissue Dysfunction and Central Sensitization II: A Review of Treatment Considerations. <i>J Womens Health Phys Therap.</i> 2012;36(1):44-54.	Diseño
85	Vasantha, 2013	Vasantha G, Almeida VD, Kanagaraj R. Effectiveness of Guided Imagery on Intensity of Pain and Quality of Life among Patients with Cancer in a Selected Hospital at Mangalore. <i>International Journal of Nursing Education.</i> 2013;5(1):236-41.	Diseño
86	Winger, 2018	Winger JG, Rand KL, Mosher CE, Hanna N, Einhorn LH, Jalal SI, et al. Coping Skills Practice and Symptom Change: A Secondary Analysis of a Pilot Telephone Symptom Management Intervention for Lung Cancer Patients and Their Family Caregivers. <i>J Pain Symptom Manage.</i> 2018;55(5):1341-9.e4.	Diseño

Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento (continuación).

Nº	Autor y año	Referencia completa	Motivo de exclusión
87	Asarian, 2019	Asarian H, Eskandari H, Borjali A, Dadkhah P. The Effectiveness of Rescripting of Pain Mental Imagery on Pain Intensity in Patients with Chronic Pain. <i>Brain-Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience</i> . 2019;10:116-25.	Intervención
88	Bedford, 2015	Bedford FL. Perceptual mindfulness and imagery for chronic pain and skin disorders in a busy college population. <i>J Pain Manag</i> . 2015;8(1):55-63.	Intervención
89	Beinert, 2015	Beinert K, Preiss S, Huber M, Taube W. Cervical joint position sense in neck pain. Immediate effects of muscle vibration versus mental training interventions: a RCT. <i>Eur J Phys Rehabil Med</i> . 2015;51(6):825-32.	Intervención
90	Boesch, 2016	Boesch E, Bellan V, Moseley GL, Stanton TR. The effect of bodily illusions on clinical pain: a systematic review and meta-analysis. <i>Pain</i> . 2016;157(3):516-29.	Intervención
91	Daffada, 2015	Daffada PJ, Walsh N, McCabe CS, Palmerd S. The impact of cortical remapping interventions on pain and disability in chronic low back pain: A systematic review. <i>Physiotherapy</i> . 2015;101(1):25-33.	Intervención
92	Eccleston, 2015	Eccleston C, Hearn L, Williams ACD. Psychological therapies for the management of chronic neuropathic pain in adults. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2015(10):31.	Intervención
93	Hill, 2021	Hill M. Improving the Wellbeing of people with Opioid Treated Chronic pain; I-WOTCH. 2016.	Intervención
94	Javdaneh, 2021	Javdaneh N, Molyaei F, Kamranifraz N. Effect of adding motor imagery training to neck stabilization exercises on pain, disability and kinesiophobia in patients with chronic neck pain. <i>Complement Ther Clin Pract</i> . 2021;42:101263.	Intervención
95	Jay, 2015	Jay K, Brandt M, Sundstrup E, Schraefel MC, Jakobsen MD, Sjøgaard G, et al. Effect of individually tailored biopsychosocial workplace interventions on chronic musculoskeletal pain, stress and work ability among laboratory technicians: randomized controlled trial protocol. <i>BMC Musculoskelet Disord</i> . 2014;15:11.	Intervención
96	Kaur, 2020	Kaur J, Ghosh S, Sahani AK, Sinha JK. Mental Imagery as a Rehabilitative Therapy for Neuropathic Pain in People With Spinal Cord Injury: A Randomized Controlled Trial. <i>Neurorehabil Neural Repair</i> . 2020;34(11):1038-49.	Intervención
97	Kavvadias, 2012	Kavvadias T, Baessler K, Schuessler B. Pelvic pain in urogynecology. Part II: Treatment options in patients with lower urinary tract symptoms. <i>International Urogynecology Journal</i> . 2012;23(5):553-61.	Intervención
98	Kwekkeboom, 2012	Kwekkeboom KL, Abbott-Anderson K, Cherwin C, Roiland R, Serlin RC, Ward SE. Pilot randomized controlled trial of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in cancer. <i>J Pain Symptom Manage</i> . 2012;44(6):810-22.	Intervención
99	Kwekkeboom, 2018	Kwekkeboom K, Zhang Y, Campbell T, Coe CL, Costanzo E, Serlin RC, et al. Randomized controlled trial of a brief cognitive-behavioral strategies intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in advanced cancer. <i>Psychooncology</i> . 2018;27(12):2761-9.	Intervención

Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento (continuación).

Nº	Autor y año	Referencia completa	Motivo de exclusión
100	Lakhan, 2013	Lakhan SE, Schofield KL. Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>PLoS One</i> . 2013;8(8):13.	Intervención
101	Lami, 2013	Lami MJ, Martínez MP, Sánchez AI. Systematic review of psychological treatment in fibromyalgia. <i>Current Pain and Headache Reports</i> . 2013;17(7).	Intervención
102	Leonard, 2015	Leonard H. The effect of a blended movement intervention using music, imagery, and relaxation on the movement-induced pain, mood, and medication usage of women with osteoarthritis joint pain: ProQuest Information & Learning; 2015.	Intervención
103	McClintock, 2019	McClintock AS, McCarrick SM, Garland EL, Zeidan F, Zgierska AE. Brief Mindfulness-Based Interventions for Acute and Chronic Pain: A Systematic Review. <i>J Altern Complement Med</i> . 2019;25(3):265-78.	Intervención
104	McKinney, 2017	McKinney CH, Honig TJ. Health Outcomes of a Series of Bonny Method of Guided Imagery and Music Sessions: A Systematic Review. <i>J Music Ther</i> . 2017;54(1):1-34.	Intervención
105	Mehl-Madrona, 2016	Mehl-Madrona L, Mainguy B, Plummer J. Integration of Complementary and Alternative Medicine Therapies into Primary-Care Pain Management for Opiate Reduction in a Rural Setting. <i>J Altern Complement Med</i> . 2016;22(8):621-6.	Intervención
106	Molinari, 2018	Molinari G, García-Palacios A, Enrique Á, Roca P, Fernández-Llanio Comella N, Botella C. The Power of Visualization: Back to the Future for Pain Management in Fibromyalgia Syndrome. <i>Pain medicine (Malden, Mass)</i> . 2018;19(7):1451-68.	Intervención
107	Mora, 2022	Mora DC, Kristoffersen AE, Overvåg G, Jong MC, Mentink M, Liu J, et al. Safety of Complementary and Alternative Medicine (CAM) treatment among children and young adults who suffer from adverse effects of conventional cancer treatment: A systematic review. <i>Integr Cancer Ther</i> . 2022;21.	Intervención
108	Onieva-Zafra, 2019	Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML, Fernandez-Martinez E. Benefits of a Home Treatment Program Using Guided Imagery Relaxation Based on Audio Recordings for People With Fibromyalgia. <i>Holist Nurs Pract</i> . 2019;33(2):111-20.	Intervención
109	Pach, 2022	Pach D, Blödt S, Wang J, Keller T, Bergmann B, Rogge AA, et al. App-Based Relaxation Exercises for Patients with Chronic Neck Pain: Pragmatic Randomized Trial. <i>JMIR mHealth and uHealth</i> . 2022;10(1).	Intervención
110	Papathanassoglu, 2018	Papathanassoglou EDE, Hadjibalassi M, Miltiadous P, Lambrinou E, Papastavrou E, Paikousis L, et al. Effects of an Integrative Nursing Intervention on Pain in Critically Ill Patients: A Pilot Clinical Trial. <i>American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses</i> . 2018;27(3):172-85.	Intervención
111	Phianmongkhol, 2015	Phianmongkhol Y, Thongubon K, Woottiluk P. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Techniques for Control of Pain in Lung Cancer Patients: An Integrated Review. <i>Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP</i> . 2015;16(14):6033-8.	Intervención

Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento (continuación).

Nº	Autor y año	Referencia completa	Motivo de exclusión
112	Poole, 2017	Poole JL, Siegel P. Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Adults With Fibromyalgia: A Systematic Review. <i>Am J Occup Ther.</i> 2017;71(1):10.	Intervención
113	Pratscher, 2021	Pratscher S, Mickle AM, Marks JG, Rocha H, Bartsch F, Schmidt J, et al. Optimizing chronic pain treatment with enhanced neuroplastic responsiveness: A pilot randomized controlled trial. <i>Nutrients.</i> 2021;13(5).	Intervención
114	Silva, 2022	Silva L, Guimaraes PRB, Marques A, Marcondes L, Barbosa CS, Costa PCP, et al. Effects of guided imagery relaxation in hematopoietic stem-cell transplantation patients: a quasi-experimental study. <i>Rev Bras Enferm.</i> 2022;75(5):e20220114.	Intervención
115	Simsek, 2019	Simsek S, Duray M, Altug F. Effect of the gaze direction recognition task on pain intensity, range of motion and isometric muscle endurance in chronic neck pain. <i>Cukurova Medical Journal.</i> 2019;44(2):439-46.	Intervención
116	Smyrioti, 2022	Smyrioti ME, Arvaniti C, Kostopanagiotou G, Batistaki C. Guided Imagery and Music in Patients With Chronic Daily Headache: A Pilot Study. <i>Music Therapy Perspectives.</i> 8.	Intervención
117	Subnis, 2016	Subnis UB, Starkweather A, Menzies V. A current review of distraction-based interventions for chronic pain management. <i>European Journal of Integrative Medicine.</i> 2016;8(5):715-22.	Intervención
118	Torres, 2018	Torres E, Pedersen IN, Pérez-Fernández JI. Randomized Trial of a Group Music and Imagery Method (GrpMI) for Women with Fibromyalgia. <i>J Music Ther.</i> 2018;55(2):186-220.	Intervención
119	Tse, 2012	Tse MMY, Wong ACF, Ng HN, Lee HY, Chong MH, Leung WY. The effect of a pain management program on patients with cancer pain. <i>Cancer Nurs.</i> 2012;35(6):438-46.	Intervención
120	Van Baal, 2020	van Baal K, Allots J, Ehrenbrusthoff K, Gruneberg C, Hering T, Kopkow C, et al. Effects of a movement control and tactile acuity training in patients with nonspecific chronic low back pain and control impairment - a randomised controlled pilot study. <i>BMC Musculoskelet Disord.</i> 2020;21(1):17.	Intervención
121	Vergheze, 2016	Vergheze TS, Riordain RN, Champaneria R, Latthe PM. Complementary therapies for bladder pain syndrome: a systematic review. <i>International Urogynecology Journal.</i> 2016;27(8):1127-36.	Intervención
122	Zanca, 2021	Zanca JM, Gilchrist C, Ortiz CE, Dyson-Hudson TA. Pilot clinical trial of a clinical meditation and imagery intervention for chronic pain after spinal cord injury. <i>J Spinal Cord Med.</i> 2021.	Intervención
123	Cashin, 2021	Cashin AG, Booth J, McAuley JH, Jones MD, Hubscher M, Traeger AC, et al. Making exercise count: Considerations for the role of exercise in back pain treatment. <i>Musculoskeletal Care.</i> 12.	Intervención
124	Wantonoro, 2020	Wantonoro. Cognitive-Behavioural Therapy Improved Quality of Sleep and Reducing Pain among Elderly with Osteoarthritis: Literature Review. <i>International Journal of Caring Sciences.</i> 2020;13(3):2309-16.	Intervención

Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento (continuación).

Nº	Autor y año	Referencia completa	Motivo de exclusión
125	Hill, 2016	Abushukur Y, Cascardo C, Ibrahim Y, Teklehaimanot F, Knackstedt R. Improving Breast Surgery Outcomes Through Alternative Therapy: A Systematic Review. <i>Cureus</i> . 2022;14(3):e23443.	Intervención
126	Abushukur, 2022	Aghakhani N, Faraji N, Alinejad V, Goli R, Kazemzadeh J. The effect of guided imagery on the quality and severity of pain and pain-related anxiety associated with dressing changes in burn patients: A randomized controlled trial. <i>Burns</i> . 2022;48(6):1331-9.	Población
127	Aghakhani, 2022	Briones-Cantero M, Fernandez-De-las-Peñas C, Lluch-Girbes E, Osuna-Perez MC, Navarro-Santana MJ, Plaza-Manzano G, et al. Effects of adding motor imagery to early physical therapy in patients with knee osteoarthritis who had received total knee arthroplasty: A randomized clinical trial. <i>Pain Medicine (United States)</i> . 2020;21(12):3548-55.	Población
128	Briones-Cantero, 2020	Cárdenas K, Aranda M. Psychotherapies for the Treatment of Phantom Limb Pain. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> . 2017;46(3):178-86.	Población
129	Cárdenas, 2017	Castelnuovo G, Giusti EM, Manzoni GM, Saviola D, Gatti A, Gabrieli S, et al. Psychological Treatments and Psychotherapies in the Neurorehabilitation of Pain: Evidences and Recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation. <i>Front Psychol</i> . 2016;7:17.	Población
130	Castelnuovo, 2016	Chen SF, Wang HH, Yang HY, Chung UL. Effect of Relaxation With Guided Imagery on The Physical and Psychological Symptoms of Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. <i>Iranian Red Crescent medical journal</i> . 2015;17(11):e31277.	Población
131	Chen, 2015	de Souza NS, Martins ACG, Bastos VHV, Orsini M, Leite MAA, Teixeira S, et al. Motor imagery and its effect on complex regional pain syndrome: An integrative review. <i>Neurol Int</i> . 2015;7(3):58-61.	Población
132	De Souza, 2015	Hoag JA, Karst J, Bingen K, Palou-Torres A, Yan K. Distracting Through Procedural Pain and Distress Using Virtual Reality and Guided Imagery in Pediatric, Adolescent, and Young Adult Patients: Randomized Controlled Trial. <i>J Med Internet Res</i> . 2022;24(4).	Población
133	Hoag, 2022	Ioannou A, Paikousis L, Papastavrou E, Avraamides MN, Astras G, Charalambous A. Effectiveness of Virtual Reality Vs Guided Imagery on mood changes in cancer patients receiving chemotherapy treatment: A crossover trial. <i>Eur J Oncol Nurs</i> . 2022;61:102188.	Población
134	Ioannou, 2022	Jacobson AF, Umberger WA, Palmieri PA, Alexander TS, Myerscough RP, Draucker CB, et al. Guided Imagery for Total Knee Replacement: A Randomized, Placebo-Controlled Pilot Study. <i>J Altern Complement Med</i> . 2016;22(7):563-75.	Población
135	Jacobson, 2016	Khanolkar TS, Metgud S, Verma C. A Study on Combined effects of Progressive Muscle Relaxation and Visual Imagery Technique on Perceived Pain, Levels of Anxiety and Depression in Patients with Burns. <i>Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy</i> . 2013;7(2):225-8.	Población

Tabla A11. Estudios excluidos durante la fase de cribado del texto completo del documento (continuación).

Nº	Autor y año	Referencia completa	Motivo de exclusión
136	Khanolkar, 2013	Lu YJ, Lee MC, Chen CY, Liang SY, Li YP, Chen HM. Effect of Guided Imagery Meditation During Laparoscopic Cholecystectomy on Reducing Anxiety: A Randomized Controlled Trial. <i>Pain Manag Nurs.</i> 2022;23(6):885-92.	Población
137	Lu, 2022	Parizad N, Goli R, Faraji N, Mam-Qaderi M, Mirzaee R, Gharebaghi N, et al. Effect of guided imagery on anxiety, muscle pain, and vital signs in patients with COVID-19: A randomized controlled trial. <i>Complement Ther Clin Pract.</i> 2021;43:101335.	Población
138	Parizad, 2021	Pastora-bernal JM, Estebanez-pérez MJ, Lucena-anton D, García-lópez FJ, Bort-carballo A, Martín-valero R. The effectiveness and recommendation of motor imagery techniques for rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction: A systematic review. <i>Journal of Clinical Medicine.</i> 2021;10(3):1-15.	Población
139	Pastora-Bernal, 2021	Rodríguez RM, Marroquin A, Cosby N. Reducing Fear of Reinjury and Pain Perception in Athletes With First-Time Anterior Cruciate Ligament Reconstructions by Implementing Imagery Training. <i>Journal of Sport Rehabilitation.</i> 2019;28(4):385-9.	Población
140	Rodríguez, 2019	Zach S, Dobersek U, Filho E, Inglis V, Tenenbaum G. A meta-analysis of mental imagery effects on post-injury functional mobility, perceived pain, and self-efficacy. <i>Psychol Sport Exerc.</i> 2018;34:79-87.	Población
141	Zach, 2018	Lauche R, Schuth M, Schwickert M, Lütke R, Musial F, Michalsen A, et al. Efficacy of the Alexander Technique in treating chronic non-specific neck pain: a randomized controlled trial. <i>Clin Rehabil.</i> 2016;30(3):247-58.	Población
142	Lauche, 2016	Cuenca-Martínez F, Touche RL, León-Hernández JV, Suso-Martí L. Mental practice in isolation improves cervical joint position sense in patients with chronic neck pain: A randomized single-blind placebo trial. <i>PeerJ.</i> 2019;2019(9).	Comparador
143	Cuenca-Martínez, 2019	Sarraj AR, Daher A, Khayat J. Kinesthetic imagery and visual observation improve lumbar repositioning in patients with low back pain. <i>Journal Medical Libanais.</i> 2018;66(4):219-25.	Desenlaces
144	Sarraj, 2018	Solstrand Dahlberg L, Becerra L, Borsook D, Linnman C. Brain changes after spinal cord injury, a quantitative meta-analysis and review. <i>Neurosci Biobehav Rev.</i> 2018;90:272-93.	Desenlaces
145	Solstrand, 2018	Bardia A, Barton DL, Prokop LJ, Bauer BA, Moynihan TJ. Efficacy of complementary and alternative medicine therapies in relieving cancer pain: a systematic review. <i>J Clin Oncol.</i> 2006;24(34):5457-64.	Desenlaces
Aportados por los grupos de interés			
1	Mizrahi, 2012	Mizrahi MC, Reicher-Atir R, Levy S, Haramati S, Wengrower D, Israeli E, et al. Effects of guided imagery with relaxation training on anxiety and quality of life among patients with inflammatory bowel disease. <i>Psychol Health.</i> 2012;27(12):1463-79.	Intervención

Anexo 5. Características de los estudios incluidos

Tabla A12. Características de los estudios incluidos en la evaluación de la seguridad y eficacia de la visualización guiada en el manejo del dolor.

Primer autor, año Registro protocolo	Objetivo	Contexto Diseño del estudio Periodo de reclutamiento y/o duración del estudio.	Condición Criterios de inclusión participantes Criterios de exclusión	N.º de participantes totales y por grupo. N.º de pacientes analizados por grupo.	Intervención	Comparador	Características basales principales de los participantes (edad, sexo, otras).
Cefalea tensional crónica							
Abdoli, 2012 No reportado	Determinar si la VG por audio y la VG por memorias positivas percibidas complementando la terapia farmacológica individualizada, afectan la intensidad, frecuencia y duración del dolor de cabeza en pacientes con cefalea tensional crónica.	Clínica especializada de Irán. ECA con medidas pre- y postratamiento. Duración: 2004-2006.	Cefalea tensional crónica diagnosticada por un psiquiatra especializado en cefaleas. ≥1 episodio de cefalea por semana, nivel 4 o superior en la EVA, habilidad para leer y escribir en persa, habilidad para comprender y completar cuestionarios y practicar la técnica de VG. Sufrir una condición somática o psiquiátrica grave, abuso de drogas, falta de interés en el tratamiento o inhabilidad para practicar la VG, participación simultánea en otros estudios sobre cefaleas.	Total aleatorizados: n=60 (20 por grupo). Total analizados: n=60 (20 por grupo).	Grupo 1: VG por audio + terapia farmacológica individualizada. Grupo 2: VG por memorias positivas + terapia farmacológica individualizada. Duración: 5 semanas. Descripción tratamiento: VG durante 20 min., 3 veces/semana, 3 semanas, con apoyo de audio (grupo 1) o recordando su memoria más feliz (grupo 2). Práctica individual o grupal: individual. Profesional que administra la técnica: psicoterapeuta certificado y con experiencia en la VG.	Terapia farmacológica individualizada sin VG. Duración: 5 semanas. Descripción tratamiento: sesiones de 20 minutos centradas únicamente en su terapia farmacológica. Profesional que administra la técnica: psicoterapeuta certificado y con experiencia en la VG.	Edad promedio: 32,2 años (rango 18-59). % hombres: 18 %. Al inicio del tratamiento, la intensidad media de las cefaleas en los tres grupos era de 6,18 según la EVA (rango 4-10); las cefaleas ocurrían de 1 a 7 días a la semana (4,5 de media) y duraban entre 1 y 16 horas por día (7,90 de media).

Tabla A12. Características de los estudios incluidos en la evaluación de la seguridad y eficacia de la visualización guiada en el manejo del dolor (continuación).

Primer autor, año Registro protocolo	Objetivo	Contexto Diseño del estudio Periodo de reclutamiento y/o duración del estudio.	Condición Criterios de inclusión participantes Criterios de exclusión	N.º de participantes totales y por grupo. N.º de pacientes analizados por grupo.	Intervención	Comparador	Características basales principales de los participantes (edad, sexo, otras).
Fibromialgia							
Onieva-Zafra, 2015 No reportado	Evaluar los efectos de la VG como intervención de enfermería para el manejo del dolor y la depresión en pacientes diagnosticados con fibromialgia.	Participantes reclutados a través de 3 asociaciones de fibromialgia establecidas en Córdoba, Granada y Almería (España). ECA con medidas pre- y postratamiento. Periodo de reclutamiento: no especificado. Duración del estudio: tratamiento 8 semanas, recogida de datos 18 meses.	Fibromialgia Pacientes diagnosticados con fibromialgia en los últimos 3 años según los criterios del American College of Rheumatology e interesados en atender las sesiones de terapia. Pacientes diagnosticados con condiciones psiquiátricas mayores, con condiciones críticas recientes, incapaces de entender o seguir instrucciones o incapaces de leer y escribir en español.	Total aleatorizados: no detallado (se partió de 60 individuos potencialmente elegibles). Total analizados: n=55 (28 VG y 27 GC).	VG Duración: 8 semanas. Descripción tratamiento: Semanas 1 y 2: sesión inicial presencial, 15 min., para familiarizar al participante con la relajación y la visualización de imágenes + práctica individual posterior al menos 4 días a lo largo de la primera semana y cada día a lo largo de la segunda. Semanas 3 y 4: segunda sesión presencial para practicar la relajación con VG + práctica individual posterior. Semanas 5-8: práctica individual, tantos días como desearan, pero solo 1 vez por día. Práctica individual o grupal: individual autoadministrada. Profesional que administra la técnica: uno de los investigadores autores del estudio.	No especificado	Edad promedio: VG: 53,65 años (DE=5,84). GC: 51,29 años (DE=6,51). Rango: 28-65 años % hombres: 3,6 % Los participantes no tenían un alto nivel educativo (60,8 % con menos de 12 años de escolarización); 63 % casados.

Tabla A12. Características de los estudios incluidos en la evaluación de la seguridad y eficacia de la visualización guiada en el manejo del dolor (continuación).

Primer autor, año Registro protocolo	Objetivo	Contexto Diseño del estudio Periodo de reclutamiento y/o duración del estudio.	Condición Criterios de inclusión participantes Criterios de exclusión	N.º de participantes totales y por grupo. N.º de pacientes analizados por grupo.	Intervención	Comparador	Características basales principales de los participantes (edad, sexo, otras).
Verkaik, 2014 Registro de estudios de los Países Bajos: NTR2172	Aportar evidencia sobre los efectos de la VG en el dolor, funcionalidad y eficacia en el automanejo del dolor en pacientes con fibromialgia.	Consultorio de medicina complementaria en los Países Bajos. ECA con medidas pre- y postratamiento. Duración del estudio: febrero 2010 a enero 2011. Medidas pre- y postratamiento, mantenimiento de un diario sobre dolor entre estos dos momentos de medida, y seguimiento hasta 6 semanas postratamiento.	Fibromialgia Fibromialgia diagnosticada menos de 6 años antes de la participación en el estudio y por parte de un médico de familia o reumatólogo, capaz de viajar y de mantenerse sentado durante 1,5 horas, suficiente capacidad auditiva. Presencia de cualquier condición psiquiátrica (autorreportada por el paciente).	Total aleatorizados: n=65 (32 VG y 33 GC) Total analizados: n=57 (28 VG y 29 GC) tras el tratamiento; n=53 (26 VG y 27 GC) seguimiento 6 semanas.	VG Duración: sesión preintervención + ejercicios de VG, 1 o 2 al día, 4 semanas + sesión postintervención para discutir. Descripción tratamiento: duración 19-28 minutos; relajación, música, visualización positiva, y elementos específicamente diseñados para el tratamiento del dolor (ej. "imagina que dejas tu dolor fuera de la playa"). Práctica individual o grupal: individual. Profesional que administra la técnica: autoadministrada.	Se hicieron dos sesiones en grupo, de 1,5 horas cada una, al igual que en el grupo de VG. No se realizaron los ejercicios de VG.	Edad promedio: VG: 47,3 años (DE=10,3; rango 24-68). GC: 47,7 años (DE=12,5; rango 22-76). % hombres: VG: 0 %; GC: 3 % 63 % de los participantes estaban casados o viviendo junto a una pareja; el 68 % tenían un empleo y trabajaban entre 16 y 32 horas semanales. El tiempo medio tras el diagnóstico era de 2,2 años (DE=1,8). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Tabla A12. Características de los estudios incluidos en la evaluación de la seguridad y eficacia de la visualización guiada en el manejo del dolor (continuación).

Primer autor, año Registro protocolo	Objetivo	Contexto Diseño del estudio Periodo de reclutamiento y/o duración del estudio.	Condición Criterios de inclusión participantes Criterios de exclusión	N.º de participantes totales y por grupo. N.º de pacientes analizados por grupo.	Intervención	Comparador	Características basales principales de los participantes (edad, sexo, otras).
Menzies, 2014 NA Aprobado por el consejo de la Virginia Commonwealth University.	Investigar los efectos de la VG en la autoeficacia, estrés percibido, y factores bioconductuales en mujeres diagnosticadas con fibromialgia.	Participantes reclutados mediante folletos distribuidos en consultas médicas y clínicas afiliadas con el sistema de salud de Virginia Commonwealth University. ECA con medidas pre- y postratamiento. Duración del estudio: 10 semanas. Periodo de reclutamiento: no especificado.	Fibromialgia Mujeres mayores de 18 años diagnosticadas con fibromialgia de acuerdo con los criterios del Colegio Americano de Reumatología del 1990, sin condiciones psiquiátricas o neurológicas mayores que pudieran interferir con el estudio, habilidad para entender y firmar el consentimiento informado y completar los cuestionarios del estudio. Presencia de otras condiciones reumatológicas sistémicas, historia de epilepsia, condiciones psiquiátricas con historia de psicosis, pacientes inmunocomprometidas (ej. VIH/SIDA), con tratamiento con corticosteroides, o pacientes embarazadas.	Total aleatorizados (36 por grupo) Total analizados: n=30 VG y 34 GC.	VG como complemento a las prácticas habituales Duración: 10 semanas. Tantas sesiones de VG como desearan, mínimo 1 diaria. Cada sesión tenía una duración de 20 minutos. Descripción tratamiento: - semanas 1-2: VG con apoyo de una grabación centrada en la relajación y la sensación global de bienestar; - semanas 3-4: grabación centrada en sensaciones positivas, visualizando escenas placenteras y lugares seguros de su propia elección; - semanas 5-6: grabación que invitaba a imaginar su sistema inmunitario en un estado de bienestar y actividad óptimos; - semanas 7-10: la grabación que prefirieran y en cualquier orden. Práctica individual o grupal: individual. Profesional que administra la técnica: autoadministrada.	Práctica clínica habitual Se pidió a los participantes que mantuvieran sus prácticas habituales para el control de los síntomas de fibromialgia.	Edad promedio: VG: 44,5 años (DE=13,1). GC: 49,1 años (DE=12,4). % hombres: 0 % La edad media era de 44,5 (DE: 13,1) en el grupo de VG y de 49,1 (DE: 12,4) en el GC; había un 50 y un 59 % de mujeres casadas o con pareja en el grupo de VG y GC, respectivamente. La mitad de las participantes en cada grupo tenían un empleo. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a las características basales evaluadas.

Tabla A12. Características de los estudios incluidos en la evaluación de la seguridad y eficacia de la visualización guiada en el manejo del dolor (continuación).

Primer autor, año Registro protocolo	Objetivo	Contexto Diseño del estudio Periodo de reclutamiento y/o duración del estudio.	Condición Criterios de inclusión participantes Criterios de exclusión	N.º de participantes totales y por grupo. N.º de pacientes analizados por grupo.	Intervención	Comparador	Características basales principales de los participantes (edad, sexo, otras).
Artritis reumatoide							
Nia, 2018 Registro de estudios clínicos de Irán: IRCT20160229226846N1	Comparar el efecto de la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares con la VG en la intensidad del dolor en pacientes con artritis reumatoide.	Pacientes con artritis reumatoide referidos al departamento de reumatología de una clínica de Irán en el año 2016. ECA con medidas pre- y postratamiento. Duración del estudio: 3 semanas. Periodo de reclutamiento: año 2016.	Artritis reumatoide Diagnóstico de artritis reumatoide por parte de un reumatólogo, existencia de dolor por parte del paciente, dolor intenso en la escala de medida del dolor aplicada, habilidad para llevar a cabo los ejercicios de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y los de VG e interés en participar en el estudio. Dolor leve en la escala de medida del dolor aplicada, falta de interés en participar, problemas de audición o visión, muerte del paciente o cambio de país, y memorias negativas de parajes naturales y bosques.	Total aleatorizados: n=75 (25 VG, 25 desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, 25 GC) Total analizados: n=75 (25 por grupo).	VG: Duración: 6 sesiones, 1 diaria a las 7 de la tarde + antes de dormir. Descripción tratamiento: grabación de 30 minutos de duración. Concentración en respiración abdominal; imaginación de escenarios relajantes (bosque, cielo azul, nube calmada, sonido del viento entre los árboles, fluir del agua, sonido de los pájaros). Práctica individual o grupal: individual. Profesional que administra la técnica: autoadministrada.	Grupo en lista de espera, recibía sus cuidados habituales (no especificados)	Edad promedio: 45,4 años (DE=11,3). % hombres: 13,7 % 87 % casados; tiempo de diagnóstico y tratamiento eran 88,8 (DE=85) y 75,6 (DE=67,6) meses, respectivamente. Sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Tabla A12. Características de los estudios incluidos en la evaluación de la seguridad y eficacia de la visualización guiada en el manejo del dolor (continuación).

Primer autor, año Registro protocolo	Objetivo	Contexto Diseño del estudio Periodo de reclutamiento y/o duración del estudio.	Condición Criterios de inclusión participantes Criterios de exclusión	N.º de participantes totales y por grupo. N.º de pacientes analizados por grupo.	Intervención	Comparador	Características basales principales de los participantes (edad, sexo, otras).
Dolor crónico en personas mayores							
Eisegood, 2012 No reportado	Determinar si la VG mejora el afecto, la cognición y el dolor en pacientes de una residencia tailandesa de personas mayores.	Residencia de personas mayores en Tailandia. ECA con medidas pre- y postratamiento. Duración del estudio: 16 días de VG, además de recogida de datos 3 días antes y 3 días después.	No especificada. Dispuesto a participar en la VG regularmente durante 16 días, capaz y dispuesto a mantenerse sentado durante 20 minutos, sin limitaciones auditivas mayores, sin síntomas psicóticos, físicamente capaz de desplazarse a la sala de VG con apoyo, sin limitaciones cognitivas significantes. Residentes con limitaciones cognitivas importantes.	Total aleatorizados: n=31 (15 y 16 por grupo) Total analizados: n=30 (15 por grupo)	VG como complemento a las prácticas habituales. Duración: 16 días, tantas sesiones como quisieran (máx. 1-2 diarias); media 14,25 sesiones (DE=3,57; rango=8 a 19). Descripción tratamiento: 10 grabaciones diferentes de entre 10-20 minutos (relajación y respiración lenta, imaginación de una escena placentera, imaginación de sensaciones) acompañado de música relajante. Práctica individual o grupal: grupal. Profesional que administra la técnica: profesionales de enfermería.	Práctica clínica habitual Ejercicios diarios, oraciones, actividades de entretenimiento (karaoke, películas, juegos), todos opcionales.	Edad promedio: VG: 73,5 años (DE=6,98; rango 62-87). GC: 73,2 años (DE=6,74; rango 63-89). %hombres: GC: 47 % (7/15) VG: 38 % (6/16) El 60 % de los residentes tenían escolarización básica; las puntuaciones basales de dolor eran de 5,4 (DE=2,85) y 4,19 (DE=3,14), en una escala del 0 (sin dolor) al 10 (máximo dolor), para el GC y VG, respectivamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

DE: desviación estándar; ECA: ensayo controlado aleatorizado; EVA: escala visual analógica; GC: grupo control; NA: no aplicable; VG: visualización guiada.

Anexo 6. Calidad de la evidencia

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane.

Unique ID	1	Study ID	Abdoli 2012	Assessor	-
Ref or Label	Abdoli 2012 (20)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG + terapia farmacológica individualizada	Comparator	Terapia farmacológica individualizada sin VG	Source	Journal article(s)
Outcome	Intensidad cefaleas	Results		Weight	
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y			
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N			
	Risk of bias judgement	Low			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.		
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	PY			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N			
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y	Número aleatorizados y analizados es el mismo		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA			
	Risk of bias judgement	Low			

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	Desenlace autorreportado
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	No se reporta registro del protocolo
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	2	Study ID	Abdoli 2012	Assessor	-
Ref or Label	Abdoli 2012 (20)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG + terapia farmacológica individualizada	Comparator	Terapia farmacológica individualizada sin VG	Source	Journal article(s)
Outcome	Frecuencia cefaleas	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response	Comments	
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		Y		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		N		
	Risk of bias judgement		Low		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y	Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.	
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		PY		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		N		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y	Número aleatorizados y analizados es el mismo	
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?		NA		
	Risk of bias judgement		Low		

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	Desenlace autorreportado
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	No se reporta registro del protocolo
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	3	Study ID	Abdoli 2012	Assessor	-
Ref or Label	Abdoli 2012 (20)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG + terapia farmacológica individualizada	Comparator	Terapia farmacológica individualizada sin VG	Source	Journal article(s)
Outcome	Duración cefaleas	Results		Weight	1
Domain	Signalling question		Response	Comments	
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		Y		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		N		
	Risk of bias judgement		Low		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y	Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.	
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		PY		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		N		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y	Número aleatorizados y analizados es el mismo	
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?		NA		
	Risk of bias judgement		Low		

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	Desenlace autorreportado
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	No se reporta registro del protocolo
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	4	Study ID	Onieva Zafra 2015	Assessor	-
Ref or Label	Onieva Zafra 2015 (9)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG	Comparator	GC (no especificado)	Source	Journal article(s)
Outcome	Intensidad del dolor (EVA)	Results	-		1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y			
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N			
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	PY			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N			
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y			
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	N			
	Risk of bias judgement	Low			
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y			
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA			
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA			
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA			
	Risk of bias judgement	Low			

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement		High
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	No se reporta protocolo
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement		Some concerns
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	5	Study ID	Onieva Zafra 2015	Assessor	-
Ref or Label	Onieva Zafra 2015 (9)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG	Comparator	GC (no especificado)	Source	Journal article(s)
Outcome	Experiencia subjetiva del dolor: dominio sensorial	Results	-		1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		NI		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		N		
	Risk of bias judgement		Some concerns		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y	Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.	
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		PY		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		N		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?		N		
	Risk of bias judgement		Low		

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	No se reporta protocolo
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	6	Study ID	Onieva Zafra 2015	Assessor	-
Ref or Label	Onieva Zafra 2015 (9)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG	Comparator	GC (no especificado)	Source	Journal article(s)
Outcome	Experiencia subjetiva del dolor: dominio afectivo	Results	-		1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		NI		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		N		
	Risk of bias judgement		Some concerns		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y	Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.	
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		PY		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		N		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?		N		
	Risk of bias judgement		Low		

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	No se reporta protocolo
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	7	Study ID	Onieva Zafra 2015	Assessor	-
Ref or Label	Onieva Zafra 2015 (9)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG	Comparator	GC (no especificado)	Source	Journal article(s)
Outcome	Experiencia subjetiva del dolor: dominio evaluativo	Results	-		1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		NI		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		N		
	Risk of bias judgement		Some concerns		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y	Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.	
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		PY		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		N		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?		N		
	Risk of bias judgement		Low		

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	No se reporta protocolo
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	8	Study ID	Verkaik 2014	Assessor	-
Ref or Label	Verkaik 2014 (15)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG	Comparator	GC sin VG	Source	Journal article(s)
Outcome	Intensidad del dolor (EVA)	Results	-		1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		Y		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		N		
	Risk of bias judgement		Low		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y		Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		PY		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		N		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?		NA		
	Risk of bias judgement		Low		

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PY	Analyses show no differences in background characteristics between participants who were involved until the end of the study and participants who were not ($p \geq .05$).
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
Risk of bias judgement	High		
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	No se reporta existencia de protocolo
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	9	Study ID	Menzies 2014	Assessor	-
Ref or Label	Menzies 2014 (16)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG como complemento a prácticas habituales	Comparator	GC con práctica clínica habitual	Source	Journal article(s)
Outcome	Intensidad del dolor (BPI)	Results	-		1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		NI		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		N		
	Risk of bias judgement		Some concerns		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y		Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		PY		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		N		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?		NA		
	Risk of bias judgement		Low		

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N	No se detalla si los datos faltantes pueden haber sesgado los resultados.
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NI	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NI	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	Registro existente, pero ya no accesible.
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	10	Study ID	Menzies 2014	Assessor	-
Ref or Label	Menzies 2014 (16)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG como complemento a prácticas habituales	Comparator	GC con práctica clínica habitual	Source	Journal article(s)
Outcome	Interferencia dolor en actividades diarias (BPI)	Results	-		1
Domain	Signalling question		Response		Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		NI		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		N		
	Risk of bias judgement		Some concerns		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y		Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		PY		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		N		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?		NA		
	Risk of bias judgement		Low		

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N	No se detalla si los datos faltantes pueden haber sesgado los resultados.
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NI	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NI	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
Risk of bias judgement	High		
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	Registro existente pero ya no accesible
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	11	Study ID	Nia 2018	Assessor	-
Ref or Label	Nia 2018 (19)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG	Comparator	GC en lista de espera, cuidados habituales	Source	Journal article(s)
Outcome	Intensidad dolor, subescala fisiológica (RAPS)	Results	-		1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	Seventy-five eligible patients with RA were selected using convenience sampling method but allocated among three groups – two intervention groups and one control group – through unmatched block randomization.		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N			
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	PY			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N			
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y			
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA			
	Risk of bias judgement	Low			

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	El protocolo no recoge un plan de análisis estadístico.
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	12	Study ID	Nia 2018	Assessor	-
Ref or Label	Nia 2018 (19)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG	Comparator	GC en lista de espera, cuidados habituales	Source	Journal article(s)
Outcome	Intensidad dolor, subescala afectiva (RAPS)	Results	-		1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	Seventy-five eligible patients with RA were selected using convenience sampling method but allocated among three groups – two intervention groups and one control group – through unmatched block randomization		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N			
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	PY			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N			
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y			
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA			
	Risk of bias judgement	Low			

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	El protocolo no recoge un plan de análisis estadístico.
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	13	Study ID	Nia 2018	Assessor	-
Ref or Label	Nia 2018 (19)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG	Comparator	GC en lista de espera, cuidados habituales	Source	Journal article(s)
Outcome	Intensidad dolor, subescala sensorial-discriminativa (RAPS)	Results	-		1
Domain	Signalling question		Response	Comments	
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?		Y	Seventy-five eligible patients with RA were selected using convenience sampling method but allocated among three groups – two intervention groups and one control group – through unmatched block randomization	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		NI		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		N		
	Risk of bias judgement		Some concerns		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y	Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.	
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		PY		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		N		
	2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		Y		
	2.7. If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?		NA		
	Risk of bias judgement		Low		

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	El protocolo no recoge un plan de análisis estadístico.
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	14	Study ID	Nia 2018	Assessor	-
Ref or Label	Nia 2018 (19)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG	Comparator	GC en lista de espera, cuidados habituales	Source	Journal article(s)
Outcome	Intensidad dolor, subescala cognitiva (RAPS)	Results	-		1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	Seventy-five eligible patients with RA were selected using convenience sampling method but allocated among three groups – two intervention groups and one control group – through unmatched block randomization		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N			
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	PY			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N			
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y			
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA			
	Risk of bias judgement	Low			

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
	Risk of bias judgement	High	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	El protocolo no recoge un plan de análisis estadístico.
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Unique ID	15	Study ID	Elsegood 2012	Assessor	-
Ref or Label	Elsegood 2012 (6)	Aim	Assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	VG como complemento a prácticas habituales	Comparator	GC con práctica clínica habitual	Source	Journal article(s)
Outcome	Índice de dolor (Numerical Rating Scale)	Results	-		1
Domain	Signalling question	Response	Comments		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	Randomly allocated to the guided imagery or usual care group		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI			
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	PN	The groups were equivalent in terms of age, gender, educational level, and cognition. Furthermore, despite differences in mean scores on measures of pain and affect—particularly depression—none were statistically significant, thus suggesting group equivalence for pain, depression, anxiety, and stress.		
	Risk of bias judgement	Some concerns			
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	Debido a la propia naturaleza de la intervención, no pudo haber cegamiento de los participantes. Tampoco hay indicaciones de que hubiera cegamiento de los investigadores.		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	PY			
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N			
	2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA			
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA			
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y			

Tabla A13. Riesgo de sesgo de los estudios evaluados mediante la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane (continuación).

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias due to deviations from intended interventions	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	Low	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PY	Las expectativas sobre los efectos de la intervención pueden haber tenido un impacto en la valoración del dolor.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	PY	
Risk of bias judgement	High		
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	No se reporta protocolo
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI	
	Risk of bias judgement	Some concerns	
Overall bias	Risk of bias judgement	High	

Anexo 7. Resultados de seguridad

Tabla A14. Tabla de evidencia de los resultados de seguridad

Primer autor, año	Desenlace	Medida de resultado	Resultados	Resumen resultados	Discusión según autores estudio	Limitaciones según autores estudio
Cefalea tensional crónica						
Abdoli, 2012	Eventos adversos	Frecuencia eventos adversos reportados espontáneamente.	No se reportó ningún evento adverso de forma espontánea durante el estudio.	NA	NA	NA
Fibromialgia						
Onieva-Zafra, 2015	No reportados	NA	NA	NA	NA	NA
Verkaik, 2014	No reportados	NA	NA	NA	NA	NA
Menzies, 2014	No reportados	NA	NA	NA	NA	NA
Artritis reumatoide						
Nia, 2018	No reportados	NA	NA	NA	NA	NA
Dolor crónico en personas mayores						
Elsegood, 2012	No reportados	NA	NA	NA	NA	NA

NA: no aplicable

Anexo 8. Resultados de eficacia

Tabla A15. Tabla de evidencia de los resultados de eficacia

Primer autor, año	Desenlace	Medida de resultado	Resultados	Resumen resultados	Limitaciones según autores estudio
Cefalea tensional crónica					
Abdoli, 2012	Intensidad de las cefaleas	"Valor terapéutico": porcentaje de cambio entre las medidas EVA del dolor pre- y postratamiento.	VG con audio= 88,13% (p=0,0001) VG con memorias positivas: 87,01% (p=0,0001) Control= 26,3% (p=0,0001)	Sin diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de VG. Cambios en grupos VG superiores a los obtenidos en GC (p=0,0001).	Necesidad de seguimiento más largo para determinar beneficios a largo plazo. No extrapolable a pacientes con puntuaciones de dolor altas.
	Frecuencia de las cefaleas	"Valor terapéutico": porcentaje de cambio entre las medidas de frecuencia semanal pre- y postratamiento.	VG con audio=78,21% (p=0,0001) VG con memorias positivas=71% (p=0,0001) Control= 33,3% (p=0,002)		
	Duración de las cefaleas	"Valor terapéutico": porcentaje de cambio entre el total de horas con cefalea pre- y postratamiento.	VG con audio=80,1% (p=0,0001) VG con memorias positivas=74,9% (p=0,0001) Control= 47,2% (p=0,0001)		
Fibromialgia					
Onieva-Zafra, 2015	Intensidad del dolor obtenidas con una EVA del dolor entre 0 y 10.	Puntuación media y DE.	VG, inicio tratamiento: 7,66 (DE=0,4) VG, 4 semanas: 5,89 (DE=1,26) VG, 8 semanas: 8,05 (DE=1,04) GC, inicio tratamiento: 7,71 (DE=0,8) GC, 4 semanas: 7,97 (DE=1,12) GC, 8 semanas: 8,75 (DE=1,47)	Dolor basal vs. 4 semanas: reducción intensidad del dolor (p=0,046) y subdominios sensorial (p=0,042) y sensorial+afectivo (p=0,049) del dolor en grupo VG vs GC. Dolor basal vs 8 semanas: reducción dominio sensorial del dolor (p=0,048) pero no intensidad del mismo (p=0,134).	No cegamiento. No garantía de adherencia al tratamiento. Posible existencia de factores confusores.
	Experiencia subjetiva del dolor obtenida con el MPQ-LF: dominio sensorial.	Puntuación media y DE.	VG, inicio tratamiento: 17,4 (DE=6,5) VG, 4 semanas: 16,8 (DE=9,1) VG, 8 semanas: 16,3 (DE=9,1) GC, inicio tratamiento: 16,8 (DE=10,1) GC, 4 semanas: 19,2 (DE=10,2) GC, 8 semanas: 20,6 (DE=10,6)		

Tabla A15. Tabla de evidencia de los resultados de eficacia (continuación).

Primer autor, año	Desenlace	Medida de resultado	Resultados	Resumen resultados	Limitaciones según autores estudio
	Experiencia subjetiva del dolor obtenida con el MPQ-LF: dominio afectivo.	Puntuación media y DE.	VG, inicio tratamiento: 4,5 (DE=5,8) VG, 4 semanas: 4,7 (DE=6,4) VG, 8 semanas: 4,2 (DE=4,1) GC, inicio tratamiento: 5,3 (DE=5,3) GC, 4 semanas: 6,9 (DE=8,8) GC, 8 semanas: 6,8 (DE=3,9)		
	Experiencia subjetiva del dolor obtenida con el MPQ-LF: dominio evaluativo.	Puntuación media y DE.	VG, inicio tratamiento: 21,9 (DE=9,4) VG, 4 semanas: 21,5 (DE=7,5) VG, 8 semanas: 20,5 (DE=8,4) GC, inicio tratamiento: 21,8 (DE=10,5) GC, 4 semanas: 26,1 (DE=9,7) GC, 8 semanas: 27,4 (DE=9,3)		
Verkaik, 2014	Intensidad del dolor medida con la EVA del dolor.	Puntuación media y IC 95%.	VG, día 1: 5,84 (IC 95%: 5,04 - 6,58) VG, día 26: 5,37 (IC 95%: 4,57 - 6,18) GC, día 1: 5,88 (IC 95%: 5,31 - 6,32) GC, día 26: 5,33 (IC 95%: 4,71 - 5,93)	No se pudo demostrar un cambio significativo en la intensidad del dolor entre los días 1 y 26 del estudio ni el grupo intervención ni en el GC. Tampoco se observaron diferencias entre el cambio en los dos grupos.	Pérdida de 4 participantes entre las medidas pre- y postratamiento. Medida dolor al final de cada día en lugar de inmediatamente después de la realización de los ejercicios.
Menzies, 2014	Intensidad del dolor en las 24 h previas al momento de medida, utilizando el cuestionario abreviado <i>Brief Pain Inventory (BPI)</i> .	Puntuación media y DE.	Entre el inicio de la intervención y las 6 semanas, cambios estadísticamente significativos entre grupos ($p=0,03$): VG, de 5,3 (DE=0,39) a 4,7 (DE=0,39) GC, de 4,7 (DE=0,37) a 4,9 (DE=0,37) Entre el inicio de la intervención y las 10 semanas, cambios estadísticamente significativos entre grupos ($p<0,01$): VG, de 5,3 (DE=0,39) a 4,6 (DE=0,39) GC, de 4,7 (DE=0,37) a 5,1 (DE=0,37)	El estudio demuestra un efecto de la VG en la intensidad del dolor.	No se utilizó un GC activo. No se pudo monitorizar la adherencia al tratamiento en un 40 % de las participantes.

Tabla A15. Tabla de evidencia de los resultados de eficacia (continuación).

Primer autor, año	Desenlace	Medida de resultado	Resultados	Resumen resultados	Limitaciones según autores estudio
	Interferencia del dolor en las actividades diarias, referente a las 24 h previas al momento de medida, utilizando el cuestionario abreviado <i>Brief Pain Inventory (BPI)</i> .	Puntuación media y DE.	Entre el inicio de la intervención y las 6 semanas, cambios no estadísticamente significativos entre grupos ($p=0,08$): VG, de 5,5 (DE=0,50) a 4,5 (DE=0,50) GC, de 5,3 (DE=0,47) a 5,2 (DE=0,47) Entre el inicio de la intervención y las 10 semanas, cambios no estadísticamente significativos entre grupos ($p=0,09$): VG, de 5,5 (DE=0,50) a 4,2 (DE=0,50) GC, de 5,3 (DE=0,47) a 4,9 (DE=0,47)		
Artritis reumatoide					
Nia, 2018	Intensidad del dolor (subescala fisiológica) medida con RAPS.	Diferencia de medias, DE o EE e IC 95%.	Diferencias pre y post en cada grupo: VG: -10,2 (DE=3,3) (IC 95%: -11,5 a -8,8); $p=0,001$ GC: -0,4 (DE=2,9) (IC 95%: -1,2 a 0,4); $p=0,3$ Diferencias postintervención entre grupos: 11,9 (EE=0,6) (IC 95%: 10,3 a 13,5); $p=0,001$	Disminución estadísticamente significativa de la intensidad del dolor en las 4 subescalas del dolor después de la intervención de VG; sin cambios estadísticamente significativos en GC.	Estudio centrado en pacientes con artritis reumatoide en fase de remisión. No se pueden extraer conclusiones relativas al efecto de la VG en pacientes en fase de relapso.
	Intensidad del dolor (subescala afectiva) medida con RAPS.	Diferencia de medias, DE o EE e IC 95%.	Diferencias pre-post en cada grupo: VG: -7,1 (DE=2,2) (IC 95%: -8 a -6,2); $p=0,001$ GC: 0 (DE=0,4) (IC 95%: -0,8 a 0,9); $p=0,8$ Diferencias post-intervención entre grupos: 8,5 (EE=0,7) (IC 95%: 6,7 a 10,3); $p=0,001$	Diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la intensidad del dolor al final de la misma; reducción mayor en el grupo de VG.	

Tabla A15. Tabla de evidencia de los resultados de eficacia (continuación).

Primer autor, año	Desenlace	Medida de resultado	Resultados	Resumen resultados	Limitaciones según autores estudio
	Intensidad del dolor (subescala sensorial-discriminativa) medida con RAPS.	Diferencia de medias, DE o EE e IC 95%.	Diferencias pre-post en cada grupo: VG: -20,6 (DE=5,3) (IC 95%: -22,8 a -18,5); p=0,001 GC: -1,2 (DE=3,8) (IC 95%: -2,8 a 0,4); p=0,1 Diferencias posintervención entre grupos: 21,2 (EE=1,2) (IC 95%: 18,2 a 24,1); p=0,001		
	Intensidad del dolor (subescala cognitiva) medida con RAPS.	Diferencia de medias, DE o EE e IC 95%.	Diferencias pre-post en cada grupo: VG: -17,7 (DE=4) (IC 95%: -19,4 a -16); p=0,001 GC: -1 (DE=2,5) (IC 95%: -2,1 a 0,1); p=0,05 Diferencias post-intervención entre grupos: 18,6 (EE=0,7) (16,8;20,4) P=0,001		
Dolor crónico en personas mayores					
Esegood, 2012	Índice de dolor medido con la <i>Numerical Rating Scale</i> (de 0 a 10).	Diferencia pre- y postratamiento y DE (valor negativo implica mejora en el dolor).	VG: cambio pre-post= -0,56 (DE=3,58) GC: cambio pre-post= 1,9 (DE=4,04) Sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p=0,0790)	VG aplicada en grupo durante 16 días no logró mejorar el dolor crónico de los participantes en el estudio.	Sala donde se practicó la VG muy calurosa.

DE: Desviación estándar; EE: Error estándar; EVA: Escala visual analógica; GC: Grupo control; IC: Intervalo de confianza; MPQ-LF: Cuestionario extendido del dolor de McGill; RAPS: escala del dolor en artritis reumatoide; VG: Visualización guiada

