

Eficacia de la terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con fibromialgia: una revisión sistemática

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Teresa Berral Garrido

Tutora: Tasmania del Pino Sedeño

Campus de la Orotava

Calle Inocencia García, 1

38300 la Orotava

universidadeuropea.com

Instalaciones de Santa Cruz

C/ Valentín Sanz, 27

38002 Santa Cruz de Tenerife

Resumen

Objetivo: La fibromialgia es una enfermedad reumática crónica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado, fatiga y comorbilidad psicológica, cuyo manejo clínico actual mediante fármacos presenta beneficios limitados. El objetivo es evaluar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sobre la sintomatología clínica y la calidad de vida.

Método: Revisión sistemática con metanálisis utilizando la metodología Cochrane y la declaración PRISMA. Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos MEDLINE, PsycInfo y CINAHL. El riesgo de sesgo se evaluó mediante la herramienta del *Critical Appraisal Skills Programme* español para ensayos clínicos.

Resultados: Se seleccionaron 10 ensayos controlados aleatorizados para la síntesis cualitativa y seis para el metanálisis. Los resultados mostraron que la ACT produjo una mejora muy significativa en la calidad de vida (MD = 1,20), con un efecto grande. Asimismo, se observó una reducción moderada en los niveles de ansiedad (SMD = -0,56; IC95%: -0,80, -0,31; N = 267), depresión (MD = -0,43; IC95%: -0,74, -0,11; N = 542;) y fatiga (MD = -0,65; IC95%: -1,02, -0,29; N = 124;). El impacto sobre la intensidad del dolor fue estadísticamente significativo, pero de magnitud pequeña (MD = -0,36; IC95%: -0,64, -0,08; N = 552).

Conclusión: En conclusión, la ACT se consolida como una intervención integral eficaz que trasciende el manejo del síntoma físico para centrarse en la funcionalidad global del paciente. Estos hallazgos respaldan la necesidad de integrar al psicólogo en el tratamiento multidisciplinar habitual para mejorar el bienestar del paciente.

Palabras clave: Ansiedad, Calidad de vida, Depresión, Dolor, Fibromialgia, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Abstract

Objective: Fibromyalgia is a chronic rheumatic disease characterized by generalized musculoskeletal pain, fatigue, and psychological comorbidity, whose current clinical management through drugs offers limited benefits. The objective is to evaluate the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on clinical symptoms and quality of life.

Method: Systematic review and meta-analysis using the Cochrane methodology and the PRISMA statement. An exhaustive search was conducted in the MEDLINE, PsycInfo, and CINAHL databases. Risk of bias was assessed using the Spanish version of the Critical Appraisal Skills Programme tool for clinical trials.

Results: Ten randomized controlled trials were selected for qualitative synthesis and six for meta-analysis. Results showed that ACT produced a highly significant improvement in quality of life (MD = 1.20), with a large effect size. Likewise, a moderate reduction was observed in levels of anxiety (SMD = -0.56; 95% CI: -0.80, -0.31; N = 267), depression (MD = -0.43; 95% CI: -0.74, -0.11; N = 542), and fatigue (MD = -0.65; 95% CI: -1.02, -0.29; N = 124). The impact on pain intensity was statistically significant, but of small magnitude (MD = -0.36; 95% CI: -0.64, -0.08; N = 552).

Conclusion: In conclusion, ACT is established as an effective comprehensive intervention that transcends the management of physical symptoms to focus on the patient's global functionality. These findings support the need to integrate psychologists into routine multidisciplinary treatment to improve patient well-being.

Keywords: *Anxiety, Quality of life, Depression, Pain, Fibromyalgia, Acceptance and Commitment Therapy.*

1. Introducción

La fibromialgia (FM) se clasifica como una afección crónica de naturaleza reumática y compleja que afecta de forma predominante al sexo femenino. Su cuadro clínico principal se caracteriza por un dolor musculoesquelético generalizado de larga evolución, a lo que se suma frecuentemente fatiga persistente, alteraciones en el patrón de sueño, rigidez corporal y deterioro de la función cognitiva (Colegio Americano de Reumatología [ACR del inglés *American College of Rheumatology*], 2021; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Esta condición ha sido reconocida por la OMS desde 1992, y su prevalencia global se estima que se sitúa entre el 2% y el 4% de la población adulta (ACR, 2021). Para el diagnóstico de la enfermedad, se emplean actualmente criterios clínicos estandarizados que han evolucionado desde la propuesta inicial del ACR en 1990 (Wolfe et al., 1990) hacia las versiones de 2010 (Wolfe et al., 2010) y su revisión de 2016 (Wolfe et al., 2016). Estas últimas actualizaciones han desplazado el enfoque desde los puntos dolorosos hacia una evaluación integral basada en el Índice de Dolor Generalizado (WPI del inglés *Widespread pain Index*) y la Escala de Gravedad de Síntomas (SSS del inglés *Symptom Severity Score*), herramientas que mantienen su vigencia y validez diagnóstica en la literatura científica reciente (Salaffi et al., 2024; Wolfe et al., 2016).

El dolor crónico generalizado es el síntoma cardinal de la FM y está fuertemente asociado con el deterioro de la calidad de vida (CdV) de los pacientes, imponiendo severas limitaciones en sus actividades laborales, sociales y cotidianas. Aunque el dolor es central, la evidencia actual sugiere que la discapacidad es predicha de manera más significativa por el malestar psicológico (entendido como depresión y ansiedad), que por la intensidad del dolor por sí misma (Galvez-Sánchez et al., 2022). La etiopatogenia de la FM es de carácter multifactorial. Existe una fuerte relación con ciertas anomalías en el procesamiento del dolor que se producen a nivel del sistema nervioso central, mecanismo que es comúnmente denominado sensibilización central (Julien et al., 2018).

Dada la cronicidad de esta patología, la FM presenta un alto grado de comorbilidad psicológica. Las personas afectadas manifiestan un riesgo notablemente mayor de desarrollar trastornos de ansiedad y del

estado de ánimo (Häuser et al., 2015), lo que subraya la necesidad de implementar un enfoque de tratamiento integral. Se observa una interacción bidireccional constante entre la intensidad del dolor, los niveles de fatiga y la sintomatología psicológica. Esta retroalimentación suele derivar en un patrón de evitación experiencial y malestar persistente que consolida procesos de inflexibilidad psicológica, dificultando la adaptación de la paciente a su condición crónica (Gentili et al., 2019; McCracken & Vowles, 2014).

El manejo de la FM representa un desafío en la práctica clínica actual. Los tratamientos basados en fármacos de primera línea (tales como ciertos antidepresivos y anticonvulsivantes) suelen proporcionar beneficios limitados o modestos, y a menudo sus efectos secundarios dificultan la adherencia y la CdV de quienes los consumen (Sociedad Española de Reumatología [SER], 2020). Es importante destacar que los opiáceos están, en particular, contraindicados, ya que la evidencia a largo plazo no sustenta su eficacia en FM y conllevan un riesgo significativo de dependencia (Protocolo Rioja Salud, 2021). Por estas razones, en las guías de tratamiento se aconseja adoptar una estrategia multidisciplinaria, enfatizando que las terapias no farmacológicas deben constituir el eje central del manejo inicial (Macfarlane et al., 2017). Estas terapias incluyen el ejercicio físico y las intervenciones psicológicas como elementos esenciales para abordar tanto las alteraciones del estado de ánimo como las estrategias de afrontamiento que resultan ineficaces (Macfarlane et al., 2017).

Dentro del ámbito de las intervenciones psicológicas, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, del inglés *Acceptance and Commitment Therapy*), enmarcada dentro de las terapias contextuales o de tercera generación, se ha consolidado como un enfoque prometedor para el tratamiento del dolor crónico (Gámez-Guadix et al., 2023). A diferencia de los modelos terapéuticos tradicionales que priorizan la reducción o el control directo del dolor o del síntoma, la ACT dirige su foco hacia el incremento de la flexibilidad psicológica. Esto se logra mediante la activación de seis procesos interrelacionados: aceptación, defusión cognitiva, contacto con el momento presente, el yo como contexto, valores y acción comprometida (Anusuya & Gayatri Devi, 2025).

Recientes revisiones generales de la evidencia (*overviews*) han subrayado que, si bien el impacto de la ACT en la reducción de la intensidad física del dolor puede ser modesto o inconsistente, su eficacia es sólida y superior en la mejora de la funcionalidad y la salud mental a largo plazo (Martinez-Calderon et al., 2024). Este fenómeno se explica porque la ACT no actúa directamente sobre la nocicepción, sino sobre mediadores psicológicos clave como el catastrofismo y la evitación experiencial, los cuales son predictores críticos de la discapacidad en la FM (Hughes et al., 2017; Lai et al., 2023). Al fomentar una respuesta de aceptación ante el síntoma, se rompe el ciclo de hipervigilancia y malestar emocional, permitiendo que la paciente recupere el control sobre su vida cotidiana a pesar de la persistencia de los síntomas físicos.

La meta terapéutica de la ACT se enfoca en modificar la relación que el paciente establece con sus experiencias internas aversivas, en lugar de perseguir la eliminación del dolor. El propósito es que el individuo desarrolle la capacidad de acoger el dolor y el malestar como sucesos internos inevitables. De forma paralela, el paciente se compromete con la ejecución de acciones que son consistentes con sus valores fundamentales, logrando así una mejora sustancial en su funcionalidad y CdV, aun en presencia de los síntomas de la FM (Eastwood et al., 2023).

Existe ya una creciente literatura que avala la eficacia de ACT en diversas poblaciones con dolor crónico (McCracken et al., 2022). Sin embargo, dada la heterogeneidad de los estudios sobre FM y ACT en términos de diseño, duración y desenlaces evaluados, es necesaria una síntesis rigurosa de la evidencia de máxima calidad.

El objetivo primordial de esta revisión sistemática (RS) consiste en evaluar la eficacia de la ACT, administrada en formato individual o grupal, específicamente en los niveles de dolor (incluyendo intensidad, frecuencia o umbral) en población adulta con FM. Como objetivo secundario, se buscará analizar el impacto de la ACT sobre otros desenlaces secundarios de relevancia clínica en estas pacientes, tales como la CdV, la fatiga, y los niveles de ansiedad y depresión.

2. Métodos

Para garantizar el rigor metodológico de la presente RS con metanálisis (MA) se aplicó la metodología detallada en el Manual de la Cochrane (Higgins et al., 2024). Adicionalmente, la elaboración y el informe de esta revisión se realizaron en estricto cumplimiento con las directrices establecidas por la declaración PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

2.1 Criterios de Elegibilidad

Para la selección, se consideraron únicamente los estudios que evaluaban la efectividad de la ACT en individuos con un diagnóstico confirmado de FM. Los criterios de inclusión fueron: se incorporaron de manera exclusiva ensayos controlados aleatorizados (ECA). Por consiguiente, se procedió a la exclusión de ensayos controlados no aleatorizados, así como de diseños tipo antes-después, estudios observacionales (tanto longitudinales como transversales), series de casos, informes de casos aislados y RS. Además, se descartaron otros documentos como las revisiones narrativas, editoriales, ponencias o resúmenes de congresos.

Por tipo de paciente, se incluyeron personas adultas (>18 años) diagnosticadas con FM según criterios clínicos reconocidos.

Por intervención, se incluyeron aquellos estudios que implementaban programas o intervenciones de ACT aplicada de manera individual o grupal, y se consideró cualquier tipo de comparador (grupos control como atención habitual, lista de espera o comparaciones con otras intervenciones no relacionadas).

En cuanto a las medidas de resultados, se incluyó la medición del dolor como desenlace principal (intensidad, frecuencia o umbral de dolor evaluado con escalas validadas: escala visual analógica [EVA], escala numérica del dolor [NRS, por sus siglas en inglés *Numerical Rating Scale*], *Fibromyalgia Impact Questionnaire* [FIQ], etc.). Como resultados secundarios se incluyó CdV, fatiga, ansiedad y depresión.

Respecto a la delimitación por idioma, se consideró únicamente los estudios que se hubieran publicado en español o en inglés.

2.2 Fuentes de Información

Se implementó una estrategia de búsqueda exhaustiva en tres bases de datos especializadas: MEDLINE Complete, APA PsycInfo y CINAHL *with Full Text*.

2.3 Estrategias de búsqueda

Se elaboró una estrategia de búsqueda exhaustiva (07/10/2025) sin límite inicial de fecha que combinó términos controlados y en texto libre relacionados con la población (FM) y la intervención (ACT).

El diseño inicial de la estrategia de búsqueda se llevó a cabo en MEDLINE. Posteriormente, esta fue adaptada y aplicada a las demás bases de datos. La estrategia completa puede revisarse en detalle en el Anexo 1.

2.4 Proceso de Selección de los Estudios

Las referencias obtenidas en las distintas bases de datos consultadas fueron exportadas en un gestor de referencias bibliográficas específico (Refworks). El uso de esta herramienta permitió la identificación y eliminación de referencias duplicadas. El conjunto de citas únicas fue transferido a una hoja de cálculo (Microsoft Excel) para iniciar el proceso de cribado.

La selección se ejecutó en dos etapas sucesivas por parte de dos revisoras (autora y tutora) de manera independiente. En una primera fase, se evaluaron los estudios basándose en su título y resumen para una preselección. Posteriormente, los artículos preseleccionados fueron analizados a texto completo para verificar el cumplimiento estricto de los criterios de elegibilidad descritos en el apartado anterior. Cualquier desacuerdo respecto a la inclusión o exclusión de un artículo se resolvió a través de la discusión y el consenso.

2.6 Lista de Datos

La extracción de datos se realizó por una revisora y fue comprobada por una segunda, abarcando información en cuatro categorías principales. Primero, los datos relativos a la identificación y el diseño del estudio (incluyendo título, autores, año, financiación, país de origen, contexto clínico, objetivo, tipo de diseño, número de grupos y periodos de seguimiento). Segundo, las características de los participantes (condición clínica, criterios de elegibilidad, número de participantes aleatorizados, pérdidas y datos sociodemográficos/clínicos basales). Tercero, la intervención (descripción del tratamiento, método de administración, proveedor, número, duración y periodicidad de las sesiones). Finalmente, se extrajeron las medidas de resultado, incluyendo los instrumentos, los momentos de evaluación y las conclusiones clínicas. Adicionalmente, se obtuvieron los resultados estadísticos de cada desenlace de interés de forma pormenorizada (medias [M], desviaciones típicas [DT], tamaños muestrales [N] y P-valores).

2.7 Evaluación del Riesgo de Sesgo de los Estudios Individuales

La evaluación del riesgo de sesgo y la calidad metodológica de cada estudio se realizó mediante la plantilla de lectura crítica para ECA del *Critical Appraisal Skills Programme* español (CASPe). Se hizo una prueba piloto con uno de los estudios realizados por ambas revisoras de forma independiente. La evaluación del riesgo de sesgo de los estudios restantes se realizó por una revisora y fue comprobada por una segunda.

2.8 Medidas del Efecto

La estimación de los efectos de las intervenciones de ACT se cuantificó para los desenlaces de dolor, CdV, fatiga, ansiedad y depresión. Por tanto, las medidas de resultado analizadas en la presente RS fueron variables continuas y la magnitud de los efectos se estimó mediante la diferencia de medias (MD, *mean difference* en inglés) o la diferencia de medias estandarizadas (SMD, *standardized mean difference* en inglés). Se aplicó la MD cuando los estudios utilizan escalas de medición idénticas, y la SMD cuando los instrumentos diferían, permitiendo la combinación de los datos en una misma métrica. Todos los efectos se informaron con su respectivo intervalo de confianza al 95% (IC95%) (Higgins et al., 2022).

2.9 Métodos de Síntesis

La información obtenida fue resumida narrativamente con tabulación de los resultados obtenidos de cada estudio. También se realizó una síntesis cuantitativa mediante MA cuando los datos informados eran combinables, así como cuando los estudios incluidos fueron homogéneos clínica y metodológicamente. Se estimó la MD o la SMD de las medidas de resultado evaluadas mediante el método del inverso de la varianza (Egger et al., 2008; Fleiss, 1993). La heterogeneidad de los resultados del MA se evaluó gráficamente mediante la presentación de los efectos estimados y sus IC95% de cada estudio en un forest plot, así como a través del estadístico I^2 de Higgins (Higgins et al., 2003). Siguiendo las recomendaciones, se consideró la presencia de heterogeneidad cuando el valor de I^2 fue superior al 50%. En tal caso, en lugar de un modelo de efectos fijos, se aplicó un modelo de efectos aleatorios. En presencia de una heterogeneidad de mayor magnitud e inexplicada ($I^2 > 90\%$), no se llevó a cabo ningún MA y la síntesis de la evidencia se informó de forma narrativa. Para los análisis, se utilizó el programa estadístico Review Manager Version 5.4. (RevMan 5.4) (The Cochrane Collaboration, 2020.)

2.10 Evaluación del Sesgo de Publicación

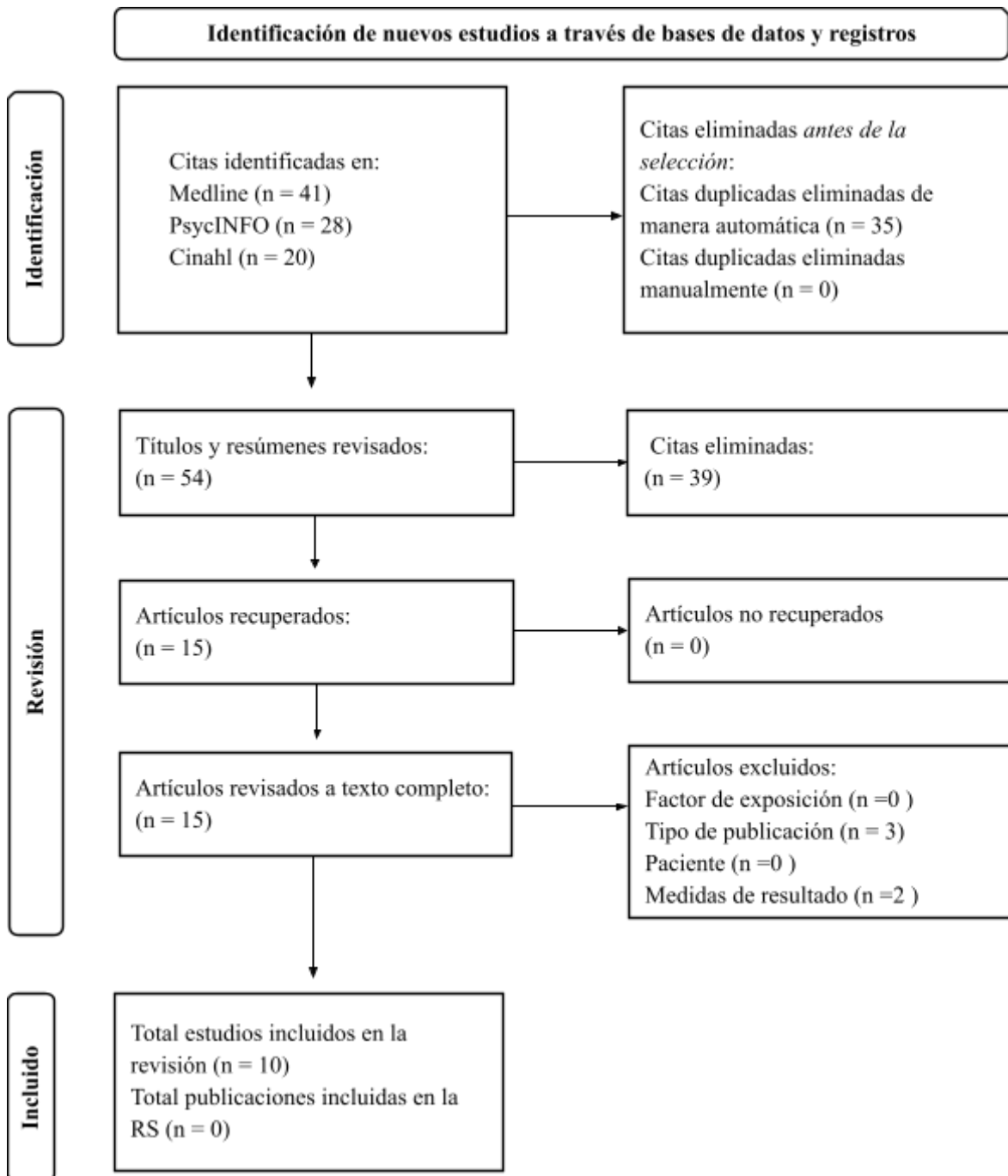
El riesgo de sesgo de publicación fue evaluado mediante la inspección visual de los gráficos de embudo (*funnel plots*) cuando la muestra (número de estudios) y los datos lo permitían. La herramienta utilizada para generar todos los *funnel plots* fue RevMan 5.4.

3. Resultados

La búsqueda inicial en las bases de datos fue de un total de 89 referencias. Tras eliminar los registros duplicados y aplicar los criterios de selección iniciales basados en el título y el resumen, se procedió a la revisión de 15 artículos a texto completo. Finalmente, después de la evaluación exhaustiva, se seleccionaron 10 estudios para la inclusión definitiva (Catella et al., 2024; Gallego et al., 2024; Gendreau et al., 2024; Luciano, et al., 2017; Luciano et al., 2014; Ramo et al., 2024; Simister et al., 2018; Steiner et al., 2013; Varallo et al., 2023; Wicksell et al., 2013). Los criterios y las razones de exclusión de los artículos restantes se detallan en el Anexo 2.

Figura 1.

Diagrama de Flujo del proceso de búsqueda y selección de estudios



3.1. Características de los Estudios Incluidos

Los 10 estudios incluidos fueron publicados entre 2013 y 2024 y se llevaron a cabo en España (Gallego et al., 2024; Luciano et al., 2014, 2017; Ramo et al., 2024), Estados Unidos (Catella et al., 2024; Gendreau et al., 2024; Steiner et al., 2013), Canadá (Simister et al., 2018), Italia (Varallo et al., 2023) y Suecia (Wicksell et al., 2013). Todos ellos eran ECA, mayoritariamente con dos brazos de intervención. No obstante, las investigaciones de Gallego et al. (2024) y Luciano et al. (2014, 2017) tuvieron tres brazos de comparación. Los periodos de seguimiento mostraron variabilidad entre las investigaciones. El seguimiento mínimo registrado fue de un mes (Varallo et al., 2023), mientras que el máximo alcanzó los seis meses, siendo este el plazo más frecuente entre los estudios analizados (Gallego et al., 2024; Luciano et al., 2014, 2017; Ramo et al., 2024). Otros autores optaron por evaluaciones intermedias de entre tres y cuatro meses (Gendreau et al., 2024; Simister et al., 2018; Steiner et al., 2013; Wicksell et al., 2013), a excepción de Catella et al. (2024), donde no consta información al respecto. La información detallada sobre las características generales de los estudios puede consultarse en la tabla 1.

Tabla 1

Características generales de los estudios incluidos

Autores, año	CI	Financiación	País	Objetivo	Diseño	Nº grupos	Seguimiento (post-intervención)
Catella et al., 2024	Sí. Varios autores son consultores, empleados, accionistas, o han recibido financiación de Swing Therapeutics, Inc.	Financiado por Swing Therapeutics, Inc. (patrocinador del estudio).	Estados Unidos / 7 centros de investigación	Evaluar la viabilidad de un ECA virtual en FM y la evidencia preliminar de seguridad y eficacia del programa FM-ACT frente al control activo (FM-ST).	ECA Piloto Fase II con control activo, simple ciego y grupos Paralelos	2	NA
Gallego et al., 2024	Sí. Varios autores son empleados, accionistas, o asesores remunerados de Swing Therapeutics, Inc.	Principalmente Pública: Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y Fondos FEDER (UE). Apoyo de Swing Therapeutics, Inc.	España	Analizar la efectividad (resultado primario FIQR), la costo-utilidad y los efectos fisiológicos/biomarcadores de la ACT Digital (Digital ACT) vs. Control Activo (FibroST) vs. Control Pasivo (TAU).	ECA de superioridad con 3 brazos (1:1:1), grupos paralelos ciegos	3	6m

Gendreau et al., 2024	Sí. Múltiples autores son consultores, empleados, recibir acciones o subvenciones de la compañía Swing Therapeutics (patrocinador).	Swing Therapeutics (El estudio fue totalmente financiado por el patrocinador, que también colaboró en el diseño y el análisis).	Estados Unidos (Multicéntrico, realizado en 25 sitios comunitarios)	Evaluar la eficacia y seguridad de un programa de ACT digital autoguiado (App Stanza) sobre el manejo de la FM.	ECA Fase 3, Multicéntrico	2	3m
Luciano, et al., 2017	No	Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) (Principal) y Fondos FEDER de la Unión Europea (Cofinanciación).	España (Centros de Atención Primaria de Salud de Zaragoza)	Analizar la costo-utilidad (costos y ganancia en QALYs) de la ACT en Grupo (GACT) en pacientes con FM, comparándola con el Tratamiento Farmacológico Recomendado (RPT) y la Lista de Espera (WL) a los 6 meses de seguimiento.	ECA con 3 brazos	3	6m
Luciano et al., 2014	No	Juan V. Luciano recibió un contrato de investigación del Instituto de Salud Carlos III (Red RD06/0018/0017).	España (Centros de Atención Primaria de Salud de Zaragoza)	Evaluar la efectividad de la ACT grupal (GACT) en el estado funcional (FIQ) y el rol de la aceptación del dolor como mediador en pacientes con FM.	ECA	3	6m
Ramo et al., 2024	No	NR	España	Probar los efectos de una ACT grupal corta enfocada en reducir la catastrofización/fusión cognitiva y mejorar la funcionalidad y el bienestar psicológico de las pacientes con FM.	ECA con lista de espera	2	6m
Simister et al., 2018	No	NR	Canadá	Evaluar la eficacia de la ACT Online en el Impacto de la FM y si esta mejora es mediada por el aumento en la Aceptación del Dolor.	ECA con grupo de control tratamiento habitual	2	3m
Steiner et al., 2013	No	No se menciona una fuente de financiación específica, pero se agradece al personal del IU Clinical Research Center for Pain-Fibromyalgia por su asistencia en el reclutamiento.	Estados Unidos	Explorar los efectos de la ACT en el éxito en la acción basada en valores en una muestra de mujeres con Síndrome de Fibromialgia (FMS). El objetivo primario del estudio padre era evaluar la viabilidad y aceptabilidad de la intervención ACT.	ECA Piloto a pequeña escala	2	3m

Varallo et al., 2023	No	NR	Italia (IRCCS Istituto Auxologico Italiano en Piancavallo)	Evaluar la eficacia de un tratamiento grupal basado en la aceptación (ABT) en la mejora de la aceptación del dolor (outcome primario), el funcionamiento físico y la reducción del catastrofismo del dolor y la kinesiofobia (outcomes secundarios) en pacientes con FM y obesidad comórbida.	ECA paralelo de dos brazos.	2	1m
Wicksell et al., 2013	No	Un autor (E. K.) recibió apoyo del Consejo Sueco de Investigación (Swedish Research Council), del Consejo del Condado de Estocolmo y de la Asociación Sueca de Reumatismo.	Suecia (Karolinska University Hospital, Estocolmo).	Evaluar la eficacia de la ACT para la FM y el papel de la inflexibilidad psicológica como mediador de la mejora.	ECA	2	3 a 4m

Nota. CI: Conflicto de Intereses, NR: No reporta, NA: No aplica, N°: Número.

En relación a los participantes, se reclutó un total de 1386 pacientes (M = 138), con un mínimo de 28 (Steiner et al., 2013) y un máximo de 360 pacientes por estudio (Gallego et al., 2024), y un total de 159 pérdidas (11,47%). La condición clínica de los participantes fue en todos los casos diagnóstico de FM, si bien en algunos estudios se especificó el cumplimiento de los criterios ACR 2016 (Catella et al., 2024; Gallego et al., 2024; Gendreau et al., 2024), los criterios ACR 1990 (Luciano et al., 2014; Ramo et al., 2024) o la presencia de comorbilidad con obesidad (Varallo et al., 2023). La media de edad fue de 48,22 años (DT = 4,40).

Las características demográficas y clínicas de las participantes de cada estudio se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2.

Características de los participantes

Condición clínica	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	N pacientes aleatorizados	N perdidos	M	DT	R	N Grupo Intervención psicológica	N perdidos Grupo Intervención psicológica	N Grupo control	N perdidos Grupo control
FM (ACR 2016)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 22–75 años 2. Diagnóstico de FM (ACR 2016) 3. FIQ-R basal 25–80 (C1) o 35–80 (C2) 4. Dolor basal NRS 4–9 5. Uso de smartphone y lectura de inglés 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno bipolar 2. TDM y/o ansiedad no tratados actualmente 3. Ideación/conducta suicida (último año) 4. Abuso/dependencia de alcohol/drogas 5. Uso regular de corticoides, opiáceos, o benzodiacepinas 6. Otras condiciones médicas que interfieran 7. Haber recibido psicoterapia/TCC/ACT por FM o dolor crónico en los últimos 24 meses 	67	3	53	10,33	25–68	39	8	28	1
FM (ACR 2016)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 18–70 años 2. Diagnóstico de FM (ACR 2016) 3. FIQR basal 35–80 4. Aceptar mantener tratamiento actual 5. Poseer y usar smartphone compatible con internet diario 6. Dominio del español 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno mental severo (psicosis/suicidio en el último año) 2. Abuso de alcohol/drogas; condiciones médicas severas 3. Recibir psicoterapia (actualmente o en los últimos 12 meses) 	360	60	NI	NI	18-70	120	24	120	24
FM (ACR 2016)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adultos de 22 a 75 años 2. Diagnóstico de FM (criterios 2016) 3. Adherencia a la app (screening en <4 días distintos) 4. Puntuación basal promedio del FIQ-R Total de 35-80 (con una diferencia entre las dos evaluaciones <10 puntos) 5. Nivel de dolor (ítem de intensidad del FIQ-R) de 4-9. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Condiciones médicas que pudieran poner en peligro al participante, interferir con la evaluación del estudio o comprometer la adherencia 	275	25	49	NI	22-75	135	20	135	5
FM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad: 18–65 años 2. Diagnóstico: FM (ACR 1990) 3. Aceptar discontinuar la medicación farmacológica para la 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno psiquiátrico grave (ej. Esquizofrenia, Bipolar) o riesgo de suicidio 2. Abuso de sustancias 3. Enfermedad 	156	19	53,05	7,82	18-65	105	6	105	13

	FM (grupo GACT) y no haber recibido tratamiento farmacológico/psicológico el año previo.	reumatológica o médica que explique el dolor 4. Haber recibido TCC/ACT en los 12 meses previos. Imposibilidad de asistir a terapia grupal.									
FM (ACR 1990)	1. Edad de 18 a 65 años 2. Cumplir criterios ACR 1990 para FM 3. Hablar y leer español con fluidez 4. Sin tratamiento farmacológico (o aceptar interrumpirlo) 5. Sin tratamiento psicológico durante el año anterior	1. Trastornos psiquiátricos graves del Eje I (demencia, esquizofrenia, trastornos por consumo de sustancias/alcohol) 2. Trastornos somáticos graves que impidieran la evaluación o participación	156	20	48,55	5,84	NI	52	6	52	14
FM (ACR 1990)	1. Mujeres adultas 2. Diagnóstico FM (ACR 1990) 3. Dominio del español 4. No bajo tratamiento psicológico 5. Miembro de la Asociación de Fibromialgia de Almería	1. Estar bajo cualquier tratamiento psicológico activo al inicio del estudio	57	7	52	9	30-66	32	7	32	NI
FM	1. Edad 18 años 2. Diagnóstico formal de FM 3. Dolor > 4/10 (NRS) 4. Acceso a Internet y capacidad de lectura adecuada.	1. Comorbilidades Reumatológicas/Inmunológicas (Lupus, SFC, EM) 2. Trastornos psiquiátricos no tratados (psicosis, depresión/bipolar grave) 3. Abuso de sustancias 4. Deterioro cognitivo.	67	13	39,7	9,36	18-64	34	8	34	9
Síndrome de FM	1. Diagnóstico de FMS por un médico 2. Puntuación > 40\$ en el FIQ 3. Edad 18-65 años 4. Capacidad para asistir a 8 sesiones semanales de 1 hora y práctica en casa 5. Disposición a ser aleatorizado; vi) Dosis estables (por lo menos 4 semanas) de medicamentos específicos (ciclobenzaprina, tramadol, gabapentina, pregabalina, tricíclicos, ISRS, IRSN) 6. Capacidad para hablar y escribir en inglés	. 1. Intención o plan suicida activo 2. Otras condiciones reumáticas mayores 3. Esquizofrenia u otra psicosis (autoinforme y evaluación clínica) 4. Demencia, problemas neuropsicológicos o deterioro cognitivo (autoinforme y evaluación clínica).	28	5	48,63	12,96	NI	10	0	10	5
FM y obesidad comórbida	1. Edad entre 18 y 65 años 2. Diagnóstico de FM por un reumatólogo (según criterios ACR)	1. Condiciones psiquiátricas graves 2. Intervención quirúrgica (ej. artroplastia) en los 12 meses anteriores	180	0	44,92	6,60	NI	90	0	90	0

	3. FM diagnosticada por más de un año 4. Cumplimiento de los criterios de investigación de FM medidos con el Fibromyalgia Survey Questionnaire (FSQ)	3. Modificación del tratamiento farmacológico habitual en los 6 meses anteriores 4. Intervenciones de psicoterapia previas o actuales									
FM	1. Pacientes mujeres entre 18 y 55 años 2. Cumplir con los criterios de clasificación de FM del ACR 3. Intensidad media del dolor semanal > 40 (escala visual analógica 0-100).	1. Zurdos, embarazadas o lactantes 2. Implantes metálicos o claustrofobia (por requisitos de resonancia magnética funcional - fMRI) 3. Comorbilidad psiquiátrica grave (ej. riesgo alto de suicidio) 4. Uso de ciertos tratamientos que afectan la percepción del dolor (ej. antidepresivos, opioides) 5. Terapia Cognitivo-Conductual (CBT/TCC) en curso o planificada (en 6 meses) 6. Ausencia de cinco sesiones	40	7	6,6	NI	17	4	17	3	

Nota. Nº: Número, M: Media, DT: Desviación Típica, R: Rango, NI: No Informa.

Las intervenciones psicológicas evaluadas en los estudios incluidos fueron el programa digital autoguiado FM-ACT (Catella et al., 2024); la ACT aplicada mediante aplicación móvil (Gendreau et al., 2024) o en formato de 41 lecciones autoguiadas (Gallego et al., 2024); la ACT en formato grupal (Ramo et al., 2024; Varallo et al., 2023; Wicksell et al., 2013) y la ACT manualizada o guiada online (Simister et al., 2018; Steiner et al., 2013); además de la ACT combinada con tratamiento farmacológico (Luciano et al., 2014, 2017). En tres de los estudios la intervención fue autoguiada sin proveedor directo (Catella et al., 2024; Gallego et al., 2024; Gendreau et al., 2024), mientras que en el resto fue llevada a cabo por psicólogos clínicos o especialistas (Luciano et al., 2014, 2017; Ramo et al., 2024; Simister et al., 2018; Varallo et al., 2023; Wicksell et al., 2013) y un intervencionista (Steiner et al., 2013). La mayoría de las intervenciones tuvieron una periodicidad semanal, con una media de 9,2 semanas de duración. El mínimo de sesiones fue de cinco (Ramo et al., 2024) y el máximo de 41 (Catella et al., 2024; Gallego et al., 2024).

Tabla 3.*Características de la Intervención*

Intervención	Método	Proveedor	N sesiones	Duración sesión	Periodicidad sesiones	Duración total
FM-ACT (Programa digital de ACT para FM).	Digital, Autoguiado (App para smartphone, sin guía de terapeuta), con una frecuencia solicitada de mínimo 5 días/semana.	Ninguno (Intervención Digital Autoguiada)	41	15 a 20 minutos	Mínimo 5 días/semana	12 s
ACT Digital (STANZA®). (Añadido al Tratamiento Habitual - TAU).	ECA 3 Brazos (1:1:1), Ciego a la Hipótesis. 12 semanas de ACT Digital Autoguiada vs. Control Activo Digital vs. TAU. Evaluación a 6 meses. (N=360 planeado).	Ninguno (Intervención Digital Autoguiada)	41 lecciones/sesiones estructuradas (con 42 sesiones como umbral de cumplimiento total).	15 a 20 minutos	5 a 7/ semana	12 s
(ACT) Digital Autoguiada (App "Stanza").	Aplicación móvil autoguiada (Smartphone-delivered).	Ninguno (Intervención Digital Autoguiada)	8 capítulos/sesiones principales (con un total de 54,6 sesiones diarias completadas en promedio).	15 a 20 minutos	5 a 7/ semana	12 s
ACTen Grupo (GACT)	ECA 3 Brazos (GACT vs RPT vs WL). GACT con 8 sesiones semanales de 2 horas. Análisis de Costo-Utilidad (ICER/QALYs). Reclutamiento en Atención Primaria de España.	Psicólogos Clínicos (especializados en ACT)	8	2 h	Semanal	8 s
ACTGrupal (GACT)	ACT)	Psicólogos/Terapeutas entrenados (Inferencia basada en la naturaleza de la terapia de especialidad)	8	2,5 h	Semanal	8s
ACT en formato grupal. Foco en Aceptación, Defusión y Valores.	Grupal	Psicólogo/a especializado/a en ACT (asistido por estudiante de Máster)	5	2 h	Semanal	5s
ACT Online (7 módulos) + Tratamiento Habitual (TAU).	Online Guiado. Materiales en plataforma (PDF, audio, videos) con retroalimentación escrita semanal por el psicólogo.	Psicólogo/a Registrado/a (encargado de la guía y retroalimentación semanal)	7	15 a 20 minutos	Semanal	8s

ACT	Manualizada. Basada en el manual Living Beyond Your Pain: Using Acceptance and Commitment Therapy to Ease Chronic Pain. Enfocada en la aceptación del dolor y la acción basada en valores.	Intervencionista de ACT	8	1 h	Semanal	8s
Tratamiento Basado en la Aceptación (ABT) grupal más Tratamiento Habitual (TAU).	Grupal (10 participantes), manualizado (basado en ACT, centrado en la Aceptación del dolor).	Dos psicólogos con formación en ACT y supervisión semanal	12	1 h	3/semana	3s
ACT.	Grupal (6 participantes por grupo), manualizado. Enfocado en aumentar la Flexibilidad Psicológica.	Dos psicólogos y un médico, todos con formación en CBT y ACT	12	1,5 h	Semanal	12s

Nota. Nº: Número.

Respecto a las condiciones de comparación, los grupos control de los estudios incluidos recibieron mayoritariamente el tratamiento médico habitual o *treatment as usual* (TAU) (Catella et al., 2024; Gendreau et al., 2024; Luciano et al., 2014, 2017; Ramo et al., 2024; Varallo et al., 2023). En otros casos, los participantes fueron asignados a una lista de espera (Simister et al., 2018; Steiner et al., 2013; Wicksell et al., 2013) o a un grupo de control activo que consistió en formación educativa sobre el dolor (Gallego et al., 2024; Steiner et al., 2013). La mayoría de los participantes de estos grupos mantuvieron sus cuidados médicos estándar sin recibir la intervención psicológica específica evaluada. La duración y el número de evaluaciones para el grupo control fueron equivalentes a los del grupo de intervención en todos los estudios, asegurando la comparabilidad de los datos en los mismos puntos temporales de seguimiento.

Tabla 4.

Características de la intervención del grupo control

Intervención (grupo control)	Método (grupo control)	Proveedor (grupo control)	N sesiones (grupo control)	Duración sesión (grupo control)	Periodicidad sesiones (grupo control)	Duración total intervención (grupo control)
FM-ST	Aplicación de Seguimiento de Síntomas de FM, autoguiada, con seguimiento de síntomas diario y materiales educativos.	NA	41	15 a 20 minutos	Mínimo 5 días/semana	12 s
1. Control Activo Digital (FibroST): Seguimiento de síntomas + materiales educativos 2. Control Pasivo: Tratamiento habitual/estándar en España	1. Control Activo (FibroST): Seguimiento de síntomas + material educativo en app (autoguiado, 5–7 días/semana, 12 semanas) 2. Control Pasivo (TAU): Tratamiento farmacológico y recomendación de ejercicios habituales.	NA	41 a 42 sesiones	15 a 20 minutos	5 a 7/ semana	12 s
Control Activo	Aplicación móvil autoguiada (Smartphone-delivered) de seguimiento de síntomas y educación	NA	58,8 sesiones diarias completadas en promedio	NI	5 a 7/ semana	12 s
1. Control Activo Farmacológico 2. Lista de Espera/Control Pasivo	1. Tratamiento Farmacológico (Pregabalina/ Duloxetina) 2. No recibieron tratamiento durante la fase de estudio	Médicos de Cabecera (GPs) del paciente y reumatólogos (personal sanitario habitual).	NA	NA	No estandarizada	6 m
1. Control Activo Farmacológico 2. Lista de Espera/Control Pasivo	1. Tratamiento Farmacológico (Pregabalina/ Duloxetina) 2. No recibieron tratamiento durante la fase de estudio	1. Médicos de cabecera (GPs) con supervisión de especialistas 2. NA	NA	NA	NA	6 m
Lista de Espera	No recibieron tratamiento durante la fase de estudio	NA	NA	NA	NA	0
Tratamiento habitual	NA	Médico de cabecera u otro especialista médico	NA	NR	NR	5 m
Grupo control	Manualizada. Enfocada en	Educador de FMS	8	1 h	Semanal	8 s

	estrategias de autocontrol de síntomas (dolor, fatiga, sueño, etc.).					
Tratamiento habitual	Individual (soporte psicológico); resto multidisciplinario (nutrición, fisioterapia).	Personal clínico (psicólogo) para soporte individual, fisioterapeutas y nutricionistas.	3 sesiones de soporte psicológico (1 a la semana).	1 h	Semanal	3 s
Lista de Espera	No recibieron tratamiento durante la fase de estudio	NA	NA	NA	NA	NA

Nota. NA: No aplica, NI: No informa, NR: No reporta, N: Número.

Asimismo, siete estudios analizaron el dolor como variable principal (Catella et al., 2024; Gallego et al., 2024; Gendreau et al., 2024; Luciano et al., 2014; Ramo et al., 2024; Varallo et al., 2023; Wicksell et al., 2013), utilizando escalas como la de NRS, la VAS o el *Brief Pain Inventory* (BPI).

En relación a las medidas de resultado, todos los estudios evaluaron la CdV (Catella et al., 2024; Gallego et al., 2024; Gendreau et al., 2024; Luciano et al., 2014, 2017; Ramo et al., 2024; Simister et al., 2018; Steiner et al., 2013; Varallo et al., 2023; Wicksell et al., 2013). Para ello, se emplearon mayoritariamente el FIQ-R y el SF-36.

Por último, la sintomatología emocional, concretamente ansiedad y depresión, fue evaluada en nueve de las investigaciones (Catella et al., 2024; Gallego et al., 2024; Gendreau et al., 2024; Luciano et al., 2014, 2017; Ramo et al., 2024; Steiner et al., 2013; Varallo et al., 2023; Wicksell et al., 2013) mediante instrumentos como el HADS, el BDI-II y el STAI.

Las tablas de las medidas del dolor, fatiga, calidad de vida, ansiedad y depresión se encuentran disponibles en el Anexo 3.

3.2 Riesgo de Sesgo de los Estudios Individuales

El análisis del riesgo de sesgo de los artículos incluidos en esta RS revela una variabilidad metodológica notable entre los diferentes trabajos. Tres de los estudios presentan un alto riesgo de sesgo

en varios dominios críticos: Ramo et al. (2024), Wicksell et al. (2013) y, en un dominio específico, Luciano et al. (2017).

El trabajo de Ramo et al. (2024) destaca negativamente al acumular deficiencias en el ocultamiento de la asignación, el cegamiento de participantes y personal, el manejo de datos incompletos y el reporte selectivo de resultados. Además, es el único estudio que realizó exclusivamente un análisis por protocolo (APP), lo que incrementa el riesgo de sesgo de atrición al no considerar a todos los participantes aleatorizados inicialmente. Por su parte, Wicksell et al. (2013) muestra un alto riesgo tanto en el ocultamiento de la asignación como en el cegamiento del personal y participantes, aunque fue riguroso al emplear un análisis por intención de tratar (ITT). Luciano et al. (2017) presenta un riesgo elevado específicamente en el sesgo de ejecución debido a la falta de cegamiento de participantes y personal.

En contraste, la revisión identifica un núcleo de evidencia de alta calidad compuesto por cinco estudios que presentan bajo riesgo de sesgo en todos los dominios analizados: Catella et al. (2024), Gallego et al. (2024), Gendreau et al. (2024), Luciano et al. (2014) y Simister et al. (2018). Estos trabajos sobresalen por su rigor en la aleatorización y el uso sistemático del ITT, garantizando que las desviaciones o pérdidas durante el estudio no comprometan la validez de sus conclusiones. Los juicios detallados para cada uno de los dominios se muestran de forma visual en la Figura 2.

Figura 2

Riesgo de sesgo de los estudios individuales

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)
Catella et al., 2024	+	+	+	+	+	+
Gallego et al., 2024	+	+	+	+	+	+
Gendreau et al., 2024	+	+	+	+	+	+
Luciano, et al., 2017	+	+	-	+	+	+
Luciano et al., 2014	+	+	+	+	+	+
Ramo et al., 2024	+	-	-	+	-	-
Simister et al., 2018	+	+	+	+	+	+
Wicksell et al., 2013	+	-	-	+	+	+

3.3 Resultados de los Estudios Individuales y Resultados de la Síntesis

Se incorporaron seis estudios (Catella et al., 2024; Gendreau et al., 2024; Luciano et al., 2014; Ramo et al., 2024; Simister et al., 2018; Wicksell et al., 2013) a los distintos MA cuyos resultados se detallan en este apartado. La información individualizada de cada estudio se encuentra disponible en el Anexo 4. Los *forest plots* resultantes han sido incluidos en el Anexo 5 para facilitar su visualización.

3.3.1 Dolor

Un total de cinco investigaciones evaluaron el impacto de las intervenciones basadas en la ACT sobre los niveles de intensidad del dolor en pacientes con FM (Catella et al., 2024; Gendreau et al., 2024; Luciano et al., 2014; Simister et al., 2018; Wicksell et al., 2013). Los hallazgos derivados del MA indicaron una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología dolorosa en los grupos de intervención en comparación con los grupos de control (SMD: -0,36; IC95%: -0,64, -0,08; $p = 0,01$; $I^2 = 55\%$; $N = 552$; $K = 5$). La magnitud de este efecto se considera pequeña, mostrando una variabilidad moderada entre los estudios incluidos.

Al analizar los resultados de forma individualizada, se observa que la mayoría de los trabajos mostraron una tendencia favorable hacia la intervención psicológica. Destaca el estudio de Wicksell et al. (2013), que reportó el mayor tamaño del efecto (SMD: -0,80), situándose en un rango de efecto grande. Por el contrario, la investigación de Simister et al. (2018) fue la única que no registró una disminución del dolor a favor de la intervención (SMD: 0,21), aunque sus resultados no alcanzaron la significación estadística. Otros autores como Luciano et al. (2014) y Gendreau et al. (2024) también identificaron mejoras significativas con efectos moderados y pequeños respectivamente.

3.3.2 Ansiedad

Respecto a la variable ansiedad, se incluyeron cuatro estudios en el MA (Luciano et al., 2014; Ramo et al., 2024; Simister et al., 2018; Wicksell et al., 2013). Los resultados del MA indicaron una reducción significativa de los niveles de ansiedad en los grupos tratados con la ACT frente a los grupos control (SMD: -0,56; IC95%: -0,80, -0,31; $p < 0,00001$; $N = 267$; $K = 4$). Es importante destacar que la heterogeneidad observada fue nula ($I^2 = 0\%$), lo cual indica que hay una alta consistencia en los hallazgos de las investigaciones integradas.

En la evaluación individual de los estudios, todos los autores registraron efectos favorables a la intervención psicológica con significación estadística. En concreto, el tamaño del efecto osciló entre un valor

moderado en el trabajo de Luciano et al. (2014) (SMD: -0,42) y un efecto grande en el estudio de Wicksell et al. (2013) (SMD: -0,80).

3.3.3 Depresión

En relación con la sintomatología depresiva, se incluyeron cinco estudios en la síntesis cuantitativa (Gendreau et al., 2024; Luciano et al., 2014; Ramo et al., 2024; Simister et al., 2018; Wicksell et al., 2013). El MA indicó que los pacientes que recibieron ACT presentaban una disminución significativa en sus niveles de depresión en comparación con los grupos de control (SMD: -0,43; IC95%: -0,74, -0,11; $p = 0,008$; $N = 542$; $K = 5$). No obstante, se halló una heterogeneidad moderada-alta ($I^2 = 63\%$), lo cual sugiere una variabilidad importante en los resultados de los artículos seleccionados.

Al examinar los estudios de manera individual, se observan contrastes relevantes donde el artículo de Ramo et al. (2024) presentó el efecto más robusto a favor de la intervención (SMD: -1,01), seguido por Gendreau et al. (2024) y Simister et al. (2018), quienes reportaron mejoras significativas con efectos moderados. Por el contrario, las investigaciones de Luciano et al. (2014) y Wicksell et al. (2013) no hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, mostrando efectos nulos o muy pequeños (SMD: 0,00 y -0,10, respectivamente). Esta disparidad en los hallazgos individuales explica la heterogeneidad detectada y señala que, aunque la tendencia general es positiva, la eficacia sobre la depresión podría estar condicionada por factores específicos de cada intervención.

3.3.4 Fatiga

En lo que respecta a la fatiga, el análisis cuantitativo integró los datos de dos investigaciones (Ramo et al., 2024; Simister et al., 2018). Los resultados globales del MA indicaron que la ACT produce una reducción significativa de los niveles de agotamiento en comparación con los grupos de control (SMD: -0,65; IC95%: -1,02, -0,29; $p = 0,0004$; $N = 124$; $K = 2$). La magnitud del efecto para esta variable se sitúa en un rango moderado-grande, con una heterogeneidad baja ($I^2 = 18\%$), lo que sugiere una notable concordancia en los efectos observados entre los estudios.

Al analizar las contribuciones individuales, el estudio de Ramo et al. (2024) mostró un tamaño de efecto grande y estadísticamente significativo (SMD: -0,89), posicionándolo como el trabajo con mayor impacto positivo en esta variable. Por su parte, la investigación de Simister et al. (2018) también registró una tendencia favorable hacia la intervención con un efecto moderado (SMD: -0,47), aunque en este caso el intervalo de confianza rozó la no significación

3.3.5 Calidad de vida

Finalmente, se analizó el impacto de la ACT sobre la CdV de las pacientes, integrando datos de cinco investigaciones (Catella et al., 2024; Luciano et al., 2014; Ramo et al., 2024; Simister et al., 2018; Wicksell et al., 2013). Los resultados del MA indicaron una mejora muy significativa en la CdV percibida por el grupo de intervención en comparación con el grupo control (SMD: 1,20; IC95%: 0,68, 1,72; $p < 0,00001$; $N = 334$; $K = 5$). El tamaño del efecto global se sitúa en un rango grande, si bien se detectó una heterogeneidad elevada ($I^2 = 78\%$), lo que refleja diferencias importantes en la magnitud del beneficio reportado por los distintos autores.

A nivel individual, todos los estudios incluidos mostraron resultados favorables a la intervención con significación estadística. Destacan especialmente los trabajos de Luciano et al. (2014) y Simister et al. (2018), quienes reportaron efectos de gran magnitud (SMD: 1,87 y 1,56, respectivamente). Por su parte, Catella et al. (2024) observaron un efecto moderado (SMD: 0,50), marcando el límite inferior de la mejora detectada en esta revisión.

3.5 Sesgos en la publicación

Tras realizar el examen visual de los gráficos de embudo, no se identificaron indicios claros de riesgo de sesgo de publicación en ninguna de las variables analizadas. La distribución de los estudios en las figuras de dolor, ansiedad y depresión se muestra equilibrada respecto a la línea central, mientras que en fatiga y CdV los datos mantienen la consistencia esperada. El conjunto de estos gráficos puede ser consultado de forma íntegra en el Anexo 6.

4. Discusión

El propósito central de la presente RS consistió en analizar y sintetizar la evidencia científica actual sobre la eficacia de la ACT en el impacto de la FM en variables tales como la CdV, aceptación del dolor y variables psicológicas como la ansiedad y depresión. Los hallazgos obtenidos sugieren que la ACT tiene un impacto positivo generalizado, destacando especialmente un efecto grande en la CdV y efectos moderados en la reducción de la ansiedad, la depresión y la fatiga. En cuanto al dolor, se identificó un efecto positivo aunque de magnitud pequeña.

Respecto al dolor experimentado por las mujeres con FM, los análisis concluyen que las intervenciones basadas en ACT tienen un efecto positivo pequeño pero significativo. Los estudios de Wicksell et al. (2013) y Luciano et al. (2014) reportaron las mejoras más notables, mientras que en el trabajo de Simister et al. (2018) el efecto fue menor. Estos hallazgos respaldan lo concluido en RS previas que sugerían que la ACT (Eastwood, 2023) mejora la interferencia del dolor al centrarse en la aceptación en lugar de en la reducción de la intensidad. En concreto, Hughes et al. (2017) subrayan que, aunque el impacto en la reducción del dolor físico puede ser modesto, los beneficios en la capacidad del paciente para realizar actividades diarias son consistentes. Esta es una implicación importante, ya que el dolor crónico es el síntoma nuclear de la enfermedad y su manejo mediante la flexibilidad psicológica permite reducir el impacto en la vida cotidiana de las pacientes.

En cuanto a la depresión, los resultados mostraron efectos positivos significativos con una magnitud pequeña-moderada (SMD: -0,43). En esta variable se observó una mayor disparidad entre los estudios, destacando el efecto clínico sustancial reportado por Ramo et al. (2024), frente a resultados más discretos en otros trabajos como el de Wicksell et al. (2013). A pesar de dicha heterogeneidad, la tendencia general respalda la eficacia de la ACT, coincidiendo con investigaciones que subrayan la superioridad de las terapias de tercera generación frente al tratamiento habitual para mejorar el estado de ánimo (Eastwood, 2023). Específicamente, el metanálisis de Lai et al. (2023) aporta una evidencia robusta mediante un análisis de tres niveles, confirmando que la ACT produce mejoras significativas en la depresión y que estos beneficios

se mantienen de forma estable en el tiempo. Estos datos sugieren que la promoción de la aceptación frente a la evitación experiencial contribuye a que las pacientes retomen actividades valiosas, lo que actúa como un factor protector contra la sintomatología depresiva y mejora su bienestar emocional a largo plazo.

Respecto a la ansiedad, el MA reveló beneficios moderados y altamente consistentes (SMD: -0,56) tras la aplicación de la ACT. Los análisis individuales muestran que tanto las intervenciones presenciales (Luciano et al., 2014) como las digitales (Ramo et al., 2024) son eficaces para reducir la sintomatología ansiosa. Es especialmente reseñable la nula heterogeneidad hallada en esta variable ($I^2 = 0\%$), lo que indica una robustez notable en los resultados de los estudios incluidos. Estos hallazgos apoyan las conclusiones de revisiones sistemáticas anteriores (Haugmark et al., 2019) en las que se destacó el papel de la defusión cognitiva y el contacto con el momento presente para disminuir la hipervigilancia y la rumiación ansiosa característica de las mujeres con FM. El hecho de que la ansiedad responda de forma tan uniforme a la intervención sugiere que el entrenamiento en flexibilidad psicológica es una estrategia de elección para el manejo de la incertidumbre asociada a la cronicidad de la enfermedad.

En relación a la fatiga, los análisis muestran una disminución significativa con un efecto moderado-grande tras recibir intervención basada en ACT (Ramo et al., 2024; Simister et al., 2018). Estos datos refuerzan la interrelación que existe entre el agotamiento físico, el estado emocional y la CdV, respaldando la efectividad de estas intervenciones en el abordaje integral de la FM

Finalmente, con respecto a la CdV, los análisis de la presente RS reflejan que la ACT, ya sea en formato grupal (Luciano et al., 2014) o a través de programas autoguiados y digitales (Gendreau et al., 2024; Ramo et al., 2024), tiene un efecto positivo grande en la funcionalidad global de las mujeres. Estos resultados van en la línea de las conclusiones a las que llegaron RS anteriores (Jensen et al., 2016; McCracken et al., 2010) y se ven reafirmados por hallazgos recientes (Martinez-Calderon et al., 2024), los cuales subrayan que la aceptación del dolor y la reducción del catastrofismo son mediadores esenciales para la mejora de la salud física y mental. El hecho de que la CdV mejore de forma tan robusta en todos los

estudios analizados sugiere que el diseño de intervenciones debe priorizar el bienestar funcional sobre la simple eliminación de síntomas físicos.

Considerando todo lo expuesto anteriormente, queda de manifiesto la estrecha interrelación existente entre la intensidad del dolor, la fatiga crónica y el impacto en la CdV de los pacientes con FM, así como su vínculo con variables psicológicas clave como la ansiedad y la depresión. Los hallazgos de este trabajo respaldan la efectividad de la ACT como un abordaje integral capaz de incidir positivamente en todas estas dimensiones, promoviendo una mejora en el bienestar global de la población afectada por FM.

4.1. Fortalezas y Limitaciones

La presente RS cuenta con una serie de fortalezas, tales como: (1) frente a otras revisiones narrativas, este trabajo incorpora un análisis cuantitativo mediante meta análisis en cinco variables clave, lo que aporta una mayor robustez y precisión a las conclusiones alcanzadas; (2) se ha utilizado una metodología rigurosa siguiendo los estándares internacionales de revisiones sistemáticas; y (3) la inclusión de estudios de gran actualidad, incluyendo publicaciones del año 2024, garantiza que la evidencia presentada refleje el estado más reciente del campo de estudio.

En cuanto a las debilidades del presente trabajo se puede destacar lo siguiente: (1) el número de estudios identificados para algunas variables, como la fatiga, es todavía limitado, lo que sugiere la necesidad de interpretar dichos resultados con cautela; (2) la existencia de una heterogeneidad elevada en las medidas de CdV y depresión, posiblemente derivada de la diversidad en los formatos de aplicación de la ACT (presencial vs. digital); (3) la restricción a publicaciones en inglés y español, lo que podría haber omitido evidencias relevantes en otros idiomas; y (4) la variabilidad en los instrumentos de medida utilizados en los estudios primarios, lo que dificulta una comparación totalmente uniforme de los resultados.

4.2 Conclusión

En conclusión, la evidencia disponible en la actualidad indica que las intervenciones basadas en la ACT tienen efectos positivos de moderados a grandes en la CdV, la fatiga y los niveles de ansiedad y depresión experimentados por los pacientes con FM. Asimismo, se ha identificado un efecto positivo,

aunque de magnitud pequeña, en la reducción de la intensidad del dolor. Por tanto, el abordaje de estos pacientes debe trascender el manejo puramente farmacológico e integrar tratamientos psicológicos validados como las terapias de tercera generación. En este sentido, se hace indispensable incluir la figura del psicólogo general sanitario como un elemento fundamental dentro del equipo multidisciplinar y del tratamiento habitual, dado su papel determinante en la promoción de la flexibilidad psicológica y su cualificación para llevar a cabo intervenciones que mejoren la funcionalidad y el bienestar global de la población afectada.

No obstante, dada la importancia de la práctica basada en la evidencia y aunque los resultados de esta revisión permiten resaltar recomendaciones claras para orientar las intervenciones en este ámbito, se considera necesario contar con un mayor número de ensayos clínicos aleatorizados y MA adicionales que permitan alcanzar conclusiones aún más sólidas, especialmente en variables con alta heterogeneidad como la CdV y la depresión.

5. Uso de herramientas de inteligencia artificial

La autora declara que ha utilizado herramientas de inteligencia artificial únicamente como apoyo en la redacción y revisión lingüística (ChatGPT), e identificación de bibliografía (Consensus). El contenido científico, el análisis crítico y la redacción final del trabajo son responsabilidad íntegra de la autora.

5. Referencias

- Anusuya, S. P., & Gayatridevi, S. (2025). *Acceptance and Commitment Therapy and Psychological Well-Being: A Narrative Review*. *Cureus*, 17(1), e77705. <https://doi.org/10.7759/cureus.77705>
- American College of Rheumatology. (2021). *Fibromyalgia*. Recuperado de <https://www.rheumatology.org/Patients-Caregivers/Diseases-Conditions/Fibromyalgia>
- Eastwood, F., & Godfrey, E. (2023). The efficacy, acceptability and safety of acceptance and commitment therapy for fibromyalgia – a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Pain*, 18, 243 - 256. <https://doi.org/10.1177/20494637231221451>.
- Galvez-Sánchez, F. M., Fernández-Feijóo, C., Sempere-Rubio, M., Cánovas, R., Serrano-Izquierdo, A., & Galvez, J. (2022). *Quality of life in patients with fibromyalgia: Contributions of disease symptoms, lifestyle and multi-medication*. *Frontiers in Psychology*, 13, 924405.
- Gámez-Guadix, M., Gil-Barce, C., & Jiménez-Herrera, M. (2023). *Psychological therapies for chronic pain: A meta-analysis of randomized controlled trials*. *Clinical Psychology in Europe*, 5(2), e11678
- Gentili, C., Rickardsson, J., Zetterqvist, V., Simons, L. E., Lekander, M., & Wicksell, R. K. (2019). Psychological Flexibility as a Resilience Factor in Individuals With Chronic Pain. *Frontiers in psychology*, 10, 2016. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02016>
- Haugmark, T., Hagen, K., Smedslund, G., & Zangi, H. (2019). Mindfulness- and acceptance-based interventions for patients with fibromyalgia – A systematic review and meta-analyses. *PLoS ONE*, 14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221897>.
- Häuser, W., Kosseva, M., Nye, B., Fitzcharles, M. A., & Wolfe, F. (2015). The prevalence of psychiatric disorders in fibromyalgia syndrome: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain*, 19(3), 302–320. <https://doi.org/10.1002/ejp.1534>

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2022). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Hughes, L., Clark, J., Colclough, J., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 33, 552–568. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000425>.
- Jensen, M., Smith, A., Alschuler, K., Gillanders, D., Amtmann, D., & Molton, I. (2016). The role of pain acceptance on function in individuals with disabilities: a longitudinal study. *PAIN*, 157, 247–254. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000361>.
- Julien, N., Hacene, M., & Dubois, A. (2018). Central sensitization and descending pain modulation dysfunction in chronic pain syndromes: A comprehensive review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 85, 95–108 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29330906/>
- Lai, L., Liu, Y., McCracken, L., Li, Y., & Ren, Z. (2023). The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A three-level meta-analysis and a trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Behaviour research and therapy*, 165, 104308. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104308>.
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Lami, M. I., Ledingham, J., McCabe, C. S., Pieter van de Laar, M., Sarzi-Puttini, P., Sim, J. D., Jones, G. T., & Kosek, E. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Martínez-Calderon, J., García-Muñoz, C., Rufo-Barbero, C., Matias-Soto, J., & Cano-García, F. (2023). ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY FOR CHRONIC PAIN: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC

REVIEWS WITH META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CLINICAL TRIALS.. *The journal of pain*.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.09.013>.

McCracken, L. M., Yu, L., & Vowles, K. E. (2022). New generation psychological treatments in chronic pain. *BMJ*, 376, e057212. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-057212>

McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *The American psychologist*, 69(2), 178–187.
<https://doi.org/10.1037/a0035623>

McCracken, L., & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.004>.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (11ª revisión; CIE-11). Recuperado de <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

Rioja Salud. (2021). *Protocolo de Evaluación y Tratamiento de los Pacientes con Fibromialgia de La Rioja*.
Gobierno de La Rioja.
<https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/ProtocoloFibromialgia.pdf>

Salaffi, F., Farah, S., Bianchi, B., Lommano, M. G., & Di Carlo, M. (2024). Delay in fibromyalgia diagnosis and its impact on the severity and outcome: a large cohort study. *Clinical and experimental rheumatology*, 42(6), 1198–1204. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/ta9xtc>

Sociedad Española de Reumatología (SER). (2020). *Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología para el manejo de la fibromialgia*.
https://www.ser.es/wp-content/uploads/2020/11/Recomendaciones_SER_FM_DEF.pdf

Vowles, K. E., Witkiewitz, K., Sowden, G., & Ashworth, J. (2014). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: evidence of mediation and clinically significant change following an abbreviated

interdisciplinary program of rehabilitation. *The journal of pain*, 15(1), 101–113.

<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.002>

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria.

Seminars in arthritis and rheumatism, 46(3), 319–329.

<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>

Wolfe, F., Clauw, D. J., Radoslav, M., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Russell, I. J.,

Winfield, J. B. y Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5),

600–610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., & Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria

for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and rheumatism*, 33(2), 160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>

6. Anexos

Anexo 1. Estrategía de búsqueda

Medline, CINAHL, PsycInfo

6 de Octubre de 2025

1. (MM "Fibromyalgia")
2. (MM "Acceptance and Commitment Therapy")
3. XB ("fibromyalgia" OR "fibro-myalgia" OR "fibromyositis"
4. OR "fibrositic nodule" OR "fibrositis" OR "fibrositis syndrome" OR "muscular
5. rheumatism")
6. XB ("Acceptance and Commitment Therapy" OR "ACT
7. therapy" OR "Acceptance-based behavioral therapy" OR "Third-wave cognitive
8. behavioral therapy" OR "Third-wave CBT" OR "Contextual behavioral science"
9. OR "Acceptance-based intervention" OR "Acceptance-oriented therapy" OR "ACT
10. intervention" OR "ACT-based treatment" OR "Cognitive defusion")
11. S1 OR S3
12. S2 OR S4
13. S5 AND S6

Anexo 2. Estudios excluidos a texto completo

Diseño (n=3)
<ol style="list-style-type: none">1. Cojocar, C. M., Popa, C. O., Schenk, A., Suci, B. A., & Szasz, S. (2024). Cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety and depression in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. <i>Medicine and pharmacy reports</i>, 97(1), 26–34. https://doi.org/10.15386/mpr-26612. de la Coba, P., Rodríguez-Valverde, M., & Hernández-López, M. (2022). Online ACT intervention for fibromyalgia: An exploratory study of feasibility and preliminary effectiveness with smartphone-delivered experiential sampling assessment. <i>Internet interventions</i>, 29, 100561. https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.1005613. Kemani, M. (2022). Efficacy and processes of change in acceptance and commitment therapy for chronic pain. In <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering</i> (Vol. 83, Issue 2–B).
Outcomes (n=2)
<ol style="list-style-type: none">4. Peña-Muñante, G. S. (2024). Análisis comparativo de la eficacia de dos terapias psicológicas para remitir la depresión en mujeres con fibromialgia. <i>Psicología y Salud</i>, 34(1), 49–57. https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.28435. Steiner, J. L. (2014). Assessing the efficacy of acceptance and commitment therapy in reducing schema-enmeshment in fibromyalgia syndrome. In <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering</i> (Vol. 75, Issue 4–B(E)).

Anexo 3. Medidas de dolor, fatiga, calidad de vida, ansiedad y depresión.

Medida de dolor y medida de fatiga

Medida de Dolor	Instrumento de medida	Puntos de evaluación	Resultado positivo	Medida de fatiga	Instrumento de medida	Puntos de evaluación (momentos)	Resultado positivo
Sí	NRS	Pre-post	No significativo ($P > .05$) en el análisis ITT, aunque el tamaño del efecto favoreció a FM-ACT ($d \approx 0.2-0.3$).	Sí	FIQ-R	Pre-post	Sí. El grupo FM-ACT logró una reducción significativa en el Dominio Severidad de Síntomas del FIQ-R (incluyendo fatiga, sueño no reparador, etc.) en ambas poblaciones (ITT: $\mathbf{P} = .029$).
Sí	FIQ-R	Pre, post y 6 meses	Sí	Sí	FSDC (Escala de Gravedad de Síntomas/SSD) y FIQR (para niveles de energía y sueño).	Pre, post y 6 meses	Se espera una reducción significativamente mayor en la gravedad de la fatiga (SSD del FSDC) en el grupo Digital ACT vs. los grupos control a los 6 meses.
Sí	NRS	Pre-post	Sí	Sí	PROMIS Fatigue SF6	Pre-post	Sí, altamente significativo. El ACT Digital fue superior al control activo en la reducción de la fatiga.
Sí	VAS y PCS	Pre, post y 6 meses	GACT es superior a RPT y WL en la reducción del PCS (Catastrofización del dolor) y en la reducción de la intensidad del dolor (VAS). Se mantuvo a los 6 meses.	Sí	FIQ	Pre, post y 6 meses	Mejora Significativa en la puntuación total del FIQ.
Sí	VAS	Pre, post y 6 meses	Sí, significativo. Se encontró una interacción Grupo x Tiempo significativa ($P=0.015$). El GACT fue superior al RPT y al WL en la reducción del dolor subjetivo en el seguimiento a 6 meses.	No	NA	NA	NA
Sí	PCS y SF-36 (Subescala de Dolor).	Pre, post y 6 meses	Sí (ACT fue superior al control en la reducción de la catastrofización del dolor (PCS) y en la mejora de la subescala de Dolor del SF-36 a los 6 meses, con efectos de magnitud media a grande).	Sí	SF-36 (subescala de Vitalidad).	Pre, post y 6 meses	Sí (ACT fue superior al control. Se observó una mejora significativa en la subescala de Vitalidad del SF-36 a los 6 meses).
Sí	SF-MPQ (McGill Pain Questionnaire-short form).	Pre, post y 3 meses	Sí, fue significativo, pero no sostenido.	No	NA	NA	NA
Sí	Intensidad del dolor (Current pain y	Pre, post y 3 meses	No se reportan resultados positivos sobre la reducción del dolor. El resultado positivo se centra en el	No	NA	NA	NA

	Average pain)		aumento del éxito en los valores (Relaciones Íntimas y Familiares), basándose en la hipótesis de que la aceptación del dolor (mecanismo ACT) mejora la CdV, incluso si el dolor persiste.				
Sí	NRS	Pre-post	No reporta diferencia significativa entre grupos. La interacción Grupo x Tiempo no fue significativa para la intensidad del dolor ($P=0.820$), lo que indica que el grupo ABT+TAU no mejoró significativamente más que el grupo TAU.	No	NA	NA	NA
Sí	NRS	Pre, post y 3-4 meses	Sí, en el seguimiento. El análisis global LMM fue marginalmente no significativo ($P=0.066$). Sin embargo, se observó un efecto grande y significativo del tratamiento a favor de ACT en el Seguimiento (3-4 meses), con un tamaño del efecto de $d = 0.82$ (IC 95%: $\$0.08$ a $\$1.54$).	No	NA	NA	NA

Nota. NA: No aplica.

Medida de Calidad de vida

Medida de Calidad de vida	Instrumento de medida	Puntos de evaluación (momentos)	Resultado positivo
Sí	FIQ-R	Pre-post	Sí. El grupo FM-ACT logró una mejora subjetiva significativamente mayor ($P < .001$) y una proporción de respondedores ($> 20\%$ mejora en FIQ-R) significativamente mayor ($P = .026$) que el control activo.
Sí	EQ-5D-5L	Pre, post y 6 meses	Superioridad del grupo Digital ACT en la mejora de QALYs y la ratio de costo-utilidad incremental en comparación con los grupos control a los 6 meses.
Sí	FIQ-R	Pre-post	Sí, altamente significativo. El ACT Digital fue superior al control activo en la reducción del impacto de la FM.
Sí	EQ-5D-5L	Pre, post y 6 meses	Mejora en QALYs y Económicamente Dominante.
Sí	FIQ	Pre, post y 6 meses	Sí, altamente significativo. El GACT fue estadísticamente superior al RPT y WL en la reducción del deterioro funcional en el seguimiento a 6 meses ($P=0.036$ para la interacción).
Sí	SF-36	Pre, post y 6 meses	Sí (ACT fue superior al control. Se encontraron diferencias significativas y sostenidas a los 6 meses en Salud Mental ($D= 1.0$), Función Social y Rol Emocional. También se observaron mejoras significativas en Dolor y Función Física a los 6 meses).

Sí	FIQ-R	Pre, post y 6 meses	Sí, altamente significativo y sostenido.
No	NA	NA	NA
No	NA	NA	NA
Sí	SF-36	Pre, post y 3-4 meses	Diferencia significativa entre grupos ($P = 0.030$) a favor de ACT (LMM Interacción Tiempo x Condición). El efecto en el seguimiento fue grande ($d = 1.06$).

Nota. NA: No aplica.

Medida de ansiedad y medida de depresión

Medida de ansiedad	Instrumento de medida	Puntos de evaluación	Resultado positivo	Medida de depresión	Instrumento de medida	Puntos de evaluación	Resultado positivo
Sí	FIQ-R	Pre, post	Sí. El grupo FM-ACT logró una reducción significativa en el Dominio Severidad de Síntomas del FIQ-R (incluyendo el ítem de ansiedad) en ambas poblaciones (ITT: $P = .029$).	Sí	BDI-IIes.	Pre-post	Sí. El grupo FM-ACT logró una reducción significativa en los síntomas depresivos (BDI-II) en comparación con el control activo ($P = .050$).
Sí	DASS-21 (Subescala de Ansiedad).	Pre, post y 6 meses	Se espera una reducción significativamente mayor de los síntomas de ansiedad (DASS-21) en el grupo Digital ACT vs. los grupos control a los 6 meses.	Sí	DASS-21 (Subescala de Depresión).	Pre, post y 6 meses	Se espera una reducción significativamente mayor de los síntomas de depresión (DASS-21) en el grupo Digital ACT vs. los grupos control a los 6 meses.
Sí	HADS-A	Pre, post	Sí, superioridad. El ACT Digital mostró superioridad sobre el control activo en la mayoría de los outcomes secundarios y exploratorios, los cuales incluyen la HADS-A.	Sí	BDI-II	Pre-post	Sí, altamente significativo. El ACT Digital fue superior al control activo en la reducción de los síntomas depresivos.
Sí	HADS-A	Pre, post y 6 meses	Reducción Significativa y superior en el grupo GACT.	Sí	HADS-D	Pre, post y 6 meses	Reducción Significativa y superior en el grupo GACT.
Sí	HADS-A	Pre, post y 6 meses	Sí, significativo. El GACT fue estadísticamente superior al RPT y WL en la reducción de la ansiedad en el seguimiento a 6 meses ($P < 0.01$ en el contraste por pares post hoc).	Sí	HADS-D	Pre, post y 6 meses	Sí, significativo. El GACT fue estadísticamente superior al RPT y al WL en la reducción de la depresión en el seguimiento a 6 meses ($P < 0.01$ en el contraste por pares post hoc).
Sí	SA-45 (Cuestionario de Evaluación de Síntomas).	Pre, post y 6 meses	Sí (ACT fue superior al control. Reducción significativa de la depresión en GACT tanto a Post-tratamiento como a los 6 meses ($P < .001$), con un efecto de tamaño Grande ($d = 1.0$).	Sí	SA-45 (Subescala de Ansiedad).	Pre, post y 6 meses	Sí (ACT fue superior al control. Reducción significativa de la ansiedad en GACT a los 6 meses ($P < .05$), con un efecto de tamaño Medio (0.5).
No	NA	NA	NA	Sí	CES-D	Pre, post y 3 meses	Sí, significativo y clínicamente relevante.
No	NA	NA	NA	No	NA	NA	NA
No	NA	NA	NA	No	NA	NA	NA
Sí	STAI	Pre, post y 3-4 meses	Sí, significativo para ambas. La ACT mostró una mejora significativamente mayor que el control en: Ansiedad Rasgo: Interacción Tiempo x	Sí	BDI	Pre, post y 3-4 meses	Sí, significativo. La ACT mostró una mejora significativamente mayor que el control.

Condición significativa
($P = 0.003$). Tamaño
del efecto en el
seguimiento $d =$
 0.74 . Ansiedad Estado:
Interacción Tiempo x
Condición significativa
($P = 0.021$). Tamaño
del efecto en el
seguimiento $d = 0.55$.

Nota. NA: No aplica

Anexo 3. Resultados de los estudios individuales

Dolor

Primer auto, año	Medida de resultado	Periodo de seguimiento	Medida de resultado continua						
			Grupo experimental	SD/SE Grupo experimental	N Grupo experimental	Media (SD) Grupo control	SD/SE Grupo control	N Grupo control	Diferencia en
Catella et al., 2024	Intensidad del Dolor Semanal e Interferencia del Dolor Semanal.	NA	Intensidad del Dolor: -0.7(+2.16); Interferencia del Dolor: -1.5(+2.09)	Intensidad: +-2.16 (DT); Interferencia: +-2.09 (DT).	ITT: 39 participantes; PP: 33 participantes.	Intensidad del Dolor: -0.2 (+1.46); Interferencia del Dolor: -0.5 (+2.02)}	Intensidad: +-1.46(DT); Interferencia: +-2.02(DT).	ITT: 28 participantes; PP: 25 participantes.	Intensidad del Dolor: P = .426 Interferencia del Dolor: P = .256 (Ambos fueron no significativos en el análisis primario ITT)
Gallego et al., 2024	Deterioro Funcional / Impacto de la FM (FIQR).	6 meses	NR	NR	N G1: 120 participantes (para aleatorización).	NR	NR	N G Control: 120 participantes (por grupo control).	P-valor: NR. Nivel α planificado: $p < 0.05$.
Gendreau et al., 2024	Intensidad del Dolor Semanal (Weekly Pain Intensity, NRS 0-10)	Semana 12	Cambio de -1.1 (Reducción de 1.1 puntos)	0,15	140	Cambio de -0.4 (Reducción de 0.4 puntos)	SE = 0.15 (Error Estándar del cambio)	135	P = 0.0010 (Diferencia entre brazos)
Luciano, et al., 2017	Intensidad del Dolor (VAS).		60.20 (Media en Línea de Base - T0).	17.34 (DE en Línea de Base - T0).	51 (Aleatorizado) / 45 (Seguimiento 6m).	-3.5 puntos (Cambio medio +- NR).	NR	52 (RPT) / 53 (WL) [Separar según el análisis].	P < 0.05 (GACT vs RPT).
Luciano et al., 2014	Dolor Subjetivo (Intensidad del dolor, PVAS 0-100)	Seguimiento a 6 meses	49,58	10.98 (SD)	51 (Aleatorizados)	56,27	11.15 (SD)	52 (Aleatorizados)	P = 0.015 (LMM Interacción Tiempo x Grupo)
Ramo et al., 2024	Catastrofización del Dolor (PCS).	6 meses (Punto de evaluación T3).	27.88 (Puntuación final a 6 meses).	-+9.39(Desviación Estándar a	25 (Aleatorizado) / 18 (Tratado).	36.64(+7.76) (Puntuación final a 6	-+7.76(Desviación Estándar a 6 meses).	32 (Aleatorizado).	P < .001(Altamente significativo)

				6 meses).		meses).).
Simister et al., 2018	Experiencia Total del Dolor (Componentes sensoriales y afectivos).	3 meses (Punto de evaluación Follow-up).	27.81 (Puntuación media a 3 meses).	+ 12.38 (DT).	33 (Aleatorizado) / 30 (Analizado).	25.13 (-+12.29) (Puntuación media a 3 meses).	+ 12.29 (DT).	34 (Aleatorizado) / 31 (Analizado).	P = .010 (Significativo).
Steiner et al., 2013	Intensidad del dolor actual (Current Pain)	Línea de Base (Baseline). No se reportan mediciones en Post-intervención ni Seguimiento.	6,29	SD = 2.32\$	18	7,3	SD = 1.16	10	P=0.206
Varallo et al., 2023	Intensidad del dolor (Pain intensity).	Post-intervención (T1 / 4 semanas).	3,6	SD = 2.48	90	3,64	SD = 2.30	90	P = 0.820 (Interacción Tiempo x Grupo).
Wicksell et al., 2013	Intensidad del Dolor (Promedio de la semana pasada, Escala NRS 0-10).	Seguimiento (Follow-up) (3-4 meses post-tratamiento).	3,9	1.1 (SD)	N=23 (Aleatorizados)	4,8	1.1 (SD)	N=17 (Aleatorizados)	P = 0.066 (LMM Interacción Tiempo x Condición)

Ansiedad

Primer auto, año	Medida de resultado	Periodo de seguimiento	Medida de resultado continua						Diferencia en
			Media Grupo experimental 1	SD/SE Grupo experimental 1	N Grupo experimental 1	Media (SD) Grupo control	SD/SE Grupo control	N Grupo control	
Catella et al., 2024	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	
Gallego et al., 2024	DASS-21 (Subescala de Ansiedad).	6 meses (punto final de evaluación).	NR	NR	120	NR	NR	120	NR. Nivel alpha planificado: p < 0.05.
Gendreau et al., 2024	Síntomas Depresivos (BDI-II)	Semana 12	Cambio de -3.6	0,59	140	-0.1	0,58	135	P < 0.0001 (Diferencia entre brazos)

Luciano, et al., 2017	Ansiedad (HADS-A) (0-21)	6 meses (T2)	10.60 (Media en Línea de Base - T0).	3.98 (DE en Línea de Base - T0).	51 (Aleatorizado).	11.48 (+4.10) (Media en Línea de Base - T0).	4.10 (DE en Línea de Base - T0).	52 (RPT).	P < 0.05 (Referenciado desde el artículo de efectividad).
Luciano et al., 2014	Síntomas de ansiedad.	6 meses	8.73 (Puntuación más baja = menos síntomas)	2,04	51	9.68	2,47	52	P = 0.662 (LMM Interacción Tiempo x Grupo)
Ramo et al., 2024	Ansiedad (Subescala del SA-45).	6 meses (Punto de evaluación T3).	9.63 (Puntuación final a 6 meses).	4.09	25 (Aleatorizado) / 18 (Tratado).	12.24	3.55	32 (Aleatorizado).	P < .05 (Estadísticamente significativo).
Simister et al., 2018	Ansiedad (Síntomas emocionales).	3 meses (Punto de evaluación Follow-up).	18.36 (Puntuación final, usando el CES-D como proxy de malestar emocional).	+12.12 (DT).	33 (Aleatorizado) / 30 (Analizado).	25.13 (+12.29) (Puntuación final a 3 meses).	+12.29 (DT).	34 (Aleatorizado) / 31 (Analizado).	P = .050 (Marginalmente significativo).
Steiner et al., 2013	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Varallo et al., 2023	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Wicksell et al., 2013	Ansiedad Rasgo (Trait anxiety).	Seguimiento (Follow-up) (3-4 meses post-tratamiento).	39.9 (Puntuación más baja = mejor ansiedad)	9.9 (SD)	N=23 (Aleatorizados)	49,3	13.5 (SD)	N=17 (Aleatorizados)	P = 0.003 (LMM Interacción Tiempo x Condición)

Depresión

Primer auto, año	Medida de resultado	Periodo de seguimiento	Medida de resultado continua						
			Media Grupo experimental 1	SD/SE Grupo experimental 1	N Grupo experimental 1	Media (SD) Grupo control	SD/SE Grupo control	N Grupo control	Diferencia en
Catella et al., 2024	Depresión (BDI-II).	12 semanas	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Gallego et al., 2024	DASS-21 (Subescala de Depresión).	6 meses (punto final de evaluación).	NR	NR	120	NR	NR	120	NR. Nivel alpha planificado: p < 0.05\$.

Gendreau et al., 2024	BDI-II (Beck Depression Inventory II)	Semana 12	Cambio de -3.6	0,59	140	Cambio de -0.1	0,58	135	P < 0.0001 (Diferencia entre brazos)
Luciano, et al., 2017	Depresión (HADS-D) (0-21)	6 meses (T2)	10.74 (Media en Línea de Base - T0).	4.06 (DE en Línea de Base - T0).	51 (Aleatorizado).	11.75 (+4.50) (Media en Línea de Base - T0).	4.50 (DE en Línea de Base - T0).	52 (RPT).	NR
Luciano et al., 2014	HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale - Depresión)	6 meses	7,5	2,82	51	7,5	2,63	52	P = 0.360 (LMM Interacción Tiempo x Grupo)
Ramo et al., 2024	Depresión (Subescala del SA-45).	6 meses (Punto de evaluación T3).	9.59 (Puntuación final a 6 meses).	+4.13 (Desviación Estándar a 6 meses).	22	13.28 (+3.10) (Puntuación final a 6 meses).	+3.10 (Desviación Estándar a 6 meses).	32 (Aleatorizado).	P < .001 (Altamente significativo).
Simister et al., 2018	Depresión (Síntomas de Depresión)	3 meses (Punto de evaluación Follow-up)	18.36 (Puntuación final a 3 meses).	+12.12 (DT).	33 (Aleatorizado) / 30 (Analizado).	25.13 (+12.29) (Puntuación final a 3 meses).	+12.29 (DT).	34 (Aleatorizado) / 31 (Analizado).	P = .020 (Significativo).
Steiner et al., 2013	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Varallo et al., 2023	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Wicksell et al., 2013	Síntomas depresivos	Seguimiento (Follow-up) (3-4 meses post-tratamiento).	11.7 (Puntuación más baja = menos síntomas)	6.0 (SD)	N=23 (Aleatorizados)	16,4	12.5 (SD)	N=17 (Aleatorizados)	P = 0.005 (LMM Interacción Tiempo x Condición)

Fatiga

Primer auto, año	Medida de resultado	Periodo de seguimiento	Medida de resultado continua						
			Media Grupo experimental 1	SD/SE Grupo experimental 1	N Grupo experimental 1	Media (SD) Grupo control	SD/SE Grupo control	N Grupo control	Diferencia en

Catella et al., 2024	FIQ-R Dominio Severidad de Síntomas (incluye fatiga, sueño no reparador y cognición).	12 S	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Gallego et al., 2024	Fatiga/Gravedad de Síntomas (Severidad de Fatiga y Sueño No Reparador).	6 meses (punto final de evaluación).	NR (No Reportado).	NR (No Reportado).	120 participantes (para aleatorización).	NR (No Reportado).	NR (No Reportado).	120 participantes (por grupo control para aleatorización).	NR. Nivel alpha planificado: p < 0.05.
Gendreau et al., 2024	PROMIS Fatigue SF6a	Semana 12	Cambio de -4.2 (Reducción de 4.2 T-scores desde la línea de base)	0,59	140	Cambio de -1.0 (Reducción de 1.0 T-score desde la línea de base)	0,57	135	P < 0.0001 (Diferencia entre brazos)
Luciano, et al., 2017	Impacto de la Fibromialgia (FIQ), que incluye una subescala de Fatiga.		61.43 (Media en Línea de Base - T0, de la Tabla 1).	13.73 (DE en Línea de Base - T0).		63.60 (Media en Línea de Base - T0).	17.65 (DE en Línea de Base - T0).	52 (RPT).	NR
Luciano et al., 2014	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Ramo et al., 2024	Vitalidad (Subescala del Cuestionario de Salud SF-36).	6 meses (Punto de evaluación T3).	44.38 (Puntuación final a 6 meses).	13.73 (DE en Línea de Base - T0).	25 (Aleatorizado) / 18 (Tratado).	32.50 (+ 12.82) (Puntuación final a 6 meses).	+ 12.82 (Desviación Estándar a 6 meses).	32 (Aleatorizado).	P < .05 (Estadísticamente significativo).
Simister et al., 2018	Calidad del Sueño (Proxy de la Fatiga/Mal estar).	3 meses (Punto de evaluación Follow-up).	10.39 (Puntuación media a 3 meses).	+ 4.09 (DT).	33 (Aleatorizado) / 30 (Analizado).	12.35 (+ 4.10) (Puntuación media a 3 meses).	+ 4.10 (DT).	34 (Aleatorizado) / 31 (Analizado).	P = .055 (Marginal, no significativo).
Steiner et al., 2013	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Varallo et al., 2023	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Wicksell et al., 2013	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR

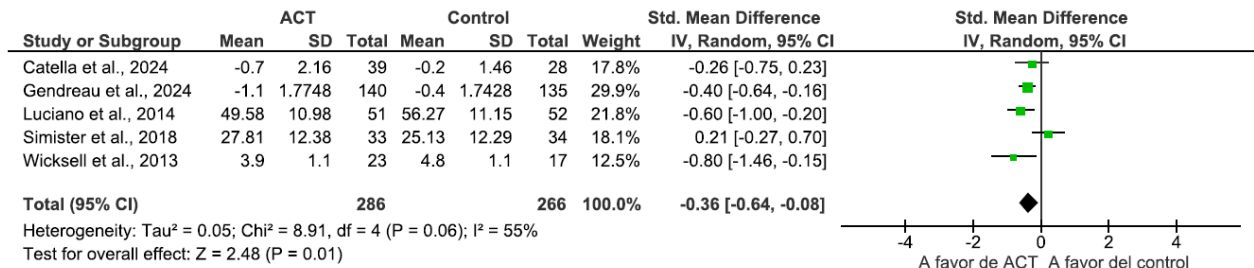
Calidad de vida

Primer auto, año	Medida de resultado	Periodo de seguimiento	Medida de resultado continua						
			Media Grupo experimental 1	SD/SE Grupo experimental 1	N Grupo experimental 1	Media (SD) Grupo control	SD/SE Grupo control	N Grupo control	Diferencia en
ella et al., 2010	Impacto de la FM (FIQ-R Total Score); Impresión Subjetiva de Mejora (PGIC).	NA	-9.1	14.71	ITT: 39 participantes; PP: 33 participantes.	-2.2	#ERROR!	ITT: 28 participantes; PP: 25 participantes.	P = .074 (ITT) / P = .042(PP)
lego et al., 2010	Utilidad/QALYs (EQ-5D-5L) e Impacto Funcional (FIQR).	6 meses	NR	NR	N G1: 120 participantes (para aleatorización).	NR	NR	N G Control: 120 participantes (por grupo control).	NR
dreau et al., 2010	Deterioro Funcional Global / Impacto de la FM (FIQ-R Total Score)	Semana 12	Cambio de -10.3 (Reducción de 10.3 puntos desde la línea de base)	1,13	140	Cambio de -2.3 (Reducción de 2.3 puntos desde la línea de base)	1,13	135	P < 0.0001 (Diferencia entre brazos)
ano, et al., 2010	Utilidad (EQ-5D-3L) (0-1)		0.58 (Media en Línea de Base - T0).	0.17 (DE en T0). / 0.11 (DE en T2).	51 (Aleatorizado).	0.60 (0.17) (Media en Línea de Base - T0).	0.17(DE en T0 y T2).	52 (RPT).	P = NR (La diferencia en QALYs no fue estadísticamente significativa en el análisis ITT).
iano et al., 2010	Estado funcional global / Impacto de la FM (FIQ).	Seguimiento a 6 meses.	48.49 (Puntuación más baja = mejor función)	8.77	51	65,11	8,87	52	P = 0.036 (LMM Interacción Tiempo x Grupo)
mo et al., 2010	Salud Mental (Subescala del SF-36).	6 meses (Punto de evaluación T3).	43.06 (Puntuación final a 6 meses).	+ 16.98 (Desviación Estándar a 6 meses).	25 (Aleatorizado) / 18 (Tratado).	29.72(+ 11.72)(Puntuación final a 6 meses).	+ 11.72 (Desviación Estándar a 6 meses).	32 (Aleatorizado).	P < .001 (Altamente significativo).

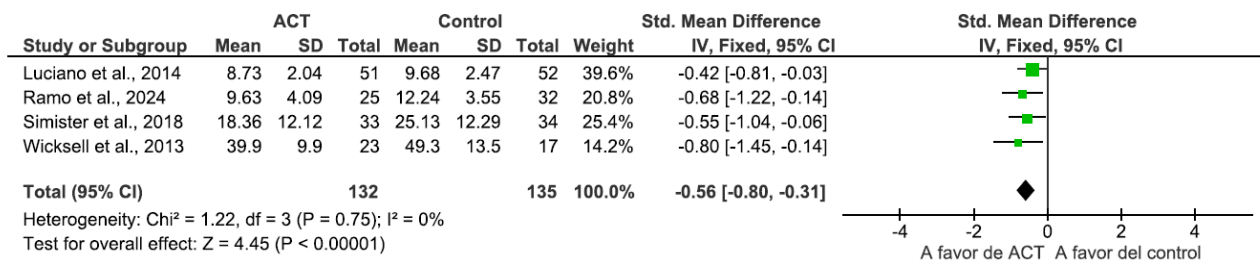
ister et al., 2012	Impacto Global de la FM (medida primaria de CVRS/funcionalidad).	3 meses (Punto de evaluación Follow-up).	31.95 (Puntuación final a 3 meses).	+ 13.80 (DT).	33 (Aleatorizado) / 30 (Analizado).	53.82 (+ 13.92) (Puntuación final a 3 meses).	+ 13.92 (DT).	34 (Aleatorizado) / 31 (Analizado).	P < .001 (Altamente significativo).
iner et al., 2010	Éxito en Relaciones Íntimas (Intimate relationships) medido con el CPVI, representando un dominio clave de la calidad de vida.	Post-intervención (Postintervention).	2,89	SD = 1.41	18	1,6	SD = 1.17	10	P = 0.030*}(Resultado del ANCOVA, Tabla 3
allo et al., 2010	Aceptación del dolor (Pain Acceptance).	Post-intervención (T1 / 4 semanas).	75,11	SD = 14.02	90	44	SD = 19.38	90	P<0.001(Interacción Tiempo x Grupo).
ksell et al., 2012	Calidad de Vida Mental (SF-36 - Mental Component Scale).	Seguimiento (Follow-up) (3-4 meses post-tratamiento).	46.3 (Puntuación más alta = mejor CV)	11.2 (SD)	N=23(Aleatorizados)	33,5	11.1 (SD)	N=17(Aleatorizados)	P = 0.030 (LMM Interacción Tiempo x Condición)

Anexo 4. Forest Plots de los análisis

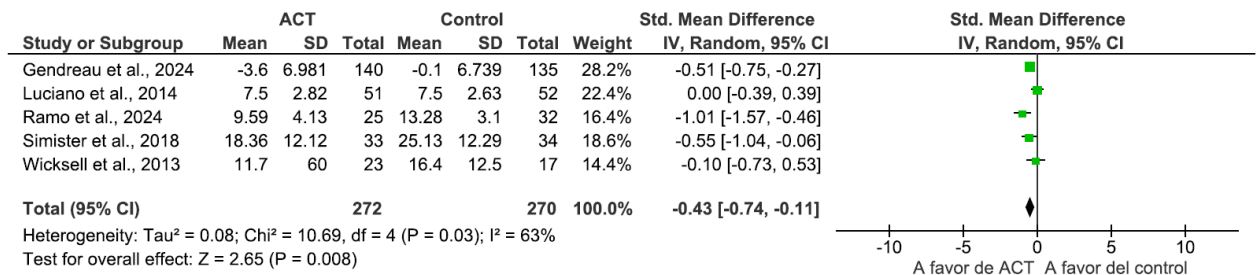
Dolor



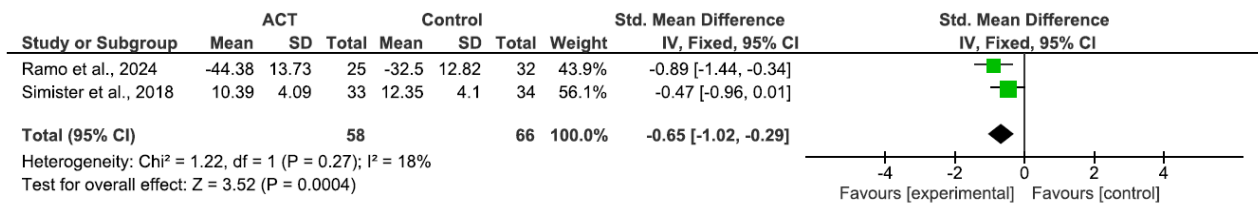
Ansiedad



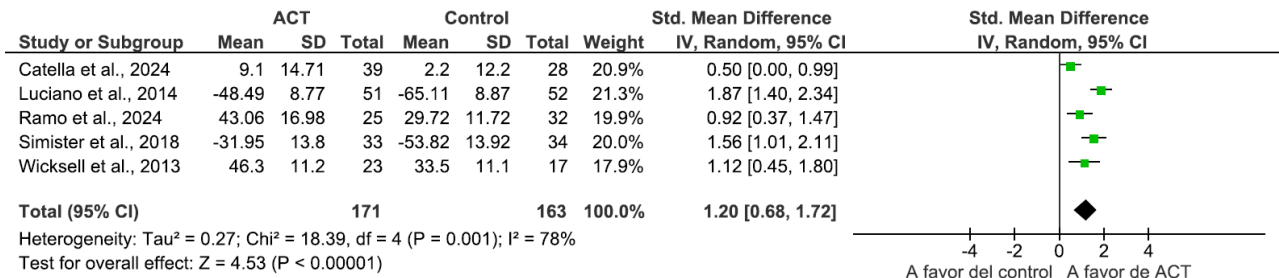
Depresión



Fatiga

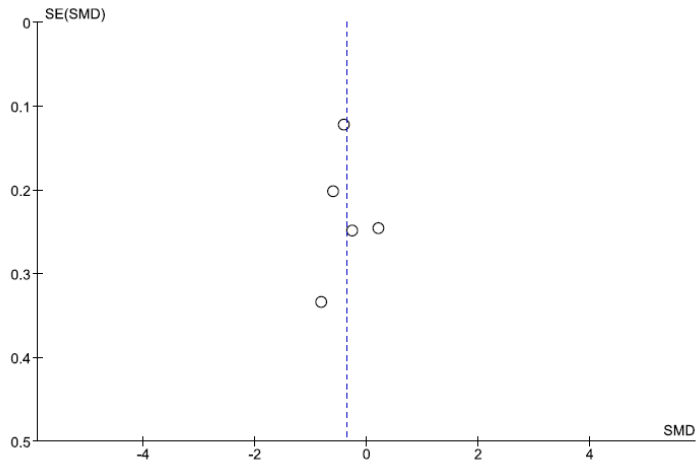


Calidad de vida

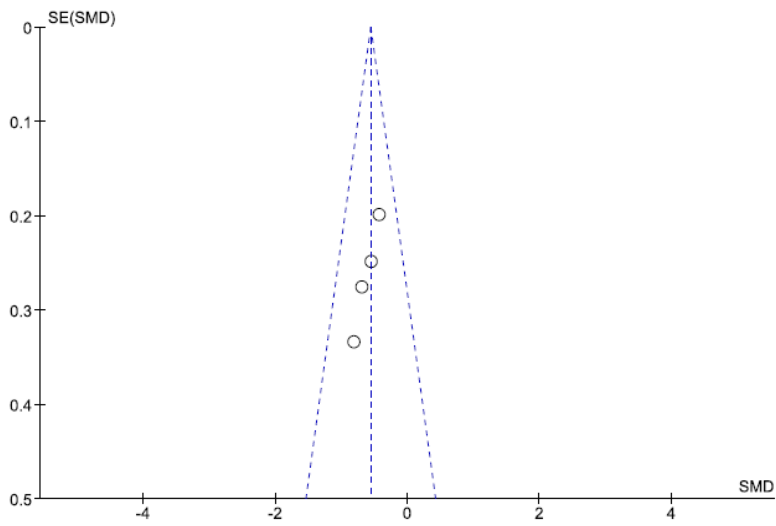


Anexo 5. Funnel Plots de los análisis

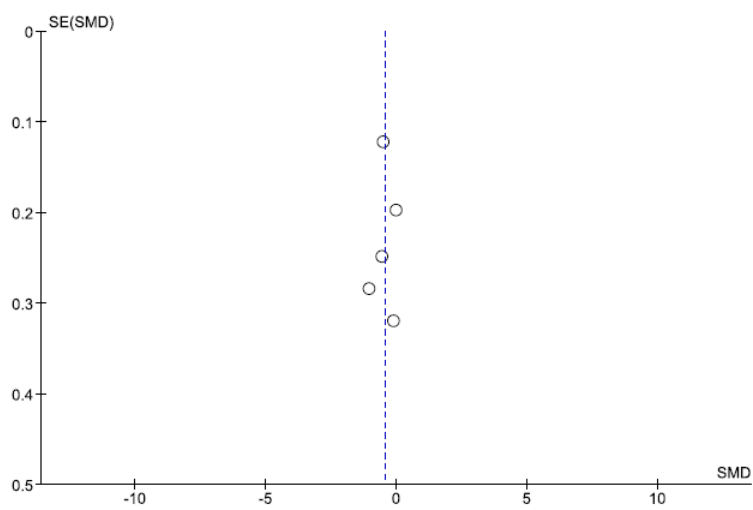
Dolor



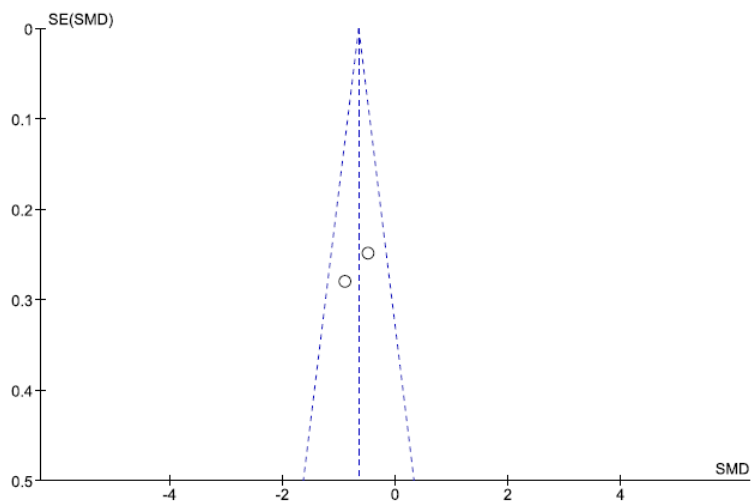
Ansiedad



Depresión



Fatiga



Calidad de vida

