

Efectividad y seguridad de  
las técnicas de relajación  
basadas en la inducción de  
sensaciones corporales

Effectiveness and safety of  
relaxation techniques  
based on the induction of  
bodily sensations

Informe técnico  
SESCS

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO  
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN  
de Tecnologías e Innovaciones en Salud (RES)



Gobierno  
de Canarias

Efectividad y seguridad de  
las técnicas de relajación  
basadas en la inducción de  
sensaciones corporales

Effectiveness and safety of  
relaxation techniques  
based on the induction of  
bodily sensations

Informe técnico  
SESCS

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO  
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN  
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Gobierno  
de Canarias

ÁLVAREZ-PÉREZ, Y

Efectividad y seguridad de las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales / Y. ÁLVAREZ-PÉREZ, *et al.* – Madrid: Ministerio de Sanidad. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de la Salud, - 134 p.; 24 cm – (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad)

NIPO: 133-22-057-1

Palabras clave:

1. Relajación autógena. 2. Revisión Sistemática 3. Efectividad 4. Seguridad

I. Canarias. Servicio Canario de la Salud II. España. Ministerio de Sanidad.

El Servicio de Evaluación de la Dirección del Servicio Canario de la Salud asume la responsabilidad exclusiva de la forma y el contenido final de este informe. Las manifestaciones y conclusiones de este informe son las del Servicio de Evaluación y no necesariamente las de sus revisores externos.

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Fecha de publicación: 2022

Edita: Ministerio de Sanidad. Servicio Canario de la Salud



MINISTERIO  
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN  
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Gobierno  
de Canarias

Este documento ha sido realizado por Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de Trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS

Este informe se enmarca dentro de los objetivos del “Plan de Protección de la Salud frente a las pseudoterapias” impulsado por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Para citar este informe:

Álvarez-Pérez Y, Rivero-Santana A, Perestelo-Pérez L, Duarte-Díaz A, Ramos-García V, Torres-Castaño A, Toledo-Chávarri A, González-Hernández N, Rodríguez-Rodríguez L, Serrano-Aguilar P. Efectividad y seguridad de las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales. Madrid: Ministerio de Sanidad. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2022. (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad)



MINISTERIO  
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN  
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Gobierno  
de Canarias

# Agradecimientos

Los autores del presente informe quieren expresar su agradecimiento a Carlos González Rodríguez, por su apoyo en las tareas de documentación y edición.

# Índice

<b>RESUMEN DIRIGIDO A LA CIUDADANÍA</b>	<b>13</b>
<b>SUMMARY ADDRESSED TO CITIZENS</b>	<b>14</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>15</b>
I.1. Descripción de las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales	16
I.2. Descripción de las indicaciones clínicas	18
I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia	19
<b>II. ALCANCE Y OBJETIVO</b>	<b>20</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>21</b>
III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	21
III.2. Selección de estudios	22
III.3. Valoración de la calidad de los estudios	24
III.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia	24
III.5. Participación de los agentes de interés	25
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>26</b>
IV.1 Resultado de la búsqueda bibliográfica	26
IV.1.1 Características de los estudios incluidos	27
IV.1.2 Calidad metodológica de los estudios incluidos	28
IV.2. Descripción y análisis de resultados	31
IV.2.1 Seguridad	31
IV.2.2 Efectividad	31
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>45</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>48</b>

<b>CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES</b>	<b>49</b>
<b>DECLARACIÓN DE INTERESES</b>	<b>51</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>60</b>
Anexo 1. Información adicional sobre la técnica	60
Anexo 2. Estrategia de búsqueda	62
Anexo 3. Organizaciones contactadas	72
Anexo 4. Revisión externa	73
Anexo 5. Estudios excluidos a texto completo	75
Anexo 6. Características de los estudios incluidos	82
Anexo 7. Calidad metodológica de los estudios incluidos	93
Anexo 8. Resultados de los estudios incluidos	130

# Índice de tablas

Tabla 1. Bases de datos electrónicas consultadas	21
Tabla 2. Criterios de selección de los estudios	22
Tabla 3. Resultados en las bases de datos electrónicas consultadas	26



# Índice de figuras

Figura 1. Proceso de selección de revisiones sistemáticas.....	27
Figura 2. Proceso de selección de ensayos controlados aleatorizados .....	27
Figura 3. Resumen gráfico de la valoración del riesgo de sesgo .....	29
Figura 4. Efecto sobre la ansiedad en el postratamiento (entrenamiento autógeno vs. control) .....	39
Figura 5. Efecto sobre la ansiedad en el seguimiento (entrenamiento autógeno vs. control) .....	39
Figura 6. Efecto sobre la depresión en el postratamiento (entrenamiento autógeno vs. control).....	40
Figura 7. Efecto sobre la depresión en el seguimiento (entrenamiento autógeno vs. control) .....	40
Figura 8. Efecto sobre la depresión en el postratamiento (entrenamiento autógeno vs. Otros comparadores).....	43
Figura 9. Efecto sobre el estrés en el postratamiento (entrenamiento autógeno vs. Otros comparadores).....	44

# Siglas y acrónimos

BDI-II	Beck Depression Inventory II
BSI	Brief Symptom Inventory
CAQ	Cardiac Anxiety Questionnaire
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CSAI-2	Competitive Anxiety
DM	Diferencia de Medias
DME	Diferencia de Medias Estandarizada
EA	Entrenamiento Autógeno
ECA	Ensayo Controlado Aleatorizado
ECNA	Ensayos Controlados No Aleatorizados
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ETS	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
EVA	Escala Visual Analógica
FEV1	Volumen Espiratorio en el Primer Segundo
FIQ	Fibromyalgia Impact Questionnaire
GC	Grupo Control
GI	Grupo Intervención
GPC	Guía de Práctica Clínica
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
HADS	Hospital Anxiety Depression Scale
IBSSS	Irritable Bowel Syndrome Severity Score
IC	Intervalo de Confianza
MA	Meta-análisis
MOS-HIV	Medical Outcomes Survey
MSQOL	Multiple Sclerosis Quality of Life
N.I.	No Informa

N	Número de Participantes
OIBE	Otras intervenciones basadas en la evidencia
OR	Odds Ratio
PHS	Physical Health Summary
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
POMS	Profile of Mood States Total Mood Disturbance Scale
POMS-SF	Profile of Mood States Total Mood Disturbance Scale-Short Form
PSS	Perceived Stress Scale
PSQ	Perception of Stress Questionnaire
QLI	Ferrans and Powers Quality of Life Index
RedETS	Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
RR	Riesgo relativo
RS	Revisión Sistemática
RV	Realidad Virtual
SCL-90	Symptom Checklist-90
slgA	Inmunoglobulina A
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TCC	Terapia Cognitivo-Conductual
TICS	Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress
UPDRS	Unified Parkinson's Disease Rating Scale
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
6MWT	Six-Minute Walk Distance Test



# Resumen dirigido a la ciudadanía

<b>Nombre de la técnica con pretendida finalidad sanitaria</b>	Técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales.
<b>Definición de la técnica e indicaciones clínicas</b>	Entre las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales destaca el entrenamiento en relajación autógena (o entrenamiento autógeno), que consiste en alcanzar un estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de sensaciones físicas (e.g., calor, frío, pesadez) en diferentes partes del cuerpo.
<b>Calidad de la evidencia</b>	La calidad de los estudios identificados sobre la efectividad del entrenamiento autógeno es baja. Existen muy pocos estudios para cada enfermedad o condición de salud evaluada, las muestras incluidas son pequeñas y el riesgo de sesgo de los estudios es alto o incierto.
<b>Resultados claves</b>	Se incluyeron 13 revisiones sistemáticas (con al menos 1 ensayo controlado aleatorizado (ECA)) y 15 ECAs. La variable de salud más evaluada fue la depresión (7 estudios), seguida de la ansiedad (6 estudios) y síntomas cardíacos (4 estudios). Las poblaciones incluidas en los estudios fueron muy diversas. En comparación con la no intervención o tratamiento diferido, el entrenamiento autógeno ha mostrado efectos significativos en la reducción de los niveles de ansiedad y depresión, así como en algunos síntomas físicos (e.g., cefaleas, dermatitis atópica, síndrome de intestino irritable, fibromialgia). Muy pocos estudios evaluaron la aparición de efectos adversos, sin perjuicios observables relacionados con el entrenamiento autógeno, a excepción de un paciente que refirió molestias visuales que no persistieron tras finalizar la intervención.
<b>Conclusión final</b>	El entrenamiento autógeno podría resultar beneficioso en la mejora de síntomas psicológicos y físicos en distintas condiciones de salud, pero las conclusiones no pueden ser definitivas debido al bajo número de estudios para cada condición de salud y su riesgo de sesgo alto o incierto. Es necesario seguir evaluando la seguridad de estas técnicas.

## Summary addressed to citizens

<b>Name of the technique with health purposes</b>	Relaxation techniques based on the induction of bodily sensations.
<b>Definition of the technique and clinical indications</b>	Among the relaxation techniques based on the induction of bodily sensations, the training in autogenous relaxation (or autogenic training) stands out, which consists of reaching a state of deep relaxation through mental representations of physical sensations (eg, heat, cold, heaviness) in different parts of the body.
<b>Quality of the evidence</b>	The quality of the identified studies on the effectiveness of autogenic training is low. There are very few studies for each disease or health condition assessed, the included samples are small, and the risk of bias in the studies is high or unclear.
<b>Key results</b>	Thirteen systematic reviews (with at least 1 randomized controlled trial (RCT)) and 18 RCTs were included. The most evaluated health variable was depression (7 studies), followed by anxiety (6 studies) and cardiac symptoms (4 studies). The populations included in the studies were very diverse. Compared with no intervention or delayed treatment, autogenic training has shown significant effects in reducing levels of anxiety and depression, as well as in some physical symptoms (e.g., headaches, atopic dermatitis, irritable bowel syndrome, fibromyalgia). Very few studies evaluated the appearance of adverse effects, without observable harm, related to autogenic training, except for one patient who reported visual discomfort that did not persist after the intervention was finished.
<b>Final conclusion</b>	Autogenic training could be beneficial in improving psychological and physical symptoms in different health conditions, but the conclusions cannot be definitive due to the low number of studies for each health condition and its high or uncertain risk of bias. The safety of these techniques needs to be further evaluated.

# I. Introducción

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

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

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

Como punto de partida se elaboró un análisis exploratorio inicial, basado en una búsqueda de las publicaciones científicas del tipo revisiones sistemáticas y ensayos clínicos, limitada temporalmente al período 2012-2018, en la base de datos médica (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 las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales.

## **I.1. Descripción de las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales**

La relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior, por lo que sus efectos también afectan a procesos emocionales, cognitivos y conductuales [3].

De esta manera, el entrenamiento en relajación consiste en un proceso de aprendizaje gradual en la reducción de la activación para así afrontar de una manera eficaz diversas situaciones [3]. Esta reducción de la activación generalizada del organismo se produce a través del equilibrio entre el sistema nervioso autónomo y su control sobre el sistema autonómico y endocrino del cuerpo, generando así sensaciones de tranquilidad, que asociadas a la disminución del tono muscular (distensión), inducen relajación muscular [4].

La relajación es una de las técnicas más utilizada en las intervenciones psicológicas, aplicándose tanto como una estrategia de intervención única, como de manera complementaria a otros procedimientos terapéuticos. Existen diferentes tipos de relajación y algunos de ellos cuentan con evidencia científica para su indicación en el manejo y prevención de diferentes condiciones clínicas, como es el caso de la relajación muscular progresiva. En relación con las enfermedades físicas, algunas Guías de Práctica Clínica (GPC) recomiendan el uso complementario de la relajación muscular progresiva en el tratamiento del dolor [5,6] y también ha demostrado su utilidad en el manejo y prevención de náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia en pacientes con cáncer [7,8], así como en la disminución de los síntomas físicos y psicológicos de las personas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) [9]. En el plano de las enfermedades mentales, la relajación muscular progresiva cuenta con evidencia científica para su indicación también como tratamiento complementario en diferentes trastornos de ansiedad, como ansiedad generalizada y fobias específicas [10,11] y en la esquizofrenia [12,13].

Dentro del ámbito de la psicología también se encuentra el entrenamiento en relajación autógena -o entrenamiento autógeno- desarrollado por Johannes Heinrich Schultz a finales de los años 20 del siglo pasado, que consiste en alcanzar un estado de relajación profunda



a través de representaciones mentales de 6 sensaciones físicas: pesadez, calor, función cardíaca tranquila y regular, autorregulación de la respiración, calor en el área del abdomen superior y enfriamiento agradable de la frente [14,15]. Esta técnica, dirigida a conseguir la relajación por medio de la sugestión mental, presenta diferentes formas de aplicación en función de las características de cada paciente, por lo que su adecuación y utilidad dependen del grado de motivación y de la capacidad de autosugestión de cada persona, así como de sus niveles basales de actividad autonómica, entre otras variables [3].

El aprendizaje de esta técnica se basa en tres principios: 1) repetición mental durante breves periodos de tiempo de fórmulas verbales que describiesen las distintas respuestas psicofisiológicas; 2) concentración pasiva del paciente; y 3) reducción de la estimulación exteroceptiva y propioceptiva. Se trata de un procedimiento muy estructurado que gira en torno a dos ciclos o grados: un grado inferior o ejercicios propiamente de relajación y un grado superior o ejercicios de imaginación [3].

En ocasiones, el entrenamiento en relajación autógena se ha relacionado con la autohipnosis por hacer uso de las sugerencias hipnóticas para inducir estados profundos de relajación. Sin embargo, existe controversia en considerar que ambas técnicas sean equiparables [16]. La autohipnosis es entendida como una forma concreta de aplicación de la hipnosis [17] y esta última, según la Sociedad de Hipnosis Psicológica, división 30 de la Asociación Americana de Psicología, se define como un estado de conciencia que involucra atención enfocada y conciencia periférica reducida, caracterizada por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión [18].

Del entrenamiento en relajación autógena basado en la inducción de sensaciones corporales han surgido algunas adaptaciones como la relajación psicosensores de Vittoz, el método de Wintrebert o el método de Berges (Anexo 1). También existen otras técnicas de relajación inspiradas en el método de Schultz que inducen sensaciones corporales como la relajación estático-dinámica, la relajación psicoanalítica de Sapir y la relajación Terapéutica o Psicotónica de Ajuriaguerra (Anexo 1).

Algunos estudios han explorado la aplicación del entrenamiento autógeno en el manejo de diversos problemas físicos como trastornos cardiovasculares [19], síntomas motores en enfermedad de Parkinson [20], cefaleas tensionales, hipertensión, asma, dolor, ansiedad, depresión leve a moderada, trastornos del sueño [15], en la reducción del estrés en personal de enfermería [21] y en la reducción de la ansiedad de las

mujeres antes del parto [22]. El entrenamiento autógeno parece ser una técnica prometedora para mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida en personas con problemas crónicos de salud física, sin embargo, no se dispone de revisiones ni GPC que hayan sintetizado la evidencia disponible para su indicación en esta población [23], ni tampoco de sus variantes. Este informe se centrará en la evaluación de la efectividad y seguridad de estas técnicas para las que existe una mayor incertidumbre sobre sus potenciales efectos en la prevención y tratamiento de diversos problemas de salud física y mental.

No se incluyen, por tanto, la relajación muscular progresiva ni sus derivadas, las técnicas de relajación basadas en la respiración, ni el biofeedback debido a la efectividad terapéutica demostrada de estas técnicas para diferentes condiciones de salud [6,24–28].

Tampoco se incluyen la auto-hipnosis u otras técnicas de relajación basadas en la meditación o repetición de palabras, ni técnicas de relajación en imaginación o relajación basada en la imaginación guiada o debido a que han sido o están siendo actualmente evaluadas en otros informes de ETS dentro del “Plan de Protección de la Salud frente a las pseudoterapias” de la RedETS.

## **I.2. Descripción de las indicaciones clínicas**

Al igual que en otras técnicas de relajación, el mecanismo de acción del entrenamiento autógeno reside en la interacción entre los sistemas endocrino, inmunológico, neurológico y psicológico partícipes en la respuesta de relajación, contraria a la respuesta al estrés [23,29]. Un meta-análisis (MA) de 60 estudios publicados entre 1932 y 1999 [15] encontró efectos positivos del entrenamiento autógeno sobre los síntomas clínicos y la angustia psicológica en personas con varios problemas de salud crónicos como dolores de cabeza tensionales/migraña, hipertensión, asma, dolor, ansiedad, depresión leve a moderada y trastornos del sueño. Sin embargo, en la actualidad no se dispone de la suficiente evidencia científica que avale específicamente la seguridad y efectividad de las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales como para establecer su indicación clínica como alternativa a ninguna terapia de la medicina tradicional.

### **I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia**

Dado que no existen indicaciones específicas para las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales en el caso de enfermedades físicas o mentales, no es posible describir las opciones habituales de tratamiento.

## II. Alcance y objetivo

El presente informe está dirigido a profesionales y gestores sanitarios, así como a pacientes, sus familiares y la población en general.

Su objetivo es identificar, evaluar críticamente y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la efectividad y seguridad de las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales para el tratamiento de cualquier indicación clínica o condición de salud, en personas de cualquier edad.

# III. Metodología

Este informe se ha realizado de acuerdo a la Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) desarrollada en la RedETS [30].

Para alcanzar el objetivo propuesto, se realizó una revisión sistemática (RS) de la literatura, basada en la metodología Cochrane [31].

## III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

En la Tabla 1 se describen las bases de datos electrónicas consultadas desde 2006 hasta julio de 2021 (últimos 15 años) y en el Anexo 2 se describen las estrategias de búsqueda realizadas sin restricciones por idioma.

Tabla 1. Bases de datos electrónicas consultadas	
Base de datos	Periodo de búsqueda
MEDLINE (Ovid)	2006 - julio 2021
EMBASE (Elsevier)	2006 - julio 2021
Cinahl	2006 - julio 2021
PsycINFO (Ebsco)	2006 - julio 2021
COCHRANE (Wiley)	2006 - julio 2021

El proceso de selección de los estudios se realizó por dos revisores de forma paralela e independiente y, en caso de duda y/o desacuerdo entre ellos, se acudió a un tercer revisor que comprobó los criterios del protocolo e intentó llegar a un consenso con los otros dos revisores. La selección de los estudios se realizó a partir de los resúmenes recuperados en las bases de datos según los criterios de selección establecidos y previa valoración de la relevancia para este informe.

A continuación, se recuperaron las publicaciones completas (incluyendo todas aquellas en las que su elegibilidad no se podía determinar por el resumen) y se volvió a comprobar la concordancia con los criterios de la revisión.

Además, la búsqueda en las diferentes bases de datos electrónicas se complementó con la búsqueda manual de referencias a partir de los estudios incluidos en el informe, así como mediante la consulta a personas expertas en el área para identificar otras posibles publicaciones de interés,

no incluyéndose ningún estudio adicional. Las referencias bibliográficas fueron gestionadas a través del programa Reference Manager 10.

Con el objetivo de evaluar la evidencia disponible dentro del periodo de búsqueda establecido, se han incluido RS que evaluaran al menos un ensayo controlado aleatorizado (ECA) sobre el entrenamiento autógeno. Se han excluido aquellos estudios en los que no haya sido posible estimar el efecto individual del entrenamiento autógeno por aplicarse conjuntamente con otra técnica (p.e., una intervención que aplique entrenamiento autógeno y biofeedback en comparación a la no intervención).

## III.2. Selección de estudios

Los estudios fueron seleccionados siguiendo los criterios de selección que se describen en la Tabla 2 y que corresponden a la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuál es la efectividad y seguridad de las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales comparadas con la no intervención, control activo u otras intervenciones basadas en la evidencia (OIBE) (p.e., relajación muscular progresiva) en la mejoría de sintomatología física y mental y calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes con cualquier enfermedad y población general?

**Tabla 2. Criterios de selección de los estudios**

<b>Criterio</b>	<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Diseño de estudio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisiones sistemáticas con y sin metaanálisis.</li> <li>- Ensayos controlados aleatorizados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudios controlados no aleatorizados.</li> <li>- Estudios no controlados/series de casos.</li> <li>- Estudios observacionales y/o descriptivos (cuantitativos y/o cualitativos).</li> <li>- Revisiones narrativas, cartas al editor y opiniones de expertos.</li> <li>- Resúmenes de congresos.</li> <li>- Tesis doctorales.</li> </ul>
Características de la población	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas sanas en las que se pretende prevenir alguna afección clínica.</li> <li>- Personas de cualquier edad con cualquier patología o condición clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudios en personas sanas cuyo objetivo no sea la prevención de patologías y/o no se informen de medidas relacionadas con variables clínicas (reducción de síntomas, calidad de vida, efectos adversos).</li> </ul>

**Tabla 2. Criterios de selección de los estudios**

Criterio	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudios que evalúen, junto a la atención convencional u otras intervenciones de evidencia científica demostrada, las técnicas de relajación cuyo elemento central se base en la inducción de sensaciones corporales (p.e., relajación autógena, relajación psicosensoresial de Vittoz, método Wintrebert, método de Berges, relajación estático-dinámica, relajación psicoanalítica de Sapir y relajación terapéutica o psicotónica de Ajuriaguerra).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudios donde la práctica de relajación fuera inferior a 1 semana incluyendo la práctica en casa (p.e., estudios de laboratorio con medida inmediata de resultados).</li> <li>- Relajación muscular progresiva y sus derivadas, dada la evidencia disponible como indicación terapéutica en determinadas patologías.</li> <li>- Biofeedback y técnicas de respiración.</li> <li>- Otras técnicas vinculadas a la relajación por su abordaje explícito en otros informes de ETS recién elaborados o actualmente en desarrollo bajo el marco de RedETS (p.e., relajación en imaginación/visualización, relajación de Benson, meditación, técnicas de masaje).</li> <li>- Otras terapias alternativas/complementarias.</li> </ul>
Comparador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicas de intervención con evidencia científica (p.e., relajación muscular progresiva).</li> <li>- Cuidado habitual.</li> <li>- No intervención.</li> <li>- Tratamiento diferido ("waiting list").</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otras terapias alternativas/complementarias.</li> </ul>
Medidas de resultado	<p><u>Efectividad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducción de sintomatología de salud mental (ansiedad, depresión, estrés, problemas conductuales) y física (dolor y otros síntomas relacionados con la afección clínica de estudio).</li> <li>- Calidad de vida relacionada con la salud (general y específica, física y/o mental).</li> </ul> <p><u>Seguridad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectos adversos graves (i.e., que requieren hospitalización o suponen una amenaza para la vida).</li> <li>- Efectos adversos leves.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas no relacionadas con variables clínicas como reducción de síntomas, calidad de vida, efectos adversos.</li> </ul>
Idioma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inglés, español</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otros idiomas</li> </ul>

### III.3. Valoración de la calidad de los estudios

La calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios incluidos fue valorado críticamente por dos revisores de forma independiente y las discrepancias fueron resueltas por consenso. Los instrumentos utilizados fueron la escala AMSTAR-2 [32] para las RS y la escala RoB-2 de la Cochrane [33] para los ECAs.

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

Una vez identificados los estudios a incluir en la revisión, se realizó la extracción de los datos en un fichero Excel (i.e., identificación del artículo, diseño, metodología, población de estudio, tipo de relajación y resultados). En primer lugar, se analizaron las RS incluidas y, posteriormente, se revisaron los estudios primarios obtenidos, identificando aquellos que habían sido incluidos en las RS incluidas y los que no (por no ser identificados en ellas o por haber sido publicados posteriormente).

Se realizó un MA para cada medida de resultado cuando hubo datos disponibles de al menos tres estudios. Se calculó en cada estudio la diferencia estandarizada (*g* de *Hedges*) inter-grupo tanto en el momento del postratamiento como en el seguimiento, si lo ofrecían. En ambos casos se incluyeron las estimaciones calculadas por intención de tratar y/o ajustadas por confusores, si estaban disponibles.

El MA se realizó mediante el método de la varianza inversa. Se consideró la existencia de heterogeneidad con un valor de significación  $p < 0.10$  del estadístico *Q* de Cochrane, o con un valor de  $I^2$  de Higgins [34] mayor del 50%. En tal caso, se usó un modelo de efectos aleatorios, en lugar de efectos fijos. Se realizó el siguiente análisis de subgrupos por tipo de comparador para cada medida de resultado en los diferentes momentos temporales (post-intervención y seguimiento):

- Entrenamiento autógeno versus control: se clasificaron los tipos de grupo control según su intensidad: tratamiento habitual y tratamiento diferido. Se denominará "Grupo de tratamiento diferido" al llamado comúnmente en la literatura "Lista de espera" ("*Waiting list*", que consiste en comunicar al participante que una vez finalizado el estudio podrá acceder a la intervención, es decir, al programa de entrenamiento autógeno en este caso), para diferenciarlo de las listas de espera médicas. Este tipo de grupo control ha mostrado un efecto nocebo en algunos estudios, por lo que se analizó separadamente de la no intervención/tratamiento



habitual.

- Entrenamiento autógeno versus otros comparadores: se incluyeron en esta comparación los subgrupos de relajación muscular progresiva, Mindfulness y realidad virtual.

### **III.5. Participación de los agentes de interés**

La implicación de los agentes con interés en la tecnología a evaluar 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 las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales 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 acreditadas oficialmente en el estado español, estar relacionadas con las ciencias o el ámbito de la salud, y estar legalmente constituidas (Anexo 3). Se envió el protocolo de trabajo a estas organizaciones 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 aceptaron también las aportaciones de organizaciones que no fueron invitadas activamente, siempre y cuando éstas cumplieran los criterios de participación mencionados y las aportaciones se recibieran dentro del mismo plazo de 15 días. Finalmente se obtuvo respuesta a esta invitación, por parte de dos organizaciones (Anexo 3).

En mes de junio de 2022 se sometió el informe preliminar a una revisión externa, en la que fueron invitadas a participar organizaciones relacionadas con la técnica, entre las que se encontraban asociaciones de pacientes, colegios profesionales y sociedades científicas. Todas ellas cumplieran los criterios anteriormente citados (ser entidades en el Estado español, estar relacionadas con las ciencias o el ámbito de la salud, y estar legalmente constituidas).

Finalmente, participaron en el proceso de revisión externa dos organizaciones, recogidas en el Anexo 3. Las observaciones recibidas en este proceso se muestran en el Anexo 4.

# IV. Resultados

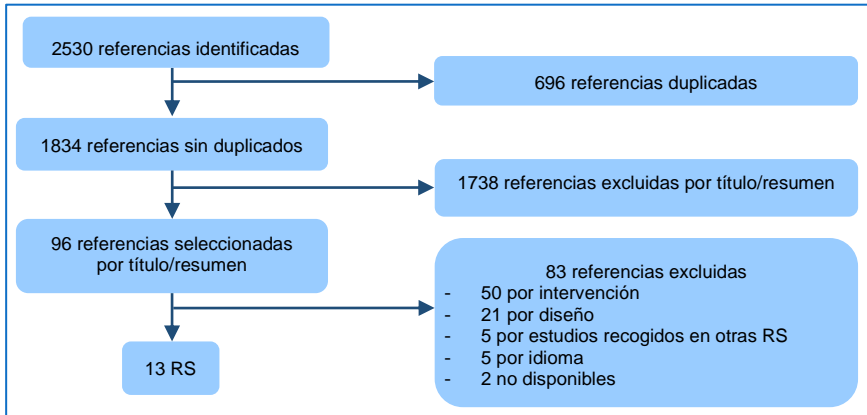
## IV.1 Resultado de la búsqueda bibliográfica

En la búsqueda electrónica se identificaron un total de 3418 referencias, de las que quedaron 2420 tras eliminar duplicados para revisar por título y resumen (Figura 1 y Figura 2). En la Tabla 3 se describen los resultados obtenidos en cada una de las bases de datos electrónicas consultadas.

Tabla 3. Resultados en las bases de datos electrónicas consultadas		
Base de datos (plataforma)	Nº de resultados obtenidos	
	RS	ECAs
MEDLINE (Ovid)	542	232
EMBASE (Elsevier)	1375	266
Cinahl	237	93
PsycINFO (Ebsco)	85	297
COCHRANE (Wiley)	291	
<i>Total de referencias con duplicados</i>	2530	888
<i>Total de referencias sin duplicados</i>	1834	586

Del total de referencias obtenidas, se seleccionaron 141 (96 RS + 45 ECAs) para su lectura a texto completo, tras la cual finalmente se incluyeron 13 RS [35–47] (Figura 1) y 15 ECAs adicionales publicados en 19 referencias [20,23,56–64,48–55] (Figura 2). En el Anexo 5 se describen las causas de exclusión de los estudios no incluidos.

**Figura 1. Proceso de selección de revisiones sistemáticas**



**Figura 2. Proceso de selección de ensayos controlados aleatorizados**



## IV.1.1 Características de los estudios incluidos

A continuación, se sintetizan las características más relevantes de los estudios seleccionados. La Tablas 1 y 2 del Anexo 6 muestran las características de las RS y de los estudios primarios incluidos, respectivamente.

## **Revisiones sistemáticas**

Se incluyó un total de 13 RS que incluyeron al menos un ECA en el que se evaluó la efectividad del entrenamiento autógeno.

Las condiciones de salud incluidas fueron migrañas y cefaleas tensionales en adultos [36,38,41], manejo de dolor en síndrome de distrofia simpática refleja, dolor postquirúrgico [42], trabajo activo de parto [39], fibromialgia [45], disminución de ansiedad en pacientes con infarto de miocardio o bypass coronario, estudiantes con ansiedad, pacientes sometidos a angioplastia coronaria, síndrome del intestino irritable [36,37,44], síntomas depresivos en depresión clínica, dermatitis atópica, fibromialgia [35,46,47], hipertensión [40] e insomnio [43].

En total 21 ECAs incluidos en estas RS cumplen criterios para el presente informe.

## **Estudios primarios**

La variable de salud más evaluada fue la depresión (en 7 estudios), seguida de la ansiedad (en 6 estudios) y síntomas cardíacos (en 4 estudios). Las poblaciones incluidas en los estudios tenían las siguientes condiciones: parkinson, enfermedades cardiovasculares (síndrome cardíaco X, enfermedad coronaria), hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibromialgia, cáncer mama, VIH, disfunción sexual, ictus, mujeres lactantes con ansiedad, fumadores y adultos sanos (atletas, futbolistas y estudiantes).

## **IV.1.2 Calidad metodológica de los estudios incluidos**

### **Revisión sistemática**

La valoración de la calidad metodológica de las RS incluidas, evaluadas mediante los criterios AMSTAR-2 [32], se muestra en la Tabla 1 del Anexo 7.

En todas las RS evaluadas se describe la pregunta de investigación, los criterios de inclusión y el tipo de estudios a incluir en base a su diseño (Criterios 1 y 3). En las 13 RS incluidas se utilizó una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva y la mayoría especificaron que también consultaron las listas de referencias y literatura gris (Criterio 4).

Dos RS contuvieron una declaración explícita de que el método de la revisión fue establecido con anterioridad a su realización y justificaron cualquier desviación significativa del protocolo [39,41] (Criterio 2).

En todas las RS salvo en una [47] se explicitó que la selección de estudios y la extracción de datos fue llevada a cabo por pares y se

describieron las características de los estudios incluidos con suficiente detalle (Criterios 5, 6 y 8). Solo las RS de Kanji et al. [41] y Smith et al. [39] proporcionaron una lista de estudios excluidos (Criterio 7).

En 3 RS [42,44,47] no se especificó el instrumento utilizado para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión. El resto de RS consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión y utilizaron las escalas Cochrane, Jadad o *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) (Criterios 9 y 13).

Las 13 RS evaluadas proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión y solo la RS de Smith et al. [39] informó de las fuentes de financiación de los estudios incluidos (Criterios 10 y 14).

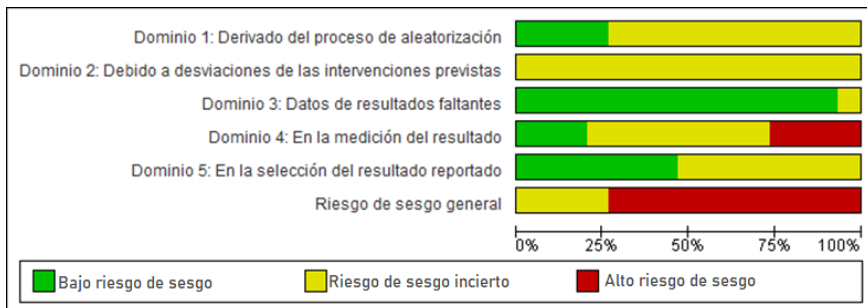
Cinco de las RS llevaron a cabo MA [35,39,40,43,44] donde se usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados (Criterio 11). Cuatro de las RS con MA [39,40,43,44] proporcionaron información sobre el posible sesgo de publicación (Criterio 15) y solo la RS de Smith et al. [39] evaluó el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia (Criterio 12).

En la mayoría de RS se informó de cualquier fuente potencial de conflicto de interés excepto en cuatro [35,41,42,46] (Criterio 16).

## ECAs

La Figura 3 muestra un resumen gráfico de la valoración del riesgo de sesgo. La valoración completa de la calidad metodológica de los estudios incluidos, evaluados mediante la escala RoB-2 de la Cochrane [33], se describe en la Tabla 2 y Figura 1 del Anexo 7.

**Figura 3. Resumen gráfico de la valoración del riesgo de sesgo**



La calificación de alto riesgo de sesgo en alguno de los dominios evaluados o la calificación de riesgo de sesgo incierto en tres o más

dominios lleva a calificar el estudio con un alto riesgo de sesgo general, por lo que ninguno de los estudios incluidos fue evaluado con un bajo riesgo de sesgo [33].

De manera general, cuatro estudios evaluados, reportados en ocho referencias, proporcionan información acerca del proceso de aleatorización y ocultación de la secuencia [49–51,54,55,58,59]. Los 11 estudios restantes no ofrecen información sobre los procedimientos de cegamiento llevados a cabo.

Dadas las características de las intervenciones, ni los instructores de relajación ni los participantes pudieron estar cegados a las condiciones de los grupos, por lo que ningún estudio fue evaluado como bajo riesgo de sesgo en el Dominio 2 (i.e., efecto de la asignación a la intervención). En tres estudios se llevó a cabo un análisis por intención de tratar [23,54,60], en siete estudios los análisis se realizaron con todos los participantes elegibles después de la aleatorización [56,58,59,61–64] y en cinco estudios (ocho referencias) los análisis se realizaron solo con los participantes que completaron el estudio, aunque sin observarse un impacto sustancial en los resultados debido a la falta de análisis de los participantes en el grupo en que fueron asignados [20,48–53,57].

En relación al Dominio 3 (i.e., datos de resultados faltantes) todos los estudios evaluados fueron calificados con bajo riesgo de sesgo salvo uno [57] en el que algunos motivos de pérdidas no quedan suficientemente documentados, calificándolo así con riesgo incierto de sesgo. En cinco estudios (siete referencias) pese a que se informó de más de un 5% de pérdidas los motivos reportados parecen ser independientes a la intervención [23,48,52–55,57].

Tres estudios fueron evaluados con bajo riesgo de sesgo en el Dominio 4 (i.e., medición del resultado) debido a que informaron sobre medidas objetivas (rendimiento motor, nivel de inmunoglobulina A (IgA) salival y presión sanguínea), por lo que parece poco probable que los participantes/evaluadores pudieran influir en los resultados [20,56,58]. Cuatro estudios (cinco referencias) fueron evaluados con alto riesgo de sesgo debido a que la medida de resultado principal fue auto-reportada y la intervención sólo se comparó con un grupo de tratamiento diferido, por lo que es probable que los resultados se vean influenciados por el conocimiento de la intervención recibida [49–51,61,64]. Por último, ocho estudios (diez referencias) se calificaron con riesgo de sesgo incierto, ya que pese a que la medida principal fue auto-reportada, los grupos tuvieron protocolos similares, por lo que es probable que las diferencias no se deban al conocimiento de la intervención recibida [23,48,52–55,57,59,60,62].

Estuvieron disponibles los protocolos de siete estudios (nueve referencias) para determinar si los resultados se analizaron siguiendo un plan de análisis previamente establecido, por lo que en el Dominio 5 (i.e., selección del resultado reportado) la evaluación se corresponde con un nivel bajo de riesgo de sesgo [52–55,57–60,63].

## **IV.2. Descripción y análisis de resultados**

### **IV.2.1 Seguridad**

Solo 1 RS [39] y 3 estudios primarios [20,23,49] presentaron explícitamente información sobre la seguridad del entrenamiento autógeno. En ninguno de los estudios primarios se observaron eventos adversos que se pudieran relacionar con la aplicación del entrenamiento autógeno, salvo en Golding et al. (2015) [49] donde se declaró que solo un paciente informó sobre un efecto adverso ("sensación extraña o borrosa en sus ojos") que no persistió al finalizar la intervención.

En la RS de Smith et al. (2018) [39] varias medidas relacionadas con el trabajo activo de parto y con el momento de posparto se consideraron como medidas de seguridad, de las cuales tres de ellas (necesidad de parto vaginal asistido, cesárea y baja puntuación en el test Apgar) se informan en el único ECA incluido sobre entrenamiento autógeno [65]. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de ellas. Los resultados de seguridad de las técnicas de relajación en general (entrenamiento autógeno y otras) informados en esta RS concluyeron que no hubo diferencias significativas en la necesidad asistencial en el parto vaginal (RR = 0.61; IC95%: 0.20 a 1.84; cuatro ensayos, 1122 mujeres) o en las tasas de cesáreas (RR = 0.73; IC95%: 0.26 a 2.01, cuatro ensayos, 1122 mujeres), aunque la evidencia es de muy baja calidad.

### **IV.2.2 Efectividad**

#### ***IV.2.2.1. Revisiones sistemáticas***

En la tabla 1 del Anexo 8 se muestran los resultados de efectividad de los estudios incluidos en las RS seleccionadas.

#### **Síntomas físicos**

##### *Cefaleas*

La RS de Kanji et al. (2006) [41] comparó el entrenamiento autógeno frente a biofeedback, hipnosis o tratamiento diferido en el manejo de cefaleas

tensionales en adultos, incluyendo un total de 7 estudios: 5 ECAs (n = 355 pacientes) y 2 ensayos controlados no aleatorizados (ECNAs) (n = 45). En el único estudio que comparó el entrenamiento autógeno con tratamiento diferido, el primero fue superior en el índice de cefalea [66] (reducción del 33% vs. 2%). Ninguno de los estudios incluidos mostró que el entrenamiento autógeno fuera significativamente superior a las otras intervenciones. En 2 estudios (n = 49), un ECA [67] y un ECNA [68], el biofeedback fue significativamente superior al entrenamiento autógeno.

La RS de Seo et al. (2018) [38] evaluó el uso del entrenamiento autógeno solo y en combinación con otros tratamientos complementarios frente a relajación muscular progresiva, hipnosis o tratamiento diferido en el tratamiento de migrañas y cefaleas tensionales en adultos. Incluyeron un total de 6 ECAs (n = 247), de los cuales uno de ellos [69] estuvo incluido también en la RS de Kanji et al. (2006) [41] y otros 3 aplicaron entrenamiento autógeno en combinación de biofeedback frente a la monitorización de síntomas o relajación muscular progresiva, por lo que no cumplen criterios del presente informe. Los resultados de los 2 ECAs restantes mostraron que el entrenamiento autógeno fue mejor que tratamiento diferido en la disminución de la cefalea ( $p = 0.0115$ ,  $n = 41$ ) [70], pero no que la relajación muscular progresiva ( $p = 0.088$ ,  $n = 36$ ) [71].

### *Dermatitis atópica*

En la RS de Chida et al. (2007) [35] se incluyó 1 ECA (n = 50) [72] que comparó el entrenamiento autógeno frente a una intervención educativa estructurada para personas con dermatitis atópica en el que se observaron diferencias significativas a favor del entrenamiento autógeno en la mejoría de la severidad del eczema ( $r = -0.76$ , IC95%, -0.85, -0.60), intensidad de la picazón ( $r = -0.695$ , IC95%, -0.82, -0.51) y frecuencia del rascado ( $r = -0.80$ , IC95%, -0.89, -0.67).

### *Dolor*

En la RS de Kwekkeboom et al. (2006) [42] sobre técnicas de relajación para el manejo del dolor en adultos, se incluyeron 2 ECAs sobre el entrenamiento autógeno frente a la atención habitual, uno en síndrome de distrofia simpática refleja (n = 18) [73] y otro para la disminución de la gravedad del dolor postquirúrgico (n = 20) [74], en ambos casos utilizando una Escala Visual Analógica (EVA 0-10). Ningún estudio encontró diferencias significativas.

La RS Cochrane de Smith et al. (2018) [39] también sobre las técnicas de relajación para el manejo del dolor y otras medidas de resultado relacionadas con el trabajo activo de parto, incluyó 1 ECA (n = 53) sobre entrenamiento autógeno en comparación con las técnicas de respiración [65]. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las



medidas de resultado evaluadas (necesidad de aumento de oxitocina; intensidad de dolor utilizando una escala EVA 0-10; realización de cesárea; puntuación Apgar (< 7) a los 5 minutos; o necesidad de parto natural asistido).

Por último, la RS de Meeus et al. (2015) [45] sobre diversas intervenciones psicológicas para la disminución del dolor en adultos con fibromialgia incluyó 1 ECA (n = 32) que comparó el entrenamiento autógeno frente a una terapia integrada grupal con técnicas psicológicas y ejercicio físico [75]. Se observó que el entrenamiento autógeno fue igual de efectivo que la terapia integrada en la reducción del dolor tras la intervención, evaluado por medio de un diario del dolor, pero a los 3 meses obtuvo un resultado significativamente peor.

### *Esclerosis múltiple*

En la RS de Molina-Rueda et al. (2009) [46] se incluyó 1 ECA (n = 26) [76] que comparó el entrenamiento autógeno frente a la no intervención en adultos con esclerosis múltiple. No se observaron diferencias significativas entre grupos en el nivel de fatiga medida a través de la versión abreviada del *Profile of Mood States* (POMS-SF). No obstante, se observaron resultados favorables al entrenamiento autógeno en algunas subescalas de calidad de vida específica (*Multiple Sclerosis Quality of Life*, MSQOL). Tras 10 semanas de intervención, las personas que habían sido tratadas con entrenamiento autógeno percibieron más energía ( $p = 0.01$ ,  $\bar{x}^2 > 0.15$ ) y menos limitaciones secundarias a síntomas físicos ( $p = 0.02$ ) o a problemas emocionales ( $p = 0.05$ ). No se observaron diferencias significativas en las subescalas de dolor, función sexual, función social, bienestar emocional, estrés relacionado con la salud, percepción de salud, salud física o función cognitiva.

### *Síndrome del intestino irritable*

En la RS de Park et al. (2014) [37] se incluyó 1 ECA (n = 21) [77] que comparó el entrenamiento autógeno frente a terapia dietética, para la mejora de los síntomas gastrointestinales en personas con síndrome de intestino irritable. Tras 8 semanas de intervención, la tasa de personas con reducción de síntomas fue significativamente mayor en el grupo de entrenamiento autógeno (OR = 10.50, IC95%: 1.36, 81.05). No obstante, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la gravedad de los síntomas (*Irritable Bowel Syndrome Severity Score*, IBSSS).

## Hipertensión

En la RS con MA de Dickinson et al. (2008) [40] sobre varias técnicas de relajación para la disminución de la presión sanguínea en adultos con hipertensión primaria, se metaanalizaron 25 ECAs (n = 1198), de los cuales 6 (n = 320) evaluaron la aplicación del entrenamiento autógeno frente a la no intervención o tratamiento diferido. En 5 de esos ECAs no se evaluó el efecto del entrenamiento autógeno sino en combinación con otras técnicas, por lo que solo uno de los estudios (n = 90) cumple con los criterios del presente informe [78]. En este estudio se observó una reducción significativa tanto para la presión sanguínea sistólica (DM = -7.3 mm Hg, IC95%, -12.6, -2.0) como para la diastólica (DM = -2.2mm Hg, IC95%, -5.2, -0.7) en el grupo de entrenamiento autógeno.

## Síntomas psicológicos

### *Ansiedad y estrés*

La RS de Crawford et al. (2013) [36] sobre diversas intervenciones psicológicas para la disminución de ansiedad y estrés emocional en diferentes poblaciones, incluyeron 3 ECAs evaluando el efecto del entrenamiento autógeno. Uno de ellos (n = 56) [79], también incluido en la RS de Kanji et al. (2006) [41] comentada anteriormente, comparó el entrenamiento autógeno frente a hipnosis, para la mejora del estrés psicológico en personas con cefalea tensional observándose un efecto significativamente favorable al entrenamiento autógeno tras la intervención ( $p < 0.01$ ) que se mantuvo en el seguimiento a 6 meses ( $p < 0.05$ ) medido a través del *Symptom Checklist-90* (SCL-90). En los otros 2 ECAs (n = 193), uno con personas ingresadas por infarto agudo de miocardio o cirugía de bypass coronario (n = 100) [80] y otro en estudiantes de enfermería (n = 93) [81], se observó un efecto significativamente favorable al entrenamiento autógeno en comparación con tratamiento diferido para la reducción de la ansiedad (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI ( $p < 0.001$ ) y *Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS ( $p < 0.01$ )).

En la RS con MA de Manzoni et al. (2008) [44] sobre técnicas de relajación en general para el manejo de la ansiedad en diferentes poblaciones frente a ninguna intervención, se incluyeron 2 ECAs (n = 109) sobre el entrenamiento autógeno. Uno de ellos no cumple con los criterios del presente informe, ya que el entrenamiento autógeno se aplicó conjuntamente con técnicas de visualización. En el segundo ECA (n = 59) [82], llevado a cabo con pacientes sometidos a angioplastia coronaria, se observaron diferencias significativas favorables al entrenamiento autógeno en la reducción del estado de ansiedad a los 2 y 5 meses (p

<0.001) y en el rasgo de ansiedad a los 2 y 5 meses ( $p < 0.001$  y  $p < 0.04$ , respectivamente), medidos a través del STAI.

Por último, la RS de Park et al. (2014) [37] también sobre la efectividad de las técnicas de relajación en general para el tratamiento del síndrome del intestino irritable, incluyó 1 ECA ( $n = 21$ ) que comparó el entrenamiento autógeno frente a terapia dietética para la disminución de la ansiedad medida a través del STAI y síntomas gastrointestinales [77]. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre grupos ( $g = -0.44$ , IC95%, -1.31, 0.43).

### *Depresión*

La RS de Morgan et al. (2008) [47] incluyó 2 ECAs que evaluaron el efecto del entrenamiento autógeno en el tratamiento de la depresión frente a psicoterapia de grupo y tratamiento diferido ( $n = 55$ ) [83] y en depresión no clínica (síntomas depresivos) frente a tratamiento diferido ( $n = 134$ ) [84]. Los dos estudios mostraron un resultado significativo favorable al entrenamiento autógeno en la reducción de los síntomas de depresión en comparación al tratamiento diferido (sin especificar el instrumento de medida). Sin embargo, en el estudio con personas con trastornos depresivos [83], el entrenamiento autógeno fue menos efectivo que la psicoterapia de grupo.

La RS de Chida et al. (2007) [35] incluyó 1 ECA ( $n = 50$ ) que comparó el entrenamiento autógeno frente a una intervención educativa estructurada para personas con dermatitis atópica en el que se evaluaron los síntomas clínicos del eczema y depresión [72]. No se encontraron diferencias significativas en la depresión (escala *Center for Epidemiological Studies-depression*, CES-D).

Molina-Rueda et al. (2009) [46] incluyeron 1 ECA ( $n = 26$ ) en el que se comparó el entrenamiento autógeno frente a la no intervención en adultos con esclerosis múltiple [76]. A las 10 semanas, las puntuaciones en depresión medidas con la escala CES-D fueron significativamente menores en el grupo de entrenamiento autógeno ( $p < 0.05$ ).

### *Insomnio*

La RS de Lam et al. (2015) [43] sobre diversas intervenciones psicológicas para el manejo del insomnio en adultos incluyó 1 ECA ( $n = 32$ ) que comparó el entrenamiento autógeno con el tratamiento diferido y placebo [85]. En relación a la latencia de sueño, el entrenamiento autógeno fue superior al tratamiento diferido (DME = -1.36, IC95%: -2.48, -0.24) pero no a la intervención placebo (DME = -0.68, IC95%: -1.70, 0.34).

#### **IV.2.2.2. Estudios primarios**

En la Tabla 2 del Anexo 8 se muestran los resultados de efectividad de los estudios primarios adicionales que han sido incluidos en esta RS.

### **ENTRENAMIENTO AUTÓGENO VS CONTROL**

#### **Síntomas físicos**

##### *Capacidad pulmonar*

En el estudio de Ortigosa-Márquez et al. (2015) [64], con atletas sanos ( $n = 18$ ), no se encontraron diferencias significativas en el volumen espiratorio en el primer segundo (FEV1), ni en el flujo respiratorio máximo en comparación con el grupo de tratamiento diferido.

##### *Estado funcional*

En el estudio de Luciano et al. (2011 y 2013) ( $n = 216$ ) [54,55] se observaron mejoras significativas en el estado funcional, medido a través del cuestionario *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), en el grupo de entrenamiento autógeno en comparación con el grupo de tratamiento habitual (programa educativo) ( $p = 0.001$ ), tanto en el postratamiento (8 semanas) como en el seguimiento a los 12 meses.

##### *Presión sanguínea y/o frecuencia cardíaca*

Asbury et al. (2009) [48] evaluaron el entrenamiento autógeno en mujeres con síndrome cardíaco X ( $n = 53$ ) en comparación al control diario de síntomas y no se observaron cambios en la presión arterial ni frecuencia cardíaca en ningún grupo y tampoco se realizaron comparaciones intergrupo.

Por otro lado, el estudio de Minowa et al. (2014) [56] en mujeres con cáncer de mama y cirugía programada se encontró que la frecuencia cardíaca ( $n = 30$ ), como medida de la actividad del sistema nervioso parasimpático, fue significativamente mayor en el grupo de entrenamiento autógeno a los 7 días de intervención (séptimo día posoperatorio), en comparación con el grupo de no intervención. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos el día antes de la cirugía ( $p = 0.134$ ), ni al cabo de 3 días de entrenamiento ( $p = 0.698$ ).

##### *Respuesta inmune*

En el estudio de Minowa et al. (2014) [56] con mujeres con cáncer de mama y cirugía programada ( $n = 30$ ) se encontró que los niveles de inmunoglobulina A (sIgA), un tipo de anticuerpo presente en la saliva,

fueron significativamente más altos a los 7 días de intervención (séptimo día posoperatorio) en el grupo de entrenamiento autógeno, en comparación con el tratamiento habitual ( $p = 0.049$ ).

### *Síndrome cardíaco X*

En el estudio de Asbury et al. (2009) [48] con mujeres con síndrome cardíaco X ( $n = 53$ ) se encontró una reducción significativa en el grupo de entrenamiento autógeno tanto en la frecuencia ( $p = 0.02$ ) como en la severidad de los síntomas ( $p < 0.001$ ). Sin embargo, esta diferencia no fue significativa con respecto al grupo de tratamiento habitual (monitorización diaria de los síntomas).

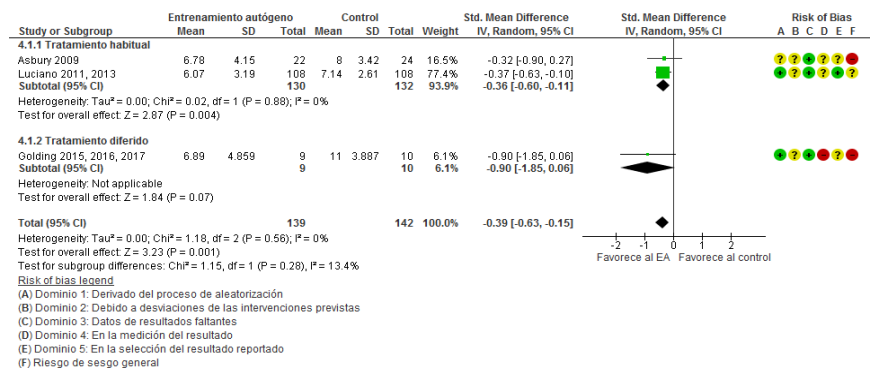
## **Síntomas psicológicos**

### *Ansiedad*

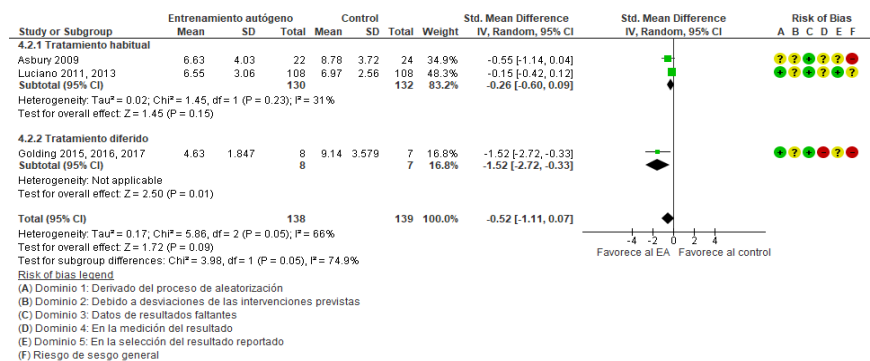
Se incluyeron 4 estudios ( $n = 310$ ) que evaluaron ansiedad auto-reportada (3 de ellos con el cuestionario HADS y 1 con el cuestionario STAI-rasgo). Los cuatro estudios incluyeron adultos con alguna patología clínica: síndrome cardíaco X [48], ictus [49,50], fibromialgia [54,55] y mujeres lactantes con ansiedad [61]. Dos estudios compararon el entrenamiento autógeno frente al tratamiento habitual y los otros dos frente al tratamiento diferido. El estudio de Vidas et al. (2011) [61] obtuvo un efecto muy fuerte a favor de la intervención ( $g = -9.70$ , IC95%: -12.48, -6.91). Un MA de los otros tres estudios, que usaron la HADS, también resultó significativamente favorable al entrenamiento autógeno en post-intervención ( $g = -0.39$ , IC95%: -0.63, -0.15;  $I^2 = 0\%$ ) (

Figura 4). En el seguimiento (8 semanas [48], 12 meses [49,50,54,55]), el efecto fue mayor pero no alcanzó la significación ( $g = -0.52$ , IC95%: -1.11, 0.07;  $I^2 = 64\%$ ) (Figura 5).

**Figura 4. Efecto sobre la ansiedad en el postratamiento (entrenamiento autógeno vs. control)**



**Figura 5. Efecto sobre la ansiedad en el seguimiento (entrenamiento autógeno vs. control)**



En el estudio de Asbury et al. (2009) [48] no hubo diferencias significativas en ansiedad específica, medida a través del cuestionario *Cardiac Anxiety Questionnaire* (CAQ), ni en post-intervención ni en el seguimiento (cálculo propio pues no se ofrecen contrastes intergrupo).

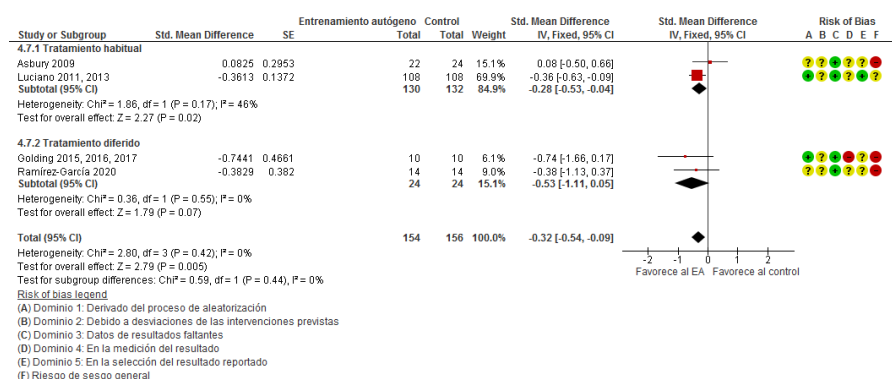
En el estudio de Ortigosa-Márquez et al. (2015) [64] con atletas sanos, se observaron mejoras significativas en el grupo de entrenamiento autógeno, pero solo en la subescala de autoeficacia de la escala *Competitive Anxiety* (CSAI-2) ( $p = 0.001$ ) en comparación con el grupo de tratamiento diferido.

## Depresión

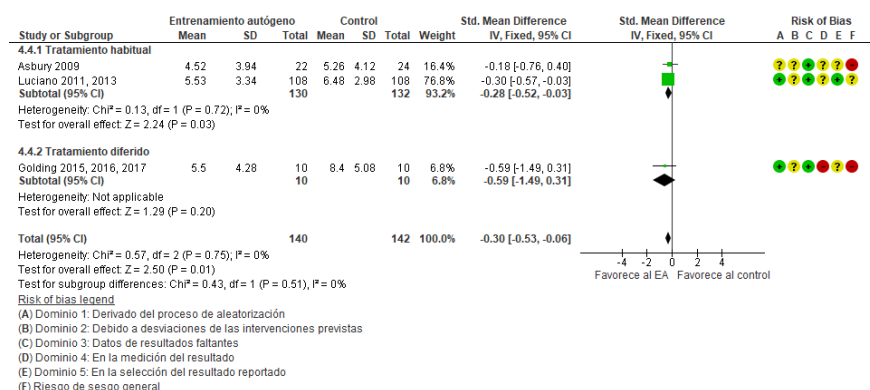
Se incluyeron 5 estudios ( $n = 331$ ) que evaluaron depresión (dos de ellos con la escala HADS-D, uno con el cuestionario FIQ-D, otro con la escala *Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS) y otro con el *Patient Health*

**Questionnaire-9 (PHQ-9)** en población clínica (síndrome cardíaco X [48], ictus [51], fibromialgia [54,55], VIH [23] y mujeres lactantes con ansiedad [61]). Dos estudios compararon el entrenamiento autógeno frente al tratamiento habitual y los otros tres frente al tratamiento diferido. Al igual que en el caso de ansiedad, el estudio de Vidas et al. [61] obtuvo un efecto muy fuerte a favor de la intervención ( $g = -4.86$ , IC95%:  $-6.70$ ,  $-3.02$ ). Un MA de los 4 estudios restantes resultó significativo en post-intervención ( $g = -0.32$ , IC95%:  $-0.54$ ,  $-0.09$ ,  $I^2 = 0\%$ ) (Figura 6) y seguimiento (8 semanas [48] o 12 meses [51,54,55]) ( $g = -0.32$ , IC95%:  $-0.54$ ,  $-0.09$ ;  $I^2 = 0\%$ ) (Figura 7).

**Figura 6. Efecto sobre la depresión en el postratamiento (entrenamiento autógeno vs. control)**



**Figura 7. Efecto sobre la depresión en el seguimiento (entrenamiento autógeno vs. control)**





### *Calidad de vida*

En el estudio de Asbury et al. (2009) [48] con mujeres con síndrome cardiaco X, no hubo diferencias significativas en la calidad de vida, medida a través del *Ferrans and Powers Quality of Life Index* (QLI), ni en post-intervención ni en el seguimiento entre el entrenamiento autógeno y tratamiento habitual (cálculo propio pues no se ofrecen contrastes intergrupo).

En el estudio de Ramírez-García et al. (2020) [23] no hubo diferencias significativas en el cuestionario de calidad de vida específica *Medical Outcomes Survey* (MOS-HIV) entre el entrenamiento autógeno y el tratamiento diferido.

### *Estrés*

El estudio de Kuhlmann et al. (2016) [63] con estudiantes de medicina (n = 183) comparó el entrenamiento autógeno frente a tratamiento diferido, no encontrando diferencias significativas en las puntuaciones de estrés medidas a través del *Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress* (TICS) en el momento del posintervención ni en el seguimiento a los 12 meses.

## **ENTRENAMIENTO AUTÓGENO + INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA (OIBE) VS OIBE**

### **Síntomas físicos**

#### *Disfunción sexual*

En el estudio de Stanton et al. (2019) [60] en mujeres con trastorno de excitación sexual se comparó el biofeedback solo vs. combinado con entrenamiento autógeno (también se incluyó un grupo de tratamiento diferido). No se reportan diferencias significativas entre los dos grupos de intervención en activación genital, activación genital subjetiva y percepción de activación genital.

#### *Síntomas motores en Parkinson*

En el estudio de Ajimsha et al. (2014) [20] con pacientes diagnosticados de Parkinson se observó una mejora significativa del desempeño motor en el grupo intervención (entrenamiento autógeno + fisioterapia) en comparación al grupo control (fisioterapia), a las 8 y 12 semanas ( $p < 0.01$  en ambos casos), medido a través de la escala *Unified Parkinson's Disease Rating Scale* (UPDRS).

## ENTRENAMIENTO AUTÓGENO VS OIBE

### Síntomas físicos

#### *Capacidad funcional y pulmonar*

En el estudio de Rutkowski et al. (2021) [59] se comparó la realidad virtual frente al entrenamiento autógeno (grupo control) en un programa de rehabilitación pulmonar para pacientes diagnosticados de EPOC. El grupo de entrenamiento autógeno mejoró significativamente en la capacidad de ejercicio medida a través del test de la marcha de 6 minutos (6MWT) ( $r = -0.074$ ;  $p = 0.0002$ ) y en FEV1 ( $r = -0.066$ ;  $p = 0.0429$ ) mientras que el grupo de realidad virtual solo lo hizo en la primera variable. No se ofrecen contrastes intergrupo. Un cálculo propio con las puntuaciones post-intervención no ofreció diferencias significativas entre grupos en el 6MWT (no se realizó para el FEV1 dado que existían diferencias significativas en línea base y no se ofrece la desviación típica del cambio en las puntuaciones).

#### *Presión sanguínea*

En el estudio de Nolan et al. (2010) [58] en adultos con hipertensión, no encontraron un efecto significativo del entrenamiento autógeno sobre la presión arterial sistólica y diastólica, mientras que sí lo hubo para la sistólica en el grupo de entrenamiento conductual neuro-cardíaco con biofeedback (no se muestran contrastes intergrupo).

### Síntomas psicológicos

#### *Ansiedad*

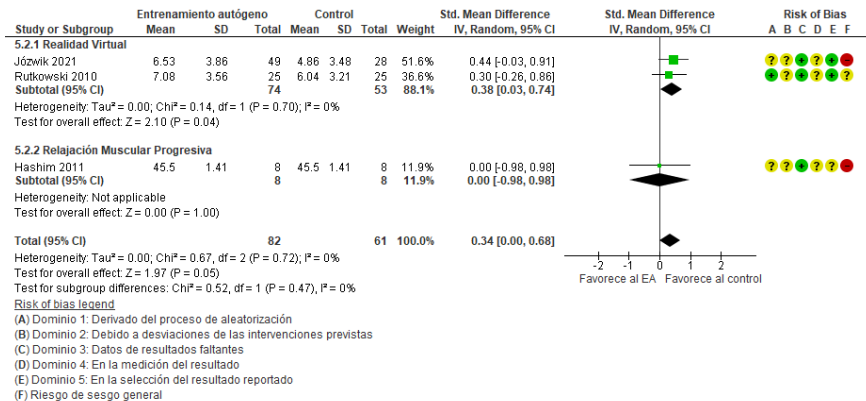
En el estudio de Józwik et al. (2021) [52,53] en pacientes con enfermedad coronaria, el grupo de entrenamiento autógeno + rehabilitación cardiaca (control) empeoró significativamente (HADS-A,  $p < 0.001$ ), mientras que el grupo de realidad virtual + rehabilitación cardiaca mejoró significativamente, siendo la diferencia intergrupos significativa ( $p = 0.01$ ).

Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Rutkowski et al. (2021) [59] con pacientes diagnosticados de EPOC, en el que no encontraron cambios significativos en el grupo de entrenamiento autógeno + rehabilitación pulmonar tras la intervención pero sí una disminución significativa de la ansiedad en el grupo de realidad virtual (HADS-A,  $p < 0.0009$ ). No obstante, el estudio informa de puntuaciones significativamente mayores en el grupo de realidad virtual en línea base. No se ofrecen contrastes intergrupo.

## Depresión

Se incluyeron 3 estudios en el MA de entrenamiento autógeno frente a OIBES (n = 143) que evaluaron depresión (dos de ellos a través de la escala HADS-D y el tercero a través de la escala *Profile of Mood States* (POMS), subescala depresión). Dos estudios compararon el entrenamiento autógeno frente a la realidad virtual en un programa de rehabilitación pulmonar (EPOC [59]) o rehabilitación cardiaca (enfermedad coronaria [52,53]) y el tercero comparó el entrenamiento autógeno frente a la relajación muscular progresiva en futbolistas [62]. La comparación con realidad virtual resultó significativamente favorable a ésta en el postratamiento (g = 0.34, IC95%: 0.00, 0.68; I<sup>2</sup> = 0%), mientras que no hubo diferencias significativas frente a la relajación muscular progresiva (Figura 8).

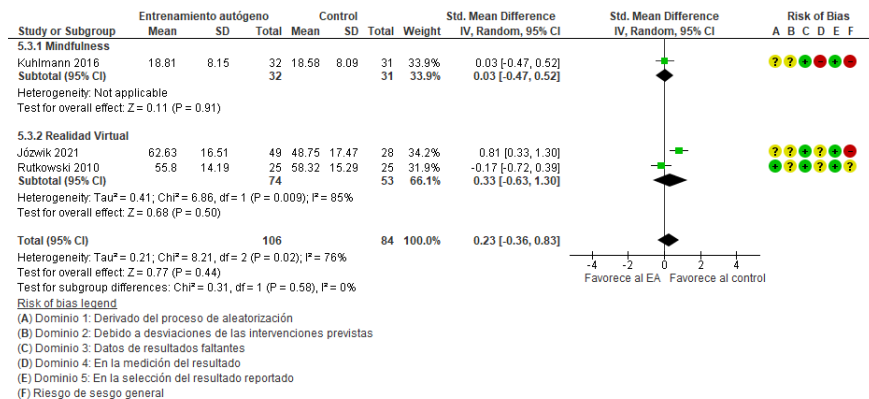
**Figura 8. Efecto sobre la depresión en el postratamiento (entrenamiento autógeno vs. Otros comparadores)**



## Estrés

Se incluyeron tres estudios en el MA (n = 190) que compararon el entrenamiento autógeno frente a otros comparadores (n = 143) y evaluaron estrés percibido (dos de ellos a través del cuestionario *Perception of Stress Questionnaire* (PSQ) y el tercero a través de la escala TICS). Dos estudios compararon el entrenamiento autógeno frente a la realidad virtual en un programa de rehabilitación pulmonar (EPOC [59]) o rehabilitación cardiaca (enfermedad coronaria [52,53]) y el tercero comparó el entrenamiento autógeno frente al Mindfulness en estudiantes de medicina [63]. No hubo diferencias significativas en ningún caso (Figura 9). Estos resultados se mantuvieron en el estudio de Kuhlmann et al. (2016) [63], quien realizó un seguimiento a los 12 meses.

**Figura 9. Efecto sobre el estrés en el postratamiento (entrenamiento autógeno vs. Otros comparadores)**



### Calidad de vida

En el estudio de Ramírez-García et al. (2020) [23], con personas afectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, no se realizan contrastes intergrupo en el cuestionario específico *Medical Outcomes Survey (MOS-HIV)* entre entrenamiento autógeno y relajación muscular progresiva. Un cálculo propio con las diferencias de ambos grupos frente al control no resultó significativo ( $p = 0.81$ ).

### Consumo de sustancias

En el estudio de Mueller et al. (2012) [57] con adultos fumadores, no se observaron diferencias significativas entre el entrenamiento autógeno y el grupo de terapia cognitivo-conductual en la tasa de cese del consumo de tabaco ni en su reducción.

### Psicopatología general

En el estudio de Kuhlmann et al. (2016) [63] con estudiantes de medicina, no se observaron diferencias significativas entre el grupo de entrenamiento autógeno y el de Mindfulness en el estado psicopatológico medido a través del inventario *Brief Symptom Inventory (BSI)* ( $p = 0.087$ ).

## V. Discusión

En la RS llevada a cabo en este informe sobre la efectividad y la seguridad de las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales, no se ha identificado ningún estudio que aplicara la relajación psicosensorial de Vittoz, relajación estático-dinámica, relajación psicoanalítica de Sapir, relajación terapéutica o psicotónica de Ajuriaguerra, el método de Wintrebert o el método de Berges, propiamente definidas, por lo que la evaluación se restringe a la relajación autógena o entrenamiento autógeno de Schultz.

La evidencia encontrada muestra una serie de limitaciones importantes: se trata de estudios con riesgo de sesgo alto o incierto, debido a los pequeños tamaños muestrales en general, la imposibilidad de cegar a los participantes y la falta de información general sobre el ocultamiento de la asignación en muchos estudios. Los estudios incluidos en esta RS son muy heterogéneos en cuanto a las poblaciones estudiadas, medidas de resultado principales, duración de la intervención y período de seguimiento. Este nivel de variabilidad dificulta la validez de las conclusiones, dado, además, el bajo número de estudios para cada variable de resultado evaluada (uno o dos en la mayoría de los casos). Las poblaciones incluidas tenían, mayoritariamente, enfermedades físicas y hay muy pocos estudios con muestras diagnosticadas de trastornos psiquiátricos.

Las variables de salud más evaluadas fueron depresión y ansiedad. Los resultados de los MA realizados ofrecen resultados favorables al entrenamiento autógeno sobre el tratamiento diferido/no intervención en el manejo de síntomas de ansiedad y depresión en diferentes poblaciones clínicas (síndrome cardíaco X, fibromialgia, ictus y mujeres en periodo de lactancia, dolor), siendo estos resultados similares a los de las RS incluidas [36,44]. RS previas sobre el uso del entrenamiento autógeno para la reducción del estrés y ansiedad sugieren que su efecto es positivo, aunque destacan limitaciones metodológicas similares a las de este informe [86]. En otras variables y condiciones de salud evaluadas se observó un efecto beneficioso del entrenamiento autógeno en el manejo de cefaleas, dermatitis atópica, algunas dimensiones de calidad de vida en esclerosis múltiple, síndrome de intestino irritable, insomnio, respuesta inmune (niveles de inmunoglobulina A) en cáncer de mama y estado funcional de personas con fibromialgia. Añadido a la fisioterapia, el entrenamiento autógeno también mostró beneficios en la reducción de síntomas motores de pacientes con Parkinson.

Al comparar el entrenamiento autógeno con otras intervenciones estructuradas y basadas en la evidencia, se observó que su efectividad no fue superior a la relajación muscular progresiva, psicoterapia de grupo, terapia dietética o técnicas de respiración para el manejo de depresión, síndrome del intestino irritable, rehabilitación cardiopulmonar o disminución del dolor crónico, quirúrgico o de parto. El biofeedback y la realidad virtual se mostraron superiores al entrenamiento autógeno en la reducción de cefaleas y síntomas de ansiedad/depresión, respectivamente. Los resultados de otro MA recientemente publicado destacan efectos beneficiosos del entrenamiento autógeno para reducir el dolor crónico aunque también destacan la alta probabilidad de sesgo en estos resultados, sugiriendo así realizar ECAs de alta calidad metodológica para respaldar estos resultados [87].

En relación a la seguridad, solo 1 RS [39] y 3 ECAs [20,23,50] incluidos en este informe indicaron explícitamente información sobre la seguridad del entrenamiento autógeno, no observándose eventos adversos que se pudieran relacionar con su aplicación a excepción de un paciente en el ECA de Golding et al. (2015) [49]. Este hecho posiblemente refleja la asunción implícita de la seguridad de esta técnica.

El entrenamiento autógeno, como cualquier técnica, se debería instruir y/o administrar por un terapeuta capacitado, con la frecuencia adecuada y durante un período suficientemente largo, como para poder obtener el mejor resultado posible [15,86]. Al igual que en otras RS recientes sobre esta técnica, se ha utilizado como criterio de exclusión la aplicación del entrenamiento autógeno en combinación a otra técnica que no permita determinar la efectividad individual del entrenamiento autógeno [38]. Este escenario se ha observado comúnmente en la literatura al aplicar el entrenamiento autógeno junto al biofeedback con electromiografía, una técnica que ha mostrado eficacia para la cefalea tensional y la migraña por sí misma [38,88,89]. En este sentido, la eficacia terapéutica del entrenamiento autógeno podría ser considerada un elemento adicional dentro de programas de intervención multicomponente y potenciar así el efecto de otras técnicas de relajación [90–93], pero sin que quede clara cuál es la eficacia diferencial que añade la técnica, por lo que se necesitan nuevos estudios que confirmen su utilidad específica.

La principal limitación metodológica de la RS llevada a cabo en este informe, es la posibilidad de que no se hayan incluido en el análisis estudios relevantes como resultado de su no publicación, porque lo estén en una lengua distinta del inglés o castellano, por haberse publicado en revistas no indexadas o por estar fuera del rango temporal aplicado. Pese a que la búsqueda en las diferentes bases de datos electrónicas se

complementó con la búsqueda manual de referencias a partir de los estudios incluidos en el informe, así como mediante la consulta a los agentes implicados, no se realizó una búsqueda formal en bases de datos de literatura gris.

Por otra parte, no se ha realizado una valoración sistemática de la calidad de la evidencia mediante el sistema *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). Sin embargo, puede afirmarse que la evidencia disponible es de baja calidad, dado el bajo número de estudios (lo que incide en la imprecisión de los resultados) y el riesgo de sesgo que presentan.

## VI. Conclusiones

- El entrenamiento autógeno es la única técnica de relajación basada en la inducción de sensaciones corporales que dispone de evidencia publicada, pero con muy pocos estudios para cada condición clínica evaluada. Además, el riesgo de sesgo de los estudios identificados es alto o incierto, debido a los pequeños tamaños muestrales, imposibilidad de cegamiento y otras limitaciones metodológicas. Por tanto, la calidad de la evidencia puede considerarse baja.
- Con las limitaciones descritas sobre la validez, los resultados indican que este tipo de relajación podría producir algún efecto beneficioso sobre los niveles de ansiedad y depresión. Sin embargo, los efectos obtenidos han sido de intensidad pequeña-moderada y no está clara su relevancia clínica.
- Los resultados sugieren que el entrenamiento autógeno es significativamente mejor que el tratamiento habitual, tratamiento diferido o no intervención en diversos síntomas físicos, pero no cuando se compara con otras intervenciones como el biofeedback, psicoterapia o realidad virtual, obteniendo peores resultados que éstas en algunos casos.
- Muy pocos estudios evaluaron la aparición de efectos adversos, sin perjuicios observables, por lo que es necesario seguir evaluando la seguridad de estas técnicas.



# Contribución de los autores

- *Yolanda Álvarez-Pérez.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Planificación, dirección y revisión del estudio, selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos, síntesis cuantitativa de resultados y redacción parcial del presente informe.
- *Amado Rivero-Santana.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) – Selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos, síntesis cuantitativa de resultados y redacción parcial del presente informe.
- *Lilisbeth Perestelo-Pérez.* Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) – Supervisión del estudio, selección de estudios y revisión interna del informe.
- *Andrea Duarte-Díaz.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos, síntesis cuantitativa de resultados y redacción parcial del presente informe.
- *Vanesa Ramos-García.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos y revisión interna del informe.
- *Ana Toledo-Chávarri.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) – Selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos y revisión interna del informe.
- *Alexandra Torres-Castaño.* Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Selección de estudios y revisión interna del informe.
- *Nerea González-Hernández.* Instituto de Investigación en Servicios de Salud-Kronikgune. Osakidetza, Unidad de investigación Hospital

Galdakao-Usansolo. Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) – Revisión interna del informe.

- *Leticia Rodríguez-Rodríguez*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Desarrollo de la estrategia de búsqueda, consulta en bases de datos y revisión interna del informe.
- *Pedro Serrano-Aguilar*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) – Supervisión del estudio y revisión interna del informe.

✉ [consultas@sescs.es](mailto:consultas@sescs.es)

# Declaración de intereses

Los autores del presente informe declaran no tener conflictos de intereses en relación con la tecnología evaluada y los comparadores considerados.

# Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Análisis de situación de las terapias naturales [Internet]. Madrid, España: 2011. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gl/novedades/docs/analisisSituacionT Natu.pdf>
2. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Resumen de las conclusiones del informe preliminar sobre las técnicas con pretendida finalidad sanitaria [Internet].
3. Ruiz Fernandez MÁ, Díaz García M, Villalobos Crespo A. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2012. 237–276 p.
4. Jacobs GD. Clinical applications of the relaxation response and mind–body interventions. *J. Altern. Complement. Med.* 2001 Dec 2;7(supplement 1):93–101.
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 136 - Management of chronic pain. A national clinical guideline [Internet]. 2013 [Accedido 2-07-2021]. Disponible en: [www.sign.ac.uk/pdf/sign50eqia.pdf](http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50eqia.pdf).
6. Lopez M, Sánchez M, Rodríguez M, Vázquez E, Prados J, Núñez J. Guía de Práctica Clínica: Manejo del dolor agudo en Atención Primaria [Internet]. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2006. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_368\\_Dolor\\_AP.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_368_Dolor_AP.pdf)
7. Pelekasis P, Matsouka I, Koumariou A. Progressive muscle relaxation as a supportive intervention for cancer patients undergoing chemotherapy: A systematic review. *Palliat. Support. Care.* 2017 Aug 28;15(4):465–73.
8. Tian X, Tang R-Y, Xu L-L, Xie W, Chen H, Pi Y-P, et al. Progressive muscle relaxation is effective in preventing and alleviating of chemotherapy-induced nausea and vomiting among cancer patients: a systematic review of six randomized controlled trials. *Support. Care Cancer.* 2020 Sep 28;28(9):4051–8.
9. Ramirez-Garcia MP, Gagnon M-P, Colson S, Côté J, Flores-Aranda J, Dupont M. Mind-body practices for people living with HIV: a systematic scoping review. *BMC Complement. Altern. Med.* 2019 Dec 11;19(1):125.
10. Sultanoff B, Zalaquett C. Relaxation Therapies. In: Novey S, editor. *Clinician's Complete Reference to Complementary & Alternative Medicine*. NY: Mosby; 2000.
11. Torales J, O'Higgins M, Barrios I, González I, Almirón M. An

- overview of jacobson's progressive muscle relaxation in managing anxiety. *Rev. Argentina Clin. Psicol.* 2020 May 1;29(3):17–23.
12. Vancampfort D, Correll CU, Scheewe TW, Probst M, De Herdt A, Knapen J, et al. Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials. *Clin. Rehabil.* 2013 Apr 27;27(4):291–8.
  13. Melo-Dias C, Lopes RC, Cardoso DFB, Bobrowicz-Campos E, Apóstolo JLA. Schizophrenia and Progressive Muscle Relaxation – A systematic review of effectiveness. *Heliyon.* 2019 Apr;5(4):e01484.
  14. Schultz JH. *Das autogene Training (Konzentrierte Selbstenspannung)*. Stuttgart: Verlag; 1931.
  15. Stetter F, Kupper S. Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome studies [Internet]. *Appl. Psychophysiol. Biofeedback.* 2002;27(1):45–98.
  16. Krenz EW. Hypnosis versus Autogenic Training: A Comparison. *Am. J. Clin. Hypn.* 1986 Apr;28(4):209–13.
  17. Capafons A, Lamas JR, Lopes-Pires C. Hipnosis. In: Labrador Encinas FJ, editor. *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2012. p. 593–614.
  18. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2015 Jan 2;63(1):1–9.
  19. Pérez M, Fernández J, Fernández C, Amigo I. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud*. Pirámide; 2018.
  20. Ajimsha MS, Majeed NA, Chinnavan E, Thulasyammal RP. Effectiveness of Autogenic Training in improving motor performances in Parkinson's disease. *Complement. Ther. Med.* 2014 Jun;22(3):419–25.
  21. Seo E, Kim S. Effect of Autogenic Training for Stress Response: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Korean Acad. Nurs.* 2019;49(4):361.
  22. Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett ED, Blanchet C, Dodin S, et al. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011 Jul 6;
  23. Ramirez-Garcia MP, Leclerc-Loiselle J, Genest C, Lussier R, Dehghan G. Effectiveness of autogenic training on psychological well-being and quality of life in adults living with chronic physical health problems: a protocol for a systematic review of RCT. *Syst. Rev.* 2020 Dec 7;9(1):74.
  24. Morilla Herrera J, Contreras Fernández E, Morales Ascencio J,

- Martín Santos F, Gómez Vidal L, Izquierdo Carrasco J, et al. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. 3rd ed. Málaga: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC); 2007.
25. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-1; 2009.
  26. Santino TA, Chaves GS, Freitas DA, Fregonezi GA, Mendonça KM. Breathing exercises for adults with asthma. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020 Mar 25;
  27. Yang Y, Wei L, Wang S, Ke L, Zhao H, Mao J, et al. The effects of pursed lip breathing combined with diaphragmatic breathing on pulmonary function and exercise capacity in patients with COPD: a systematic review and meta-analysis. *Physiother. Theory Pract.* 2020 Aug 18;1–11.
  28. Marotta N, Demeco A, Moggio L, Marinaro C, Pino I, Barletta M, et al. Comparative effectiveness of breathing exercises in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2020 Nov;41:101260.
  29. Benson H, Proctor W. *Relaxation revolution*. New York, USA: Scribner; 2010.
  30. Puñal-Riobóo J, Baños Álvarez E, Varela Lema L, Castillo Muñoz M, Atienza Merino G, Ubago Pérez R, et al. Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud. Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, avalia-t. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
  31. Higgins J, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration; 2011.
  32. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017 Sep;358:j4008.
  33. Sterne J, Savović J, Page M, Elbers R, Blencowe N, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised

- trials. *BMJ*. 2019;
34. Deeks JJ, Altman DG, Bradburn MJ. Statistical Methods for Examining Heterogeneity and Combining Results from Several Studies in Meta-Analysis. In: *Systematic Reviews in Health Care*. London, UK: BMJ Publishing Group; 2001. p. 285–312.
  35. Chida Y, Steptoe A, Hiraakawa N, Sudo N, Kubo C. The Effects of Psychological Intervention on Atopic Dermatitis. *Int. Arch. Allergy Immunol.* 2007;144(1):1–9.
  36. Crawford C, Wallerstedt DB, Khorsan R, Clausen SS, Jonas WB, Walter JAG. A Systematic Review of Biopsychosocial Training Programs for the Self-Management of Emotional Stress: Potential Applications for the Military. *Evidence-Based Complement. Altern. Med.* 2013;2013:1–23.
  37. Park S-H, Han KS, Kang C-B. Relaxation Therapy for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. *Asian Nurs. Res.* (Korean. Soc. Nurs. Sci). 2014 Sep;8(3):182–92.
  38. Seo E, Hong E, Choi J, Kim Y, Brandt C, Im S. Effectiveness of autogenic training on headache: A systematic review. *Complement. Ther. Med.* 2018 Aug;39:62–7.
  39. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018 Mar 28;2018(3).
  40. Dickinson HO, Campbell F, Beyer FR, Nicolson DJ, Cook J V, Ford GA, et al. Relaxation therapies for the management of primary hypertension in adults: a Cochrane review. *J. Hum. Hypertens.* 2008 Dec 12;22(12):809–20.
  41. Kanji N, White AR, Ernst E. Autogenic training for tension type headaches: A systematic review of controlled trials. *Complement. Ther. Med.* 2006 Jun;14(2):144–50.
  42. Kwekkeboom KL, Gretarsdottir E. Systematic Review of Relaxation Interventions for Pain. *J. Nurs. Scholarsh.* 2006 Sep;38(3):269–77.
  43. Lam T-H, Chung K-F, Yeung W-F, Yu BY-M, Yung K-P, Ng TH-Y. Hypnotherapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement. Ther. Med.* 2015 Oct;23(5):719–32.
  44. Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2008 Dec 2;8(1):41.
  45. 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.

- Clin. Rehabil. 2015 Mar 8;29(3):221–33.
46. Molina-Rueda F, Pérez de la Cruz S. Esclerosis múltiple y técnicas de relajación. *Rev. Iberoam. Fisioter. y Kinesiol.* 2009 Jan;12(1):28–34.
  47. Morgan AJ, Jorm AF. Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. *Ann. Gen. Psychiatry.* 2008 Dec 19;7(1):13.
  48. Asbury EA, Kanji N, Ernst E, Barbir M, Collins P. Autogenic training to manage symptomology in women with chest pain and normal coronary arteries. *Menopause.* 2009 Jan;16(1):60–5.
  49. Golding K, Kneebone I, Fife-Schaw C. Self-help relaxation for post-stroke anxiety: a randomised, controlled pilot study. *Clin. Rehabil.* 2015 Feb 16;30(2):174–80.
  50. Golding K, Fife-Schaw C, Kneebone I. Twelve month follow-up on a randomised controlled trial of relaxation training for post-stroke anxiety. *Clin. Rehabil.* 2016 Sep 8;31(9):1164–7.
  51. Golding K, Fife-Schaw C, Kneebone I. A pilot randomized controlled trial of self-help relaxation to reduce post-stroke depression. *Clin. Rehabil.* 2017 Jun 22;32(6):747–51.
  52. Józwick S, Cieślik B, Gajda R, Szczepańska-Gieracha J. Evaluation of the Impact of Virtual Reality-Enhanced Cardiac Rehabilitation on Depressive and Anxiety Symptoms in Patients with Coronary Artery Disease: A Randomised Controlled Trial. *J. Clin. Med.* 2021 May 16;10(10):2148.
  53. Szczepańska-Gieracha J, Józwick S, Cieślik B, Mazurek J, Gajda R. Immersive Virtual Reality Therapy as a Support for Cardiac Rehabilitation: A Pilot Randomized-Controlled Trial. *Cyberpsychology, Behav. Soc. Netw.* 2021 Aug 1;24(8):543–9.
  54. Luciano J V., Martínez N, Peñarrubia-María MT, Fernández-Vergel R, García-Campayo J, Verduras C, et al. Effectiveness of a Psychoeducational Treatment Program Implemented in General Practice for Fibromyalgia Patients. *Clin. J. Pain.* 2011 Jun;27(5):383–91.
  55. Luciano J V., Sabes-Figuera R, Cardeñosa E, T. Peñarrubia-María M, Fernández-Vergel R, García-Campayo J, et al. Cost-Utility of a Psychoeducational Intervention in Fibromyalgia Patients Compared With Usual Care. *Clin. J. Pain.* 2013 Aug;29(8):702–11.
  56. Minowa C, Koitabashi K. The effect of autogenic training on salivary immunoglobulin A in surgical patients with breast cancer: A randomized pilot trial. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2014 Nov;20(4):193–6.
  57. Mueller SE, Petitjean SA, Wiesbeck GA. Cognitive behavioral



- smoking cessation during alcohol detoxification treatment: A randomized, controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 2012 Dec;126(3):279–85.
58. Nolan RP, Floras JS, Harvey PJ, Kamath M V., Picton PE, Chessex C, et al. Behavioral Neurocardiac Training in Hypertension. *Hypertension.* 2010 Apr;55(4):1033–9.
  59. Rutkowski S, Szczegielniak J, Szczepańska-Gieracha J. Evaluation of the Efficacy of Immersive Virtual Reality Therapy as a Method Supporting Pulmonary Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *J. Clin. Med.* 2021 Jan 18;10(2):352.
  60. Stanton AM, Boyd RL, Fogarty JJ, Meston CM. Heart rate variability biofeedback increases sexual arousal among women with female sexual arousal disorder: Results from a randomized-controlled trial. *Behav. Res. Ther.* 2019 Apr;115:90–102.
  61. Vidas M, Folnegović-Smalc V, Catipović M, Kisić M. The application of autogenic training in counseling center for mother and child in order to promote breastfeeding. *Coll. Antropol.* 2011 Sep;35(3):723–31.
  62. Hashim HA, Ahmad Yusof HH. The Effects of Progressive Muscle Relaxation and Autogenic Relaxation on Young Soccer Players' Mood States. *Asian J. Sports Med.* 2011 Jun 1;2(2):99–105.
  63. Kuhlmann SM, Huss M, Bürger A, Hammerle F. Coping with stress in medical students: results of a randomized controlled trial using a mindfulness-based stress prevention training (MediMind) in Germany. *BMC Med. Educ.* 2016 Dec 28;16(1):316.
  64. Ortigosa-Márquez J, Carranque-Chávez G, Hernández Mendo A. Effects of autogenic training on lung capacity, competitive anxiety and subjective vitality. *Biomed. Res.* 2015;26(1):71–6.
  65. Dolcetta G, Azzini V, Zacche G, Tansella C, Bertagni P, Siani R. Traditional and respiratory autogenic training in psychoprophylaxis for childbirth. A controlled study on psychological and clinical effects in primiparous. In: 5th International Congress on Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology, "Emotion and Reproduction." Rome, Italy: 1979.
  66. ter Kuile MM, Spinhoven P, Linssen CGA, Zitman FG, Van Dyck R, Rooijmans HGM. Autogenic training and cognitive self-hypnosis for the treatment of recurrent headaches in three different subject groups. *Pain.* 1994 Sep;58(3):331–40.
  67. Hutchings DF, Reinking RH. Tension headaches. *Biofeedback Self. Regul.* 1976 Jun;1(2):183–90.
  68. Collet L, Cottraux J, Juenet C. GSR feedback and schultz relaxation in tension headaches: a comparative study. *Pain.* 1986 May;25(2):205–13.

69. Zitman FG, van Dyck R, Spinhoven P, Linssen ACG. Hypnosis and autogenic training in the treatment of tension headaches: A two-phase constructive design study with follow-up. *J. Psychosom. Res.* 1992 Apr;36(3):219–28.
70. Pickering G, Creac'h C, Radat F, Al. E. Autogenic training in patients treated for chronic headache: a randomised clinical trial. *J Pain Manag.* 2012;5(2):195–205.
71. Janssen K, Neutgens J. Autogenic training and progressive relaxation in the treatment of three kinds of headache. *Behav. Res. Ther.* 1986;24(2):199–208.
72. Ehlers A, Stangier U, Gieler U. Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995;63(4):624–35.
73. Fialka V, Korpan M, Saradeth T, Paternostro-Slugo T, Hexel O, Frischenschlager O, et al. Autogenic training for reflex sympathetic dystrophy: A pilot study. *Complement. Ther. Med.* 1996;4:103–5.
74. Gavito MC, Ledezma P, Morales J, Villalba J, Ortega-Soto HA. Effect of induced relaxation on pain and anxiety in thoracotomized patients. *Salud Ment.* 1999;22(4):24–7.
75. Keel PJ, Bodoky C, Gerhard U, Müller W. Comparison of Integrated Group Therapy and Group Relaxation Training for Fibromyalgia. *Clin. J. Pain.* 1998 Sep;14(3):232–8.
76. Sutherland G, Andersen MB, Morris T. Relaxation and Health-Related Quality of Life in Multiple Sclerosis: The Example of Autogenic Training. *J. Behav. Med.* 2005 Jun;28(3):249–56.
77. Shinozaki M, Kanazawa M, Kano M, Endo Y, Nakaya N, Hongo M, et al. Effect of Autogenic Training on General Improvement in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Appl. Psychophysiol. Biofeedback.* 2010 Sep 8;35(3):189–98.
78. Aivazyan TA, Zaitsev VP, Yurenev AP. Autogenic training in the treatment and secondary prevention of essential hypertension: five-year follow-up. *Health Psychol.* 1988;7 Suppl:201–8.
79. Spinhoven P, Linssen ACG, Van Dyck R, Zitman FG. Autogenic training and self-hypnosis in the control of tension headache. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 1992 Nov;14(6):408–15.
80. Trzcieniecka-Green A, Steptoe A. The effects of stress management on the quality of life of patients following acute myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Eur. Heart J.* 1996 Nov 1;17(11):1663–70.
81. Kanji N, White A, Ernst E. Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *J. Adv. Nurs.* 2006

- Mar;53(6):729–35.
82. Kanji N, White A., Ernst E. Autogenic training reduces anxiety after coronary angioplasty: A randomized clinical trial. *Am. Heart J.* 2004 Mar;147(3):508.
  83. Krampen G. Long-term evaluation of the effectiveness of additional autogenic training in the psychotherapy of depressive disorders. *Eur. Psychol.* 1999;4(1):11–8.
  84. Farne MA, Gnugnoli D. Effects of autogenic training on emotional distress symptoms. *Stress Med.* 2000 Jul;16(4):259–61.
  85. Nicassio P, Bootzin R. A comparison of progressive relaxation and autogenic training as treatments for insomnia. *J. Abnorm. Psychol.* 1974;83(3):253–60.
  86. Ernst E, Kanji N. Autogenic training for stress and anxiety: a systematic review. *Complement. Ther. Med.* 2000 Jun;8(2):106–10.
  87. Kohlert A, Wick K, Rosendahl J. Autogenic Training for Reducing Chronic Pain: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Int. J. Behav. Med.* 2021 Oct 27;
  88. Nestoriuc Y, Rief W, Martin A. Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: Efficacy, specificity, and treatment moderators. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008;76(3):379–96.
  89. Sociedad Española de Neurología. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnósticoterapéuticas de la Sociedad Española de Neurología en 2020 [Internet]. Madrid: 2020. Disponible en:  
<https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf>
  90. Penzien DB, Rains JC, Andrasik F. Behavioral management of recurrent headache: three decades of experience and empiricism. *Appl. Psychophysiol. Biofeedback.* 2002 Jun;27(2):163–81.
  91. Álvarez-Melcón AC, Valero-Alcaide R, Atín-Arratibel MA, Melcón-Álvarez A, Beneit-Montesinos JV. Effects of physical therapy and relaxation techniques on the parameters of pain in university students with tension-type headache: A randomised controlled clinical trial. *Neurol. (English Ed.)* 2018 May;33(4):233–43.
  92. Aalsma MC, Jones LD, Staples JK, Garabrant JM, Gordon JS, Cyr LR, et al. Mind-Body Skills Groups for Adolescents With Depression in Primary Care: A Pilot Study. *J. Pediatr. Heal. Care.* 2020 Sep;34(5):462–9.
  93. Hashimoto K, Takeuchi T, Koyama A, Hiiragi M, Suka S, Hashizume M. Effect of relaxation therapy on benzodiazepine use in patients with medically unexplained symptoms. *Biopsychosoc. Med.* 2020 Dec 9;14(1):13.

# Anexos

## Anexo 1. Información adicional sobre la técnica

Del entrenamiento en relajación autógena basado en la inducción de sensaciones corporales han surgido algunas adaptaciones y variaciones como:

- **Relajación psicosensores de Vittoz:** consiste en la identificación de las sensaciones corporales, que permiten sentir y localizar las diferentes partes del cuerpo (cabeza, brazos, piernas...) y las sensaciones que vienen del exterior (ruidos, colores, olores...); disminución del estado de contracción muscular por medio de la relajación y sensación de pesadez; focalización de la atención en sensaciones corporales.
- **Método Wintrebert:** se trata de una técnica dirigida a niños que comienza con la indicación de tumbarse y mantenerse inmóvil, de forma que el instructor, por medio de contactos ligeros, le indica las diversas partes de su cuerpo a las que añade mensajes verbales como "Piensa que tu mano está relajada"<sup>1</sup>.
- **Método de Berges:** es un método de relajación pasivo dirigido a niños y basado en la sugestión y consignas de tipo verbal, táctil y propioceptivas<sup>1</sup>.

Existen otras técnicas de relajación inspiradas en el método de Schultz que inducen sensaciones corporales como:

- **Relajación estático-dinámica:** comienza con ejercicios en decúbito supino y en posición sentada, practicados en inmovilidad, ejercicios de concentración en sensaciones corporales e inducción a la sensación de pesadez corporal, y que están inspirados en la primera fase del entrenamiento autógeno. A estos ejercicios estáticos se suman rápidamente estiramientos, movilizaciones activas y pasivas, oscilaciones pendulares, movilizaciones lentas, elevaciones lentas seguidas de caídas

---

<sup>1</sup> Gómez Mármol A. La relajación en niños: principales métodos de aplicación - Dialnet. EmásF Rev Digit Educ física [Internet]. 2013;4(24).

libres o lentas, apoyo sobre los diferentes segmentos corporales y respiración profunda ralentizada<sup>2</sup>.

- **Relajación psicoanalítica de Sapir:** esta técnica se enmarca en el psicoanálisis donde, a través de inducciones verbales y táctiles, se dirige a la persona a escuchar sus sensaciones corporales y vincularlas con su historia, constituyendo así una vía de acceso al inconsciente.
- **Relajación Terapéutica o Psicotónica de Ajuriaguerra:** utiliza en una primera fase la técnica de relajación muscular progresiva, para llegar a un estado de relajación que permita tomar conciencia de las propias tensiones y aprender a actuar voluntariamente sobre el tono muscular; posteriormente, se utiliza la relajación autógena para producir sensaciones de calor y pesadez<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Jarreau R, Klotz R. Incidences psychologiques et thérapeutiques de la relaxation statico-dynamique. *Psychother Psychosom.* 1972;21(1/6):71-4.

<sup>3</sup> Martínez González-Mohíno D. Análisis de las Principales Técnicas de Relajación Occidentales Aplicables al Marco Escolar de la Educación Física. 2017.

## Anexo 2. Estrategia de búsqueda

### Revisiones sistemáticas

Medline		
1	Relaxation Therapy/ or (relax* adj (therap* or techni*)).ti,ab.	8047
2	(Autogen* adj (training or relaxation or Schultz)).ti,ab.	704
3	((autoconcentrative or Static-dynamic or Sapir or psychoanalytic or Psychotonic or Ajuriaguerra or Therapeutic or Wintrebert or Berges) adj2 (relax* or technique*)).ti,ab.	3209
4	1 or 2 or 3	11755
5	systematic\$ review\$.ti,ab.	214869
6	meta-analysis as topic/	20027
7	meta-analytic\$.ti,ab.	8081
8	meta-analysis.ti,ab,pt.	205451
9	metanalysis.ti,ab.	340
10	metaanalysis.ti,ab.	1697
11	meta analysis.ti,ab.	176754
12	meta-synthesis.ti,ab.	1060
13	metasynthesis.ti,ab.	373
14	meta synthesis.ti,ab.	1060
15	meta-regression.ti,ab.	9512
16	metaregression.ti,ab.	783
17	meta regression.ti,ab.	9512
18	(synthes\$ adj3 literature).ti,ab.	4274
19	(synthes\$ adj3 evidence).ti,ab.	12897
20	integrative review.ti,ab.	3643
21	data synthesis.ti,ab.	12360
22	(research synthesis or narrative synthesis).ti,ab.	4354
23	(systematic study or systematic studies).ti,ab.	13115
24	(systematic comparison\$ or systematic overview\$).ti,ab.	3775
25	evidence based review.ti,ab.	2168
26	comprehensive review.ti,ab.	18252
27	critical review.ti,ab.	17066
28	quantitative review.ti,ab.	723
29	structured review.ti,ab.	905
30	realist review.ti,ab.	405
31	realist synthesis.ti,ab.	259
32	or/5-31	408030
33	review.pt.	2827161
34	medline.ab.	132649
35	pubmed.ab.	146328
36	cochrane.ab.	100023
37	embase.ab.	111812
38	cinahl.ab.	32891
39	psyc?lit.ab.	915
40	psyc?info.ab.	42921
41	(literature adj3 search\$.ab.	71331
42	(database\$ adj3 search\$.ab.	72710
43	(bibliographic adj3 search\$.ab.	2993
44	(electronic adj3 search\$.ab.	26016

45	(electronic adj3 database\$.ab.	35574
46	(computeri?ed adj3 search\$.ab.	3693
47	(internet adj3 search\$.ab.	3671
48	included studies.ab.	30332
49	(inclusion adj3 studies).ab.	19516
50	inclusion criteria.ab.	101104
51	selection criteria.ab.	32294
52	predefined criteria.ab.	2171
53	predetermined criteria.ab.	1136
54	(assess\$ adj3 (quality or validity)).ab.	91319
55	(select\$ adj3 (study or studies)).ab.	75081
56	(data adj3 extract\$.ab.	74943
57	extracted data.ab.	16653
58	(data adj2 abstracted).ab.	5760
59	(data adj3 abstraction).ab.	1915
60	published intervention\$.ab.	200
61	((study or studies) adj2 evaluat\$.ab.	208099
62	(intervention\$ adj2 evaluat\$.ab.	12766
63	confidence interval\$.ab.	465679
64	heterogeneity.ab.	187863
65	pooled.ab.	103131
66	pooling.ab.	13741
67	odds ratio\$.ab.	303291
68	(Jadad or coding).ab.	203021
69	or/34-68	1643839
70	33 and 69	270226
71	review.ti.	544637
72	71 and 69	186126
73	(review\$ adj4 (papers or trials or studies or evidence or intervention\$ or evaluation\$)).ti.ab.	211304
74	32 or 70 or 72 or 73	664710
75	letter.pt.	1142636
76	editorial.pt.	572843
77	comment.pt.	917181
78	75 or 76 or 77	1975555
79	74 not 78	648951
80	exp animals/ not humans/	4857742
81	79 not 80	633859
82	4 and 81	756
83	limit 82 to yr="2006 -Current"	542
84	Randomized Controlled Trials as Topic/	146048
85	randomized controlled trial/	536992
86	Random Allocation/	105562
87	Double Blind Method/	165715
88	Single Blind Method/	30476
89	clinical trial/	529733
90	clinical trial, phase i.pt.	21923
91	clinical trial, phase ii.pt.	35283
92	clinical trial, phase iii.pt.	18664
93	clinical trial, phase iv.pt.	2131
94	controlled clinical trial.pt.	94278
95	randomized controlled trial.pt.	536992
96	multicenter study.pt.	298675
97	clinical trial.pt.	529733

98	exp Clinical Trials as topic/	360366
99	or/84-98	1442770
100	(clinical adj trial\$.tw.	404056
101	((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.	181344
102	PLACEBOS/	35565
103	placebo\$.tw.	226653
104	randomly allocated.tw.	31355
105	(allocated adj2 random\$.tw.	34802
106	or/100-105	685591
107	99 or 106	1736235
108	case report.tw.	338515
109	letter/	1142636
110	historical article/	364302
111	or/108-110	1828534
112	107 not 111	1696734
113	4 and 112	2417
114	limit 113 to yr="2006 -Current"	1277

### Embase

106	#5 AND #104 AND [2006-2021]/py	1,375
105	#5 AND #104	1,584
104	#102 NOT #103	925,876
103	'conference abstract':it	3,186,763
102	#100 NOT #101	816,233
101	'cochrane database of systematic reviews*:jt OR 'the cochrane database of systematic reviews':jt	19,732
100	#98 NOT #99	833,568
99	('animal' OR 'nonhuman') NOT 'human'/exp	6,061,693
98	#94 NOT #97	867,037
97	#95 OR #96	1,603,594
96	'editorial':it	574,059
95	letter:it	1,029,535
94	#49 OR #89 OR #91 OR #92 OR #93	883,917
93	(retriev* NEAR/10 (papers OR trials OR studies OR evidence OR intervention* OR evaluation* OR outcome* OR findings)):ti,ab	24,977
92	(review* NEAR/10 (papers OR trials OR 'trial data' OR studies OR evidence OR intervention* OR evaluation* OR outcome* OR findings)):ti,ab	471,317
91	#87 AND #90	134,545
90	review:ti	470,629
89	#87 AND #88	212,231
88	review:it	2,406,018
87	#50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86	1,711,144
86	'evidence-based':ti,ab	121,33
85	jadad:ab OR coding:ab	191,297
84	'odds ratio*':ab	286,543
83	pooling:ab	14,084
82	pooled:ab	103,902
81	heterogeneity:ab	179,084



80	'confidence interval*':ab	420,556
79	(intervention* NEAR/2 evaluat*):ab	13,426
78	((study OR studies) NEAR/2 evaluat*):ab	228,343
77	'published intervention*':ab	186
76	(data NEAR/2 abstraction):ab	1,913
75	(data NEAR/2 abstracted):ab	7,688
74	'extracted data':ab	15,268
73	(data NEAR/3 extract*):ab	69,351
72	('select*' NEAR/3 (study OR studies)):ab	75,318
71	('assess*' NEAR/3 (quality OR validity)):ab	88,16
70	'predetermined criteria':ab	1,189
69	'predefined criteria':ab	2,281
68	'selection criteria':ab	32,413
67	'inclusion criteria':ab	118,072
66	('inclusion' NEAR/3 'studies'):ab	15,994
65	'included studies':ab	22,012
64	(internet NEAR/3 search*):ab	3,725
63	(computeri*ed NEAR/3 search*):ab	3,97
62	('electronic' NEAR/3 'database*'):ab	30,557
61	('electronic' NEAR/3 'search*'):ab	21,355
60	('bibliographic' NEAR/3 'search*'):ab	2,483
59	('database*' NEAR/3 'search*'):ab	59,334
58	('literature' NEAR/3 'search*'):ab	62,004
57	lilacs:ab	6,467
56	psyc*info:ab	22,035
55	psyc*lit:ab	981
54	cinahl:ab	24,103
53	embase:ab	85,375
52	cochrane:ab	81,877
51	pubmed:ab	107,39
50	medline:ab	117,904
49	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48	457,479
48	('search' NEAR/1 (strateg* OR term*)):ti,ab	32,282
47	'medline':ti,ab AND (('inclusion' NEAR/3 'criteria'):ti,ab)	21,167
46	('pooled data' NEAR/6 (studies OR trials)):ti,ab	2,574
45	('pooled' NEAR/2 'analysis'):ti,ab	16,721
44	'realist synthesis':ti,ab	153
43	'realist review':ti,ab	226
42	'structured review':ti,ab	943
41	'quantitative review':ti,ab	693
40	'critical analysis':ti,ab	8,011
39	'critical review':ti,ab	16,112
38	'comprehensive review':ti,ab	13,949
37	('evidence-based' NEAR/2 'review'):ti,ab	3,289
36	('literature review' NEAR/2 'adverse event*'):ti,ab	13
35	('literature review' NEAR/2 'adverse effect*'):ti,ab	3
34	('literature review' NEAR/2 'side effect*'):ti,ab	16
33	(review NEAR/3 'scientific literature'):ti,ab	1,594
32	'systematic* literature research*':ti,ab	267

31	(systematic NEAR/2 search*):ti,ab	25,055
30	'systematic comparison*':ti,ab OR 'systematic overview*':ti,ab	3,155
29	'systematic study':ti,ab OR 'systematic studies':ti,ab	11,476
28	'research synthesis':ti,ab OR 'narrative synthesis':ti,ab	2,367
27	'data synthesis':ti,ab	11,899
26	'integrative review':ti,ab	2,021
25	(synthes* NEAR/2 qualitative):ti,ab	2,081
24	(synthes* NEAR/3 evidence):ti,ab	9,063
23	(synthes* NEAR/3 literature):ti,ab	3,131
22	'meta regression':ti,ab	7,133
21	'metaregression':ti,ab	869
20	'meta-regression':ti,ab	7,133
19	'meta synthesis':ti,ab	674
18	'metasynthesis':ti,ab	288
17	'meta-synthesis':ti,ab	674
16	'meta analysis':ti,ab	147,324
15	'metaanalysis':ti,ab	6,956
14	'metanalysis':ti,ab	470
13	'meta-analysis':ti,ab	147,324
12	'meta-analytic*':ti,ab	0
11	'meta analysis (topic)'	38,062
10	'meta analysis'	226,151
9	'systematic review (topic)'	22,481
8	'systematic review'	235,143
7	'systematic* literature review*':ti,ab	11,845
6	'systematic review':ti,ab	140,378
5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	18,504
4	((autoconcentrative OR 'static-dynamic' OR sapir OR psychoanalytic OR psychotonic OR ajuriaguerra OR therapeutic OR wintrebert OR berges) NEAR/2 (relax* OR technique*)):ti,ab	4,848
3	(autogen* NEAR/1 (training OR relaxation OR schultz)):ti,ab	1,087
2	(relax* NEAR/1 (therap* OR techniq*)):ti,ab	3,627
1	'relaxation training'/exp	11,179

### Cinahl

S9	S7 AND S8	237
S8	(TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*))	230,657
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4	1,777

S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4	1,777
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	2,533
S4	TI ( (relax* n1 (therap* or techni*)) ) OR AB ( (relax* n1 (therap* or techni*)) )	1,422
S3	TI ( ((autoconcentrative or Static-dynamic or Sapir or psychoanalytic or Psychotonic or Ajuriaguerra or Therapeutic or Wintrebert or Berges) n2 (relax* or technique*)) ) OR AB ( ((autoconcentrative or Static-dynamic or Sapir or psychoanalytic or Psychotonic or Ajuriaguerra or Therapeutic or Wintrebert or Berges) n2 (relax* or technique*)) )	1,042
S2	TI ( (Autogen* n1 (training or relaxation or Schultz)) ) OR AB ( Autogen* n1 (training or relaxation or Schultz)) )	129
S1	DE "Relaxation Therapy" OR DE "Progressive Relaxation Therapy"	7,806

### PsycINFO

S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4	85
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4	3,456
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4	3,456
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	11,92
S4	TI ( (relax* n1 (therap* or techni*)) ) OR AB ( (relax* n1 (therap* or techni*)) )	2,121
S3	TI ( ((autoconcentrative or "Static-dynamic" or Sapir or psychoanalytic or Psychotonic or Ajuriaguerra or Therapeutic or Wintrebert or Berges) n2 (relax* or technique*)) ) OR AB ( ((autoconcentrative or "Static-dynamic" or Sapir or psychoanalytic or Psychotonic or Ajuriaguerra or Therapeutic or Wintrebert or Berges) n2 (relax* or technique*)) )	4,989
S2	TI ( (Autogen* n1 (training or relaxation or Schultz)) ) OR AB ( Autogen* n1 (training or relaxation or Schultz)) )	958
S1	DE "Relaxation Therapy" OR DE "Progressive Relaxation Therapy"	5,051

### Cochrane

#1	MeSH descriptor: [Relaxation Therapy] explode all trees	1972
#2	(relax* NEAR/1 (therap* or techni*))	2929
#3	(Autogen* NEAR/1 (training or relaxation or Schultz))	350
#4	((autoconcentrative or "Static-dynamic" or Sapir or psychoanalytic or Psychotonic or Ajuriaguerra or Therapeutic or Wintrebert or Berges) NEAR/2 (relax* or technique*))	1332
#5	#1 or #2 or #3 or #4 con fecha de publicación en la Biblioteca Cochrane Entre Jan 2006 y Dec 2021	3954
#6	RS 2006-2021	291

### Estudios primarios

#### Medline

1	(Autogen* adj (training or relaxation or Schultz)).ti,ab.	704
2	((autoconcentrative or Static-dynamic or Sapir or psychoanalytic or Psychotonic or Ajuriaguerra or Therapeutic or Wintrebert or Berges) adj2 (relax* or technique*).ti,ab.	3214
3	1 or 2	3916
4	systematic\$ review\$.ti,ab.	216942
5	meta-analysis as topic/	20092
6	meta-analytic\$.ti,ab.	8139
7	meta-analysis.ti,ab.pt.	206961
8	metanalysis.ti,ab.	346
9	metaanalysis.ti,ab.	1698

10	meta analysis.ti,ab.	178212
11	meta-synthesis.ti,ab.	1071
12	metasynthesis.ti,ab.	373
13	meta synthesis.ti,ab.	1071
14	meta-regression.ti,ab.	9617
15	metaregression.ti,ab.	788
16	meta regression.ti,ab.	9617
17	(synthes\$ adj3 literature).ti,ab.	4320
18	(synthes\$ adj3 evidence).ti,ab.	13026
19	integrative review.ti,ab.	3684
20	data synthesis.ti,ab.	12412
21	(research synthesis or narrative synthesis).ti,ab.	4428
22	(systematic study or systematic studies).ti,ab.	13157
23	(systematic comparison\$ or systematic overview\$).ti,ab.	3796
24	evidence based review.ti,ab.	2176
25	comprehensive review.ti,ab.	18423
26	critical review.ti,ab.	17130
27	quantitative review.ti,ab.	728
28	structured review.ti,ab.	906
29	realist review.ti,ab.	408
30	realist synthesis.ti,ab.	261
31	or/4-30	411053
32	review.pt.	2836609
33	medline.ab.	133542
34	pubmed.ab.	147892
35	cochrane.ab.	100847
36	embase.ab.	112854
37	cinahl.ab.	33184
38	psyc?lit.ab.	915
39	psyc?info.ab.	43406
40	(literature adj3 search\$).ab.	71913
41	(database\$ adj3 search\$).ab.	73359
42	(bibliographic adj3 search\$).ab.	3019
43	(electronic adj3 search\$).ab.	26220
44	(electronic adj3 database\$).ab.	35879
45	(computeri?ed adj3 search\$).ab.	3703
46	(internet adj3 search\$).ab.	3683
47	included studies.ab.	30699
48	(inclusion adj3 studies).ab.	19671
49	inclusion criteria.ab.	101806
50	selection criteria.ab.	32398
51	predefined criteria.ab.	2191
52	predetermined criteria.ab.	1140
53	(assess\$ adj3 (quality or validity)).ab.	91926
54	(select\$ adj3 (study or studies)).ab.	75512
55	(data adj3 extract\$).ab.	75486
56	extracted data.ab.	16741
57	(data adj2 abstracted).ab.	5785
58	(data adj3 abstraction).ab.	1924
59	published intervention\$.ab.	201
60	((study or studies) adj2 evaluat\$).ab.	209171
61	(intervention\$ adj2 evaluat\$).ab.	12844
62	confidence interval\$.ab.	468235
63	heterogeneity.ab.	189040

64	pooled.ab.	103833
65	pooling.ab.	13814
66	odds ratio\$.ab.	304982
67	(Jadad or coding).ab.	203909
68	or/33-67	1653422
69	32 and 68	271777
70	review.ti.	548419
71	70 and 68	188158
72	(review\$ adj4 (papers or trials or studies or evidence or intervention\$ or evaluation\$)).ti.ab.	212479
73	31 or 69 or 71 or 72	669163
74	letter.pt.	1145402
75	editorial.pt.	575500
76	comment.pt.	920496
77	74 or 75 or 76	1982023
78	73 not 77	653293
79	exp animals/ not humans/	4867563
80	78 not 79	638119
81	3 and 80	222
82	limit 81 to yr="2006 -Current"	177
83	Randomized Controlled Trials as Topic/	146606
84	randomized controlled trial/	538895
85	Random Allocation/	105658
86	Double Blind Method/	166090
87	Single Blind Method/	30627
88	clinical trial/	530027
89	clinical trial, phase i.pt.	22010
90	clinical trial, phase ii.pt.	35417
91	clinical trial, phase iii.pt.	18762
92	clinical trial, phase iv.pt.	2146
93	controlled clinical trial.pt.	94314
94	randomized controlled trial.pt.	538895
95	multicenter study.pt.	299850
96	clinical trial.pt.	530027
97	exp Clinical Trials as topic/	361196
98	or/83-97	1446954
99	(clinical adj trial\$.tw.	406010
100	((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.	181763
101	PLACEBOS/	35593
102	placebo\$.tw.	227109
103	randomly allocated.tw.	31494
104	(allocated adj2 random\$.tw.	34949
105	or/99-104	688105
106	98 or 105	1741588
107	case report.tw.	340125
108	letter/	1145402
109	historical article/	364648
110	or/107-109	1833171
111	106 not 110	1701968
112	3 and 111	393
113	limit 112 to yr="2006 -Current"	232

## Embase

#35	#3 AND #33 AND [2006-2021]/py	266
#34	#3 AND #33	440
#33	#23 NOT #32	1,823,557
#32	#24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31	6,787,956
#31	'note'/it	737,118
#30	'editorial'/it	589,513
#29	'conference proceeding'/it	0
#28	'conference abstract'/it	3,293,251
#27	'conference paper'/it	749,308
#26	'abstract report'/de OR 'letter'/de	1,084,800
#25	'case report':ti,ab	388,379
#24	'case study'/de	58,795
#23	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22	2,100,849
#22	'prospective study'/de	500,308
#21	placebo*:ti,ab	284,931
#20	((treble OR triple) NEAR/1 blind*):ti,ab	1,015
#19	'double blind*':ti,ab	196,554
#18	'single blind*':ti,ab	22,356
#17	(random* NEAR/2 allocat*):ti,ab	38,813
#16	rct:ti,ab	31,466
#15	'randomi*ed controlled trial*':ti,ab	194,912
#14	'placebo'/de	336,229
#13	'crossover procedure'/de	58,081
#12	'double blind procedure'/de	157,909
#11	'single blind procedure'/de	34,003
#10	'randomization'/exp	81,184
#9	'phase 4 clinical trial'/de	3,304
#8	'phase 3 clinical trial'/de	38,105
#7	'multicenter study'/de	206,417
#6	'controlled clinical trial'/de	426,215
#5	'randomized controlled trial'/de	536,242
#4	'clinical trial'/de	963,806
#3	#1 OR #2	5,946
#2	((autoconcentrative OR 'static-dynamic' OR sapir OR psychoanalytic OR psychotonic OR ajuriaguerra OR therapeutic OR wintrebert OR berges) NEAR/2 (relax* OR technique*)):ti,ab	4,848
#1	(autogen* NEAR/1 (training OR relaxation OR schultz)):ti,ab	1,088

### Cinahl

S21	S3 AND S19	297
S20	S3 AND S19	405
S19	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18	1,748,292
S18	TX allocat* random*	24,609
S17	(MH "Quantitative Studies")	29,899
S16	(MH "Placebos")	13,306
S15	TX placebo*	131,57
S14	TX random* allocat*	24,609
S13	(MH "Random Assignment")	68,929
S12	TX randomi* control* trial*	327,31
S11	TX ( (singl* n1 blind*) or (singl* n1 mask*) )	24,254

S10	TX ( (doubl* n1 blind*) or (doubl* n1 mask*) )	1,222,999
S9	TX ( (tripl* n1 blind*) or (tripl* n1 mask*) )	1,007
S8	TX ( (trebl* n1 blind*) or (trebl* n1 mask*) )	12
S7	TX clinic* n1 trial*	420,442
S6	PT Clinical trial	110,139
S5	(MH "Clinical Trials+")	323,153
S4	(TI (systematic* n3 review*) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*))	232,543
S3	S1 OR S2	1,174
S2	TI ( ((autoconcentrative or Static-dynamic or Sapir or psychoanalytic or Psychotonic or Ajuriaguerra or Therapeutic or Wintrebert or Berges) n2 (relax* or technique*)) ) OR AB ( ((autoconcentrative or Static-dynamic or Sapir or psychoanalytic or Psychotonic or Ajuriaguerra or Therapeutic or Wintrebert or Berges) n2 (relax* or technique*)) )	1,045
S1	TI ( (Autogen* n1 (training or relaxation or Schultz)) ) OR AB ( Autogen* n1 (training or relaxation or Schultz)) )	129

### PsycINFO

S6	S3 AND S4	93
S5	S3 AND S4	117
S4	MM "Clinical trials" OR MR ("Treatment Effectiveness Evaluation") OR TI ((randomi?ed n7 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*)) or (controlled n3 trial*) or (clinical n2 trial*)) OR AB ((randomi?ed n7 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*)) or (controlled n3 trial*) or (clinical n2 trial*)) OR KW ((randomi?ed n7 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*)) or (controlled n3 trial*) or (clinical n2 trial*))	110,691
S3	S1 OR S2	5,946
S2	TI ( ((autoconcentrative or "Static-dynamic" or Sapir or psychoanalytic or Psychotonic or Ajuriaguerra or Therapeutic or Wintrebert or Berges) n2 (relax* or technique*)) ) OR AB ( ((autoconcentrative or "Static-dynamic" or Sapir or psychoanalytic or Psychotonic or Ajuriaguerra or Therapeutic or Wintrebert or Berges) n2 (relax* or technique*)) )	4,995
S1	TI ( (Autogen* n1 (training or relaxation or Schultz)) ) OR AB ( Autogen* n1 (training or relaxation or Schultz)) )	958

## Anexo 3. Organizaciones contactadas

### Organizaciones contactadas

Asociación C2 Relajación & Recuperación
Asociación de Yoga y Relajación Om Ganesha
Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales (COFENAT)
Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas (APETP)
Fundación Española Sine Dolor en Menorca
Fundación Terapias Naturales (FTN)
Sientete Centro de Relajación
Sociedad Española del Dolor (SED)
Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR)

### Organizaciones participantes en la revisión del protocolo

Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales (COFENAT)
Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR)

### Organizaciones contactadas sin respuesta

Asociación C2 Relajación & Recuperación
Asociación de Yoga y Relajación Om Ganesha
Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas (APETP)
Fundación Española Sine Dolor en Menorca
Fundación Terapias Naturales (FTN)
Sientete Centro de Relajación
Sociedad Española del Dolor (SED)

### Organizaciones participantes en la revisión externa del informe preliminar

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología
Fundación Española de Reumatología - Grupo GEFISER



## Anexo 4. Revisión externa

Comentario proveniente de: (Organización)	Número de página/General	Apartado, párrafo, línea, tabla o anexo	Comentario o sugerencia	Respuesta autores
Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología	General		No observaciones	
Fundación Española de Reumatología - Grupo GEFISER	General		<p>Informe sobre el documento: "Efectividad y seguridad de las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales", realizado por SESCO.</p> <p>Aunque hay algunos datos sobre la eficacia de las técnicas de relajación en determinados síntomas como ansiedad, depresión o disfunción autonómica, los estudios sobre la eficacia de estas técnicas sobre enfermedades concretas del aparato locomotor son escasas.</p> <p>El significado clínico de las diferencias halladas en los distintos síntomas analizados resulta dudoso debido al escaso tamaño que alcanza en la mayoría de los estudios.</p> <p>En la RS realizada en este informe solo se han encontrado 1 RS y un ECA sobre fibromialgia. No se han encontrado estudios específicos sobre otras enfermedades reumáticas.</p> <p>La calidad de la RS es aceptable, pero los ECA incluidos muestran varios sesgos importantes que limitan la calidad de la evidencia.</p> <p>En la RS sobre fibromialgia se concluye que no existen diferencias después de la aplicación del tratamiento con relajación.</p> <p>Por otra parte, en la RS realizada recientemente por la Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología con motivo de la elaboración de las "Recomendaciones SER para el manejo de los pacientes con fibromialgia"<sup>1</sup>, se abordó específicamente el estudio de las técnicas de relajación en el tratamiento de esta enfermedad.</p>	<p>La RS incluida sobre fibromialgia se refiere a técnicas de relajación en general, mientras que en el informe se plasman los resultados específicos sobre el entrenamiento autógeno (1 solo ECA incluido en dicha revisión).</p> <p>En cualquier caso, la conclusión sobre la ausencia de efectos significativos es la misma. Se ha mejorado la redacción del informe en este apartado.</p>

			<p>La recomendación específica realizada por el grupo de expertos de la SER fue: "Recomendación 17: No hay suficiente evidencia para recomendar la relajación en monoterapia, en el tratamiento de la fibromialgia, debido al escaso beneficio obtenido en la mejoría del dolor y la calidad de vida".</p> <p>Por tanto, estamos de acuerdo con las conclusiones de este informe de SECS en que no hay suficiente evidencia científica como para recomendar las técnicas de relajación en las enfermedades reumáticas y, en concreto, en la fibromialgia.</p>	
--	--	--	---	--

## Anexo 5. Estudios excluidos a texto completo

### Revisiones sistemáticas

#### **Excluidas por tipo de intervención (no estudios sobre entrenamiento autógeno) (k=50)**

- Abadía Mainer J. Systematic review summary - Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. *Singapore Nursing Journal*. 2013; 40, 4.
- Abu Maloh HIA, Soh KL, AbuRuz ME, Chong SC, Ismail SIF, Soh KG, Abu Maloh DI. Efficacy of Benson's Relaxation Technique on Anxiety and Depression among Patients Undergoing Hemodialysis: A Systematic Review. *Clinical nursing research*. 2021.
- Conrad A, Roth WT. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of anxiety disorders*. 2007; 21, 3.
- de Jong AEE, Gamel C. Use of a simple relaxation technique in burn care: literature review. *Journal of advanced nursing*. 2006; 54, 6.
- de Niet G, Tiemens B, Lendemeijer B, Hutschemaekers G. Music-assisted relaxation to improve sleep quality: meta-analysis. *Journal of advanced nursing*. 2009; 65, 7.
- dos Santos-Silva Aa, Bubols MN, Argimon IIdL, Stagnaro O, Alminhana LcO. Benefits of relaxation techniques in the elderly: A systematic review. *PSICO*. 2020; 51, 1.
- Felix MMDS, Ferreira MBG, da Cruz LF, Barbosa MH. Relaxation Therapy with Guided Imagery for Postoperative Pain Management: An Integrative Review. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*. 2019; 20, 1.
- Fink NS, Urech C, Cavelti M, Alder J. Relaxation during pregnancy: what are the benefits for mother, fetus, and the newborn? A systematic review of the literature. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2012; 26, 4.
- Goldstein KM, Shepherd-Banigan M, Coeytaux RR, McDuffie JR, Adam S, Befus D, Goode AP, Kosinski AS, Masilamani V, Williams JWW. Use of mindfulness, meditation and relaxation to treat vasomotor symptoms. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2017; 20, 2.
- Halm MA. Relaxation: a self-care healing modality reduces harmful effects of anxiety. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2009; 18, 2.
- Harris M, Richards KC. The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. *Journal of clinical nursing*. 2010; 19.
- Helgason C, Sarris J. Mind-body medicine for schizophrenia and psychotic disorders: a review of the evidence. *Clinical schizophrenia & related psychoses*. 2013; 7, 3.
- Hou YM, Hu PC. Application of progressive muscle relaxation in the clinical treatment for mental diseases. *Journal of Clinical Rehabilitative Tissue Engineering Research*. 2008; 12, 7.
- Jeffrey S, McClelland T, Carus C, Graham C. Relaxation and chronic pain: A critical review. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*. 2016; 23, 6.
- Jia Y, Wang X, Cheng Y. Relaxation Therapy for Depression: An Updated Meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease*. 2020; 208, 4.
- Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2008.
- Ju W, Ren L, Chen J, Du Y. Efficacy of relaxation therapy as an effective nursing intervention for post-operative pain relief in patients undergoing abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis. *Experimental and therapeutic medicine*. 2019; 18, 4.

Kabir RS, Haramaki Y, Ki H, Ohno H. Self-Active Relaxation Therapy (SART) and Self-Regulation: A Comprehensive Review and Comparison of the Japanese Body Movement Approach. *Frontiers in human neuroscience*. 2018; 12.

Kerr K. Critical review on relaxation techniques. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*. 2017; 29.

Khianman B, Pattanittum P, Thinkhamrop J, Lumbiganon. P. Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012.

Kim HS, Kim EJ. Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of psychiatric nursing*. 2018; 32, 2.

Klainin-Yobas P, Oo WN, Suzanne Yew PY, Lau Y. Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging & mental health*. 2015; 19, 12.

Macfarlane GJ, Paudyal P, Doherty M, Ernst E, Lewith G, MacPherson H, Sim J, Jones GT, Arthritis Research UK Working Group on Complementary and Alternative Therapies for the Management of the Rheumatic Diseases. A systematic review of evidence for the effectiveness of practitioner-based complementary and alternative therapies in the management of rheumatic diseases: rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2012; 51, 9.

Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett ED, Blanchet C, Dodin S, Njoya MM. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2011.

McCloskey JC, Bulechek GM. Progressive Muscle Relaxation (Iowa NIC) In: *Nursing interventions classification (NIC): Iowa intervention project (2nd ed)*. Progressive Muscle Relaxation (Iowa NIC) In: *Nursing Interventions Classification (NIC): Iowa Intervention Project (2nd Ed)*. 2008.

Medlicott MS, Harris SR. A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. *Physical therapy*. 2006; 86, 7.

Melo-Dias C, Apstolo JLA, Cardoso DFB. Effectiveness of progressive muscle relaxation training for adults diagnosed with schizophrenia: A systematic review protocol. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*. 2014; 12, 10.

Meyer B, Keller A, Muller B, Wohlbiel HG, Kropp P. [Progressive muscle relaxation according to Jacobson for migraine prophylaxis: Clinical effectiveness and mode of action]. *Schmerz (Berlin, Germany)*. 2018; 32, 4.

Micillo GP, Nunes Garcia NF, Alonso AIC, Montiel JM, Bastos MF. Implications of therapeutic touch and relaxation massage on aging. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*. 2020; 18.

Mikolasek M, Berg J, Witt CM, Barth J. Effectiveness of Mindfulness- and Relaxation-Based eHealth Interventions for Patients with Medical Conditions: A Systematic Review and Synthesis. *International journal of behavioral medicine*. 2018; 25, 1.

Mohd Shukri NH, Wells JCK, Fewtrell M. The effectiveness of interventions using relaxation therapy to improve breastfeeding outcomes: A systematic review. *Maternal & child nutrition*. 2018; 14, 2.

Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Lopez-Montoyo A, Zabaleta-Del-Olmo E, Cuijpers P. Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis. *Psychological medicine*. 2018; 48, 9.

Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Perez-Yus MC, Zabaleta-Del-Olmo E, Cuijpers P. Meditation techniques v. relaxation therapies when treating anxiety: a meta-analytic review. *Psychological medicine*. 2019; 49, 13.

Niu JF, Zhao XF, Hu HT, Wang JJ, Liu YL, Lu DH. Should acupuncture, biofeedback, massage, Qi gong, relaxation therapy, device-guided breathing, yoga and tai chi be used to reduce blood pressure?: Recommendations based on high-quality systematic reviews. *Complementary therapies in medicine*. 2019; 42.

Pangaribuan SM, Purborini N, Yenny, Chang HJ. Effect of bensonGÇÖs relaxation technique on mental health and quality of life in hemodialysis patients: A literature review. *Indian Journal of Public Health Research and Development*. 2020; 11, 5.

Pelekasis P, Matsouka I, Koumarianou A. Progressive muscle relaxation as a supportive intervention for cancer patients undergoing chemotherapy: A systematic review. *Palliative & supportive care*. 2017; 15, 4.

Riches S, Azevedo L, Bird L, Pisani S, Valmaggia L. Virtual reality relaxation for the general population: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2021.

Saensak S, Vutyavanich T, Somboonporn W, Srisurapanont M. Relaxation for perimenopausal and postmenopausal symptoms. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014.

Samuel SR, Gururaj R, Kumar KV, Vira P, Saxena PUP, Keogh JWL. Randomized control trial evidence for the benefits of massage and relaxation therapy on sleep in cancer survivors-a systematic review. *Journal of cancer survivorship: research and practice*. 2020.

Scotland-Coogan D, Davis E. Relaxation Techniques for Trauma. *Journal of evidence-informed social work*. 2016; 13, 5.

Shah K, Ramos-Garcia M, Bhavsar J, Lehrer P. Mind-body treatments of irritable bowel syndrome symptoms: An updated meta-analysis. *Behaviour research and therapy*. 2020; 128.

Shah LBI, Klainin-Yobas P, Torres S, Kannusamy P. Efficacy of psychoeducation and relaxation interventions on stress-related variables in people with mental disorders: a literature review. *Archives of psychiatric nursing*. 2014; 28, 2.

Siev J, Chambless DL. Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2007; 75, 4.

Stevens SE, Hynan MT, Allen M, Braun MM, McCart MR. Are complex psychotherapies more effective than biofeedback, progressive muscle relaxation, or both? A meta-analysis. *Psychological reports*. 2007; 100, 1.

Thompson AP, Thompson DS, Jou H, Vohra S. Relaxation training for management of paediatric headache: A rapid review. *Paediatrics and Child Health*. 2019; 24, 2.

Tian X, Tang RY, Xu LL, Xie W, Chen H, Pi YP, Chen WQ. Progressive muscle relaxation is effective in preventing and alleviating of chemotherapy-induced nausea and vomiting among cancer patients: a systematic review of six randomized controlled trials. *Supportive Care in Cancer*. 2020; 28, 9.

Tilling F, Cavanna AE. Relaxation therapy as a treatment for tics in patients with Tourette syndrome: a systematic literature review. *Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*. 2020; 41, 5.

Volpato E, Banfi P, Rogers SM, Pagnini F. Relaxation Techniques for People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and a Meta-Analysis. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*. 2015; 2015.

Zhang Y, Luo Y, Zeng Y. Meta-analysis of meditative/relaxation-based interventions for cognitive impairment in cancer patient. *International Journal of Nursing Sciences*. 2017; 4, 3.

Zhang Y, Montoya L, Ebrahim S, Busse JW, Couban R, McCabe RE, Bieling P, Carrasco-Labra A, Guyatt GH. Hypnosis/Relaxation therapy for temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of oral & facial pain and headache*. 2015; 29, 2.

**Excluidas por diseo (k=21)**

Boron K. A review of relaxation techniques in chronic pain treatment. *Fizjoterapia*. 2009; 17, 2.

Carlos J, Üngel MG, An. GL, María del Mar PQ, Lourdes DR, Susana MA, Effectiveness of relaxation on anxiety and quality of life in adult patients with generalised anxiety disorder: A systematic review protocol. JBI database of systematic reviews and implementation reports. 2013; 11, 1.

Cuijpers P. Review: Relaxation better than wait-list, minimal or no treatment for depression but not as good as psychological treatments. Evidence Based Mental Health. 2009; 12, 3.

Ernst E, Pittler MH, Wider B, Boddy K. Mind-body therapies: are the trial data getting stronger? Alternative therapies in health and medicine. 2007; 13, 5.

Fenlon D Clonidine, SSRIs, SNRIs and gabapentin reduce hot flushes in women with a history of breast cancer; relaxation therapy may have a mild effect in the short term. Evidence Based Nursing. 2011; 14, 2.

Huguet A, McGrath PJ, Stinson J, Tougas ME, Doucette S. Efficacy of psychological treatment for headaches: An overview of systematic reviews and analysis of potential modifiers of treatment efficacy. The Clinical journal of pain. 2014; 30, 4.

Kang Y. Mind-body approach in the area of preventive medicine: Focusing on relaxation and meditation for stress management. Journal of Preventive Medicine and Public Health. 2010; 43, 5.

Kanji N, White A, Ernst E. Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. Journal of advanced nursing. 2006; 53, 6.

Krogh J, Petersen L, Timmermann M, Saltin B, Nordentoft M. Design paper: the DEMO trial: a randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of aerobic versus non-aerobic versus relaxation training for patients with light to moderate depression. Contemporary clinical trials. 2007; 28, 1.

Luciano JV, Martinez N, Penarrubia-Maria MT, Fernandez-Vergel R, Garcia-Campayo J, Verduras C, Blanco ME, Jimenez M, Ruiz JM, Lopez del Hoyo Y, Serrano-Blanco A, FibroQoL Study Group. Effectiveness of a psychoeducational treatment program implemented in general practice for fibromyalgia patients: a randomized controlled trial. The Clinical journal of pain. 2011; 27, 5.

Mohamed AA, Alawna M. Important Role of Relaxation Techniques in Immune Functions, Glycemic Control, and Stress in Diabetic Patients with COVID-19: A Review. Current diabetes reviews. 2021; 17, 5.

Ndetan H, Evans MW Jr, Williams RD, Woolsey C, Swartz JH. Use of movement therapies and relaxation techniques and management of health conditions among children. Alternative therapies in health and medicine. 2014; 20, 4.

Pagnini F, Manzoni GM, Castelnuovo G, Molinari E. A brief literature review about relaxation therapy and anxiety. Body, Movement and Dance in Psychotherapy. 2013; 8, 2.

Park M. Evidence-based stress management: Focusing on nonpharmacological procedure which reduce stress and promote health. Journal of the Korean Medical Association. 2013; 56, 6.

Rajagopalan M, Saraswat A, Godse K, Shankar DSK, Kandhari S, Shenoi SD, Tahiliani S, Zavar VV. Diagnosis and Management of Chronic Pruritus: An Expert Consensus Review. Indian journal of dermatology. 2017; 62, 1.

Ramirez-Garcia MP, Leclerc-Loiselle J, Genest C, Lussier R, Dehghan G. Effectiveness of autogenic training on psychological well-being and quality of life in adults living with chronic physical health problems: a protocol for a systematic review of RCT. Systematic reviews. 2020; 9, 1.

Santaella DF, Arajo EA, Ortega KC, Tinucci T, Mion J, Negrúo CE, Moraes Forjaz CL. Aftereffects of exercise and relaxation on blood pressure. Clinical Journal of Sport Medicine. 2006; 16, 4.

Seers K, Crichton N, Tutton L, Smith L, Saunders T. Effectiveness of relaxation for postoperative pain and anxiety: randomized controlled trial. Journal of advanced nursing. 2008; 62, 6.

Shajani Z, Varani G. Review: MMR studies of dynamics in RNA and by 13C relaxation. *Biopolymers*. 2007; 86.

Vasudev A, Torres-Platas SG, Kerfoot K, Potes A, Therriault J, Gifuni A, Segal M, Looper KJ, Nair V, Lavretsky H, Rej S. Mind-Body Interventions in Late-Life Mental Illnesses and Cognitive Disorders: A Narrative Review. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2019; 27, 5.

Warth M, Kessler J, Koenig J, Wormit AF, Hillecke TK, Bardenheuer HJ. Music therapy to promote psychological and physiological relaxation in palliative care patients: Protocol of a randomized controlled trial. *BMC Palliative Care*. 2014; 13, 1.

#### **Excluidas porque sus estudios están recogidos en otras RS más recientes (k=5)**

Jensen M, Patterson DR. Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of behavioral medicine*. 2006; 29, 1.

Li M, Wang L, Jiang M, Wu D, Tian T, Huang W. Relaxation techniques for depressive disorders in adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2020; 24, 3.

Mei Ling L, Creedy DK. Effectiveness of psychological-based interventions to enhance coping of nursing students: A systematic review. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*. 2010; 8, 34.

Park SH, Han KS, Kang CB. Relaxation therapy for irritable bowel syndrome: A systematic review. *Asian Nursing Research*. 2014; 8, 3.

#### **Excluidas por idioma (k=5)**

Eunju, S. Effect of Autogenic Training for Stress Response: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2019; 49, 4.

Bertelmann T, Stempel I. [Self-relaxation techniques for glaucoma patients. Significance of autogenic training, hypnosis and music therapy]. *Der Ophthalmologe: Zeitschrift der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft*. 2016; 113, 2.

Biondi M, Valentini M. [Relaxation treatments and biofeedback for anxiety and somatic stress-related disorders]. *Rivista di psichiatria*. 2014; 49, 5.

Bleau H. Analyse critique de la validite des etudes scientifiques infirmieres sur l'efficacite des techniques de relaxation: Une revue integrative. 2008.

Seo E, Kim S. [Effect of Autogenic Training for Stress Response: A Systematic Review and Meta-Analysis]. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2019; 49, 4.

#### **No disponibles (k=2)**

McCloskey JC, Bulechek GM. Autogenic Training (Iowa NIC) In: *Nursing interventions classification (NIC): Iowa intervention project (2nd ed)*. 2008.

McCloskey JC, Bulechek GM. Simple Relaxation Therapy (Iowa NIC) In: *Nursing interventions classification (NIC): Iowa intervention project (2nd ed)*. 2008.

## Estudios primarios

#### **Excluidos por tipo de intervención (k=9)**

Álvarez-Melcón AC, Valero-Alcaide R, Atín-Arratibel MA, Melcón-Álvarez A, Beneit-Montesinos J V. Effects of physical therapy and relaxation techniques on the parameters of pain in university students with tension-type headache: A randomised controlled clinical trial. *Neurologia*. 2018;33(4):233–43.

Bernateck M, Becker M, Schwake C, Hoy L, Passie T, Parlesak A, et al. Adjuvant auricular electroacupuncture and autogenic training in rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial - Auricular acupuncture and autogenic training in rheumatoid arthritis. *Forsch. Komplementarmed*. 2008;15(4):187–93

Gordon JS, Staples JK, Blyta A, Bytyqi M, Wilson AT. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Postwar Kosovar Adolescents Using Mind-Body Skills Groups. *J. Clin. Psychiatry*. 2008 Sep 30;69(9):1469–76.

Gutgsell KJ, Schluchter M, Margevicius S, Degolia PA, McLaughlin B, Harris M, et al. Music therapy reduces pain in palliative care patients: A randomized controlled trial. *J. Pain Symptom Manage*. 2013;45(5):822–31.

Jones D, Owens M, Kumar M, Cook R, Weiss SM. The Effect of Relaxation Interventions on Cortisol Levels in HIV-Seropositive Women. *J. Int. Assoc. Provid. AIDS Care*. 2014 Jul 28;13(4):318–23.

Kang EH, Park JE, Chung CS, Yu BH. Effect of biofeedback-assisted autogenic training on headache activity and mood states in Korean female migraine patients. *J. Korean Med. Sci*. 2009;24(5):936–40.

Prato C, Yucha C. Biofeedback Assisted Relaxation Training to decrease test anxiety in nursing students. *Nurs. Educ. Perspect*. 2013;34(2):76–81.

Sakakibara M, Hayano J, Oikawa LO, Katsamanis M, Lehrer P. Heart rate variability biofeedback improves cardiorespiratory resting function during sleep. *Appl. Psychophysiol. Biofeedback*. 2013;38(4):265–71.

Useros-Olmo AI, Martínez-Pernía D, Huepe D. The effects of a relaxation program featuring aquatic therapy and autogenic training among people with cervical dystonia (a pilot study). *Physiother. Theory Pract*. 2020;36(4):488–97.

#### **Excluidos por diseño (k=7)**

Fernández R, Peñarubia MT, Luciano J V., Blanco ME, Jiménez M, Montesano A, et al. Effectiveness of a psycho-educational program for improving quality of life of fibromyalgia patients. *BMC Musculoskelet. Disord*. 2008;9:1–7.

Holland B, Gosselin K, Mulcahy A. The effect of autogenic training on self-efficacy, anxiety, and performance on nursing student simulation. *Nurs. Educ. Perspect*. 2017;38(2):87–9.

Jocic D, Krajinovic D. The influence of autogenic training on state anxiety reduction among community pharmacists in Serbia. *HealthMED*. 2012;6(8):2810–20.

Juhász G, Zsombok T, Gonda X, Nagyne N, Modosne E, Bagdy G. Effects of autogenic training on nitroglycerin-induced headaches. *Headache*. 2007;47(3):371–83.

Kemper KJ, Khirallah M. Acute Effects of Online Mind-Body Skills Training on Resilience, Mindfulness, and Empathy. *J. Evidence-Based Complement. Altern. Med*. 2015;20(4):247–53.

Lim SJ, Kim C. Effects of autogenic training on stress response and heart rate variability in nursing students. *Asian Nurs. Res. (Korean. Soc. Nurs. Sci)*. 2014;8(4):286–92.

Servant D, Germe A, Autuori M, De Almeida F, Hay M, Douilliez C, et al. Protocole de relaxation intégrative et transdiagnostique pour patients anxieux. Résultats d'une étude pilote. *Encephale*. 2014;40(6):501–6.

#### **Excluidos por medidas de resultados (k=3)**

Cotofana S, Ring-Dimitriou S, Hudelmaier M, Himmer M, Wirth W, Sängler AM, et al. Effects of exercise intervention on knee morphology in middle-aged women: A longitudinal analysis using magnetic resonance imaging. *Cells Tissues Organs*. 2010;192(1):64–72.

Noh Y-E, Morris T, Andersen MB. Psychological Intervention Programs for Reduction of Injury in Ballet Dancers. *Res. Sport. Med*. 2007 Mar 6;15(1):13–32.

Nolan RP, Floras JS, Ahmed L, Harvey PJ, Hiscock N, Hendrickx H, Talbot D. Behavioural modification of the cholinergic anti-inflammatory response to C-reactive protein in patients with hypertension. *Journal of internal medicine*. 2012;272(2):161-169.



**Excluidos recogidos en las RS incluidas (k=3)**

Kanji N, White A, Ernst E. Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*. 2006; 53, 6.

Pickering G, Creac'h C, Radat F, Al. E. Autogenic training in patients treated for chronic headache: a randomised clinical trial. *J Pain Manag*. 2012;5(2):195–205

Shinozaki M, Kanazawa M, Kano M, Endo Y, Nakaya N, Hongo M, et al. Effect of Autogenic Training on General Improvement in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Appl. Psychophysiol. Biofeedback*. 2010 Sep 8;35(3):189–98.

**Excluidos por idioma (k=1)**

Magklara A, Evangelopoulos DS, Nicolopoulos K, Chrousos G, Darviri C. Stress management programs in chronic low back pain: Randomized controlled trial. *Arch. Hell. Med*. 2015;32(5):583–91.

**Duplicados (k=1)**

Ingvar M. Relax, it is only IBS? *Focus Altern. Complement. Ther*. 2011 Mar;16(1):55–55.

**No disponibles (k=2)**

Sasaki D, Saitoh J, Nawa K. Effects of combined cognitive behavioral therapy and autogenic training for psychiatric outpatients. *Japanese J. Autogenic Ther*. 2011;31(2):24–8.

Rashi C, Raghuvveer R. Effect of Meditation and Autogenic Training on Autonomic Nervous System in Normal Adolescent Females. *Indian J. Physiother. Occup. Ther*. 2012;6(1):83–7.

## Anexo 6. Características de los estudios incluidos

### Revisiones sistemáticas

**Tabla 1. Características de las Revisiones Sistemáticas incluidas**

Revisiones sistemáticas específicas de entrenamiento autógeno								
1º autor (año)	Objetivo	Población	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Instrumento utilizado para evaluar el riesgo de sesgo	Medidas de resultado incluidas en la RS*	MA
Kanji (2006) [41]	Efectividad del EA como tratamiento único para la prevención de las cefaleas tensionales en adultos	Adultos con/sin cefalea tensional (prevención y tratamiento)	Medline, EMBASE, AMED, CENTRAL, PsycInfo y CINAHL  Hasta 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mínimo 3 sesiones de formación</li> <li>- Mínimo 3 ejercicios básicos utilizados</li> <li>- No requerido número mínimo de ejercicios adicionales (intencionados o modificados)</li> <li>- No requerida práctica en casa</li> <li>- Se permitió la grabación en cinta</li> </ul>	7 estudios (5 ECAs y 2 ECNAs) sobre EA	Escala Cochrane	- Frecuencia, intensidad y duración del dolor de cabeza y uso de medicación*	No
Seo (2018) [38]	Impacto de la duración del uso del entrenamiento autógeno solo y con la adición de tratamientos complementarios, sobre la intensidad y duración del dolor de cabeza primario en adultos	Adultos con migraña o cefalea tensional	PubMed, CINAHL y Cochrane Library. Además, bases de datos coreanas como Research Information Sharing Service, Korean Studies Information Service System, DataBase Periodical Information Academic y National Digital Science Library Hasta 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECA que investigara los efectos del EA en sujetos adultos de 19 años o más con cefalea</li> <li>- Priorización de artículos publicados en revistas a mismo artículo publicado en tesis.</li> <li>- Estudios publicados en coreano o inglés</li> <li>- Estudios con otro diseño experimental</li> </ul>	6 ECAs sobre EA (en 3 de ellos el EA se aplicó en combinación de otras técnicas)	Escala Cochrane	- Índice de cefalea, puntuación de dolor de cabeza y cefalea autoinformada*	No

Revisiones sistemáticas sobre varias técnicas de relajación								
1 <sup>er</sup> autor (año)	Objetivo	Población	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Instrumento utilizado para evaluar el riesgo de sesgo	Medidas de resultado incluidas en la RS*	MA
Dickinson (2008) [40]	Efectividad de la relajación para reducir la presión arterial alta	Hipertensión primaria en adultos	Cochrane CENTRAL Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, Science Citation Index, ISI Proceedings y ClinicalTrials.gov  Hasta 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECAs de al menos 8 semanas de duración</li> <li>- Adultos con presión sanguínea elevada (&lt; 140mm Hg presión arterial sistólica o 85mm Hg presión arterial diastólica sin una causa primaria conocida)</li> <li>- Cualquier intervención para promover la relajación con un control</li> <li>- Ningún tratamiento activo</li> <li>- Terapia simulada para controlar las características no específicas del ámbito del tratamiento</li> <li>- Se excluyeron los estudios que evaluaron una combinación de terapias de relajación y otras intervenciones como dieta o ejercicio, estudios de mujeres embarazadas, estudios que incluyeron participantes con medicación antihipertensiva y estudios que no informaron resultados para participantes según los grupos de tratamiento a los que fueron asignados</li> </ul>	<p>25 ECAs sobre varias técnicas de relajación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 ECAs sobre EA, pero en 5 de ellos el EA se aplicó en combinación de otras técnicas de relajación</li> </ul>	Escala Cochrane	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presión sanguínea (sistólica y diastólica)*</li> <li>- Eventos adversos (hipertensión no controlada y otros)*</li> <li>- Muerte</li> <li>- Eventos de enfermedad coronaria</li> <li>- Evento cerebrovascular</li> <li>- No adherencia tratamiento</li> </ul>	Sí

Kwekkeboom (2006) [42]	Efectividad de las intervenciones con relajación utilizadas para el tratamiento del dolor en adultos	Adultos con dolor	CINAHL, Medline y PsychInfo Desde 1996 hasta 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicación &gt; de 1995</li> <li>- Diseño de ECA con un grupo de control o de comparación</li> <li>- La intervención de relajación se probó sola, no en combinación con otras técnicas</li> <li>- Medida del dolor incluida en los resultados</li> </ul>	15 ECAs sobre varias técnicas de relajación: - 2 ECAs sobre EA	Ninguno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensidad*</li> <li>- Severidad*</li> <li>- Angustia emocional relacionada con el dolor</li> <li>- Discapacidad</li> </ul>	No
anzoni (2008) [44]	Efectividad de los programas de entrenamiento de relajación para tratar los trastornos de ansiedad y reducir la ansiedad en general	Ansiedad en cualquier población clínica y no clínica	PsycINFO, MEDLINE y Cochrane Central Register of Controlled Trials Hasta 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al menos una condición de entrenamiento de relajación (sin importar si fue el objeto del artículo o el tratamiento del grupo de control)</li> <li>- Informar intervalo o datos de razón</li> <li>- Uso de cuestionarios psicométricos</li> <li>- Datos del nivel de ansiedad presentados antes y después del entrenamiento de relajación</li> <li>- Informar con suficiente detalle de los resultados del estudio (p.e., medias y desviaciones estándar) para permitir el cálculo del tamaño del efecto</li> </ul>	27 estudios (19 ECAs y 8 ECNAs) sobre varias técnicas de relajación: - 2 ECAs sobre EA, pero en uno de ellos el EA se aplicó en combinación de otras técnicas	Ninguno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad*</li> </ul>	Sí

<p>Park (2014) [37]</p>	<p>Efectividad de las técnicas de relajación para el tratamiento del síndrome del intestino irritable</p>	<p>Síndrome intestino irritable</p>	<p>KoreaMed, National Discovery for Science Leaders, Ovid-Medline, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, and PsycARTICLES  Hasta 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia de relajación como la principal intervención para los pacientes adultos con Síndrome intestino irritable</li> <li>- Estudios de intervención que incluyen ECA que comparan el tratamiento conservador habitual o ninguna intervención</li> <li>- Estudios que informaron más de un resultado principal</li> <li>- Estudios publicados en inglés y coreano.</li> <li>- Se excluyeron los estudios que no eran artículos originales (por ejemplo, editoriales, artículos de opinión, reseñas y notas).</li> <li>- Se excluyeron estudios que utilizaron la terapia de relajación en combinación con otros tratamientos</li> </ul>	<p>8 ECAs sobre varias técnicas de relajación:  - 1 ECA sobre EA</p>	<p>Escala Cochrane</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad*</li> <li>- Síntomas gastrointestinales*</li> <li>- Calidad de vida</li> </ul>	<p>Sí</p>
<p>Smith (2018) [39]</p>	<p>Efectividad de las técnicas de relajación cuerpo-mente para el manejo del dolor durante el trabajo de parto en el bienestar materno y neonatal durante y después del trabajo de parto</p>	<p>Mujeres en el trabajo activo de parto</p>	<p>CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, Cochrane Library, Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register  Hasta 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECAs</li> <li>- Mujeres en trabajo de parto</li> <li>- Técnicas de relajación, yoga, música, audio analgesia y mindfulness.</li> <li>- Comparador: placebo / ningún tratamiento, hipnosis, biofeedback, inyección de agua estéril intracutánea o subcutánea, inmersión en agua o aromaterapia</li> <li>- Intervención de modalidad única o una combinación de técnicas</li> <li>- Medida de dolor en el parto</li> </ul>	<p>19 ECAs sobre varias técnicas de relajación:  - 1 sobre EA</p>	<p>Escala Cochrane</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensidad del dolor*</li> <li>- Cesárea*</li> <li>- Duración del parto*</li> <li>- Parto vaginal asistido*</li> <li>- Necesidad de aumento con oxitocina*</li> <li>- Puntuación APGAR*</li> <li>- Costes</li> <li>- Uso de analgésicos</li> <li>- Seguridad de las intervenciones</li> <li>- Trauma perineal</li> <li>- Hemorragia posparto</li> <li>- Ansiedad</li> </ul>	<p>Sí</p>

Revisiones sistemáticas sobre diversas intervenciones psicológicas								
1º autor (año)	Objetivo	Población	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Instrumento utilizado para evaluar el riesgo de sesgo	Medidas de resultado incluidas en la RS*	MA
Chida (2007) [35]	Efectividad de las intervenciones psicológicas para el tratamiento de la dermatitis atópica	Dermatitis atópica	Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, ACP Journal Club and Database of Abstracts of Reviews of Effects, PsycINFO, Web of Science, PubMed, Scopus y Google  Hasta 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECAs</li> <li>- Asignación aleatoria</li> <li>- Dermatitis atópica diagnosticada por un médico</li> <li>- Grupo de control apropiado (atención médica habitual, tratamiento diferido, placebo)</li> <li>- Publicación completa en inglés en una revista revisada por pares</li> <li>- Tratamiento activo que incluya algún componente psicológico/psicosocial más allá de simplemente proporcionar información sobre la enfermedad</li> </ul>	<p>8 ECAs sobre diversas intervenciones psicológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ECA sobre EA</li> </ul>	Escala Jadad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gravedad del eccema*</li> <li>- Intensidad de la picazón*</li> <li>- Intensidad del rascado*</li> <li>- Molestia autoevaluada*</li> <li>- Uso de esteroides tópicos*</li> <li>- Ansiedad*</li> <li>- Depresión*</li> <li>- Ira</li> <li>- Calidad de vida</li> <li>- Afrontamiento de los padres</li> <li>- Alteración nocturna</li> <li>- Irritación diurna</li> <li>- Cumplimiento médico</li> <li>- Hábito de tratamiento</li> <li>- Costes del tratamiento</li> </ul>	Sí
Crawford (2013) [36]	Evaluar eficacia de programas biopsicosociales multimodales para el autocontrol del estrés	Ansiedad en cualquier población clínica y no clínica	PUBMED, EmBase, BIOSIS, CINAHL, Cochrane, DARE, PILOTS, PsycInfo, AMED, ERIC y DoD Biomedical Research. Literatura gris a través de ClinicalTrials, National Library of Medicine y NCCAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa o programa potencial</li> <li>- Intervención multimodal con al menos una modalidad de Medicina alternativa y complementaria</li> <li>- Habilidades que se aprendieron y que podrían utilizarse como técnicas de autogestión, después de un periodo de formación</li> <li>- Al menos una medida de resultado de estrés psicológico o emocional</li> </ul>	<p>283 estudios (116 ECAs, 40 ECNAs, 96 observacionales, 22 descriptivos, 10 mixtos) sobre diversas intervenciones psicológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 ECAs sobre EA</li> </ul>	Escala SIGN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad*</li> <li>- Estrés*</li> </ul>	No

			Hasta 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cualquier población clínica o no clínica</li> <li>- Publicados en inglés</li> </ul>				
Lam (2015) [43]	Eficacia y seguridad de la hipnoterapia para el insomnio en comparación con placebo, intervención farmacológica o no farmacológica o ningún tratamiento	Insomnio	<p>PsycINFO, EMBASE, Medline, CINAHL PLUS, AMED, cochrane central register of controlled trials y PsycARTICLES</p> <p>Hasta 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diseño ECA o cuasialeatorios</li> <li>- Intervención dirigida a mejorar el sueño</li> <li>- Hipnosis como una de las intervenciones</li> <li>- Publicados en inglés</li> </ul>	<p>6 ECAs sobre diversas intervenciones psicológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ECA sobre EA</li> </ul>	Escala Jadad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Latencia del sueño*</li> <li>- Número de despertares</li> <li>- Tiempo total de sueño</li> <li>- Sensación de descanso</li> <li>- Calidad del sueño</li> </ul>	Sí
Meeus (2015) [45]	Efectos de la terapia de relajación sobre la función autonómica, el dolor, la fatiga y el funcionamiento diario en pacientes con síndrome de fatiga crónica o fibromialgia	Fibromialgia	<p>PubMed y Web Of Science</p> <p>Hasta 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultos con síndrome de fatiga crónica o fibromialgia</li> <li>- Cualquier tipo de relajación como terapia independiente</li> <li>- No se permitió la relajación como parte de un programa multimodal o combinada con terapias de movimiento (por ejemplo, yoga, estiramientos, etc.)</li> <li>- Sólo se incluyeron ECAs publicados en un registro de texto completo en inglés, francés, holandés o alemán</li> </ul>	<p>13 ECAs sobre diversas intervenciones psicológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ECA sobre EA</li> </ul>	<p>Lista de verificación específica para ECAs del <i>Dutch Institute for Healthcare Improvement CBO</i> proporcionada por Centro Cochrane Holandés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor*</li> <li>- Fatiga</li> <li>- Funcionamiento diario</li> <li>- Función autónoma</li> </ul>	No
Molina-Rueda (2009) [46]	Efectividad técnicas de relajación en la esclerosis múltiple	Esclerosis múltiple	<p>Cochrane Library Plus, PEDro, PubMed (Medline), CINAHL, Bandolier, AMED, EMBASE, PsychINFO, Psycharticles y AMA</p> <p>Hasta 2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECAs publicados en revistas hasta 2008</li> <li>- Personas con un diagnóstico definido de esclerosis múltiple</li> </ul>	<p>2 ECAs sobre diversas intervenciones psicológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ECA sobre EA</li> </ul>	<p>Guía CASPe para la lectura de ensayos clínicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calidad de vida específica de la enfermedad*</li> <li>- Funcionamiento psicológico y emocional*</li> <li>- Depresión*</li> <li>- Discapacidad</li> </ul>	No

Morgan (2008) [47]	Efectividad de intervenciones de autoayuda para trastornos o síntomas depresivos	Depresión en población clínica y no clínica	PubMed, PsycINFO y Cochrane Database of Systematic Reviews Hasta 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectos del tratamiento sobre síntomas de depresión o estado de ánimo deprimido usando escala fiable y válida</li> <li>- Estudios con participantes no seleccionados para la depresión (con síntomas de depresión leve o subumbral)</li> <li>- ECAs con muestras suficientemente grandes para detectar una diferencia de medias estandarizada de 1 y con &gt; 17 participantes por grupo</li> <li>- No restricciones de edad</li> <li>- Los estudios se excluyeron de la revisión si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El tratamiento de autoayuda fue adicional a un antidepresivo o psicoterapia</li> <li>• Existencia de enfermedad médica o mental comórbida con depresión secundaria</li> <li>• Participantes bipolares</li> <li>• Síndrome premenstrual / trastorno disfórico premenstrual, depresión posparto o depresión relacionada con las hormonas (p.e. menopausia)</li> <li>• Síntomas depresivos causados por deficiencia nutricional o condición médica subyacente</li> </ul> </li> </ul>	38 intervenciones (2 ECAs sobre EA)	Ninguno	- Depresión*	No
*Medida de resultado evaluada en los estudios sobre entrenamiento autógeno incluidos en cada RS								
EA = Entrenamiento autógeno; ECAs = Ensayos Controlados Aleatorizados; ECNAs = Ensayos Controlados No Aleatorizados; MA = Metaanálisis; RS = Revisiones sistemáticas; SIGN = Scottish Intercollegiate Guidelines Network								



## Estudios primarios

Tabla 2. Características de los estudios primarios incluidos						
Población clínica						
1- autor (año), país	Población	Muestra	Características de la intervención (EA)	Comparador (GC)	Duración intervención y seguimiento	Medidas de resultado de interés (instrumentos utilizados)
Ajimsha (2014), India	Parkinson	N = 66 aleatorizados Edad media: 61.1 años Mujeres: 48.5%	- EA + Fisioterapia: 5 sesiones grupales semanales de 60 min de EA + 15 min de fisioterapia (40 sesiones en total)	- Fisioterapia: 5 sesiones grupales semanales de 60 min con 5 min de descanso cada 15 min (40 sesiones en total)	8 semanas Seguimiento a las 4 semana	<u>Primaria:</u> - Rendimiento motor (UPDRS)
Asbury (2009), Reino Unido	Síndrome cardíaco X	N = 53 aleatorizados Edad media: 57.1 años Mujeres: 100%	- EA + control diario de síntomas: 1 sesión grupal semanal de 90 min (8 sesiones en total) + folletos después de cada sesión para reforzar la enseñanza y apoyar la práctica en casa	- Tratamiento habitual (control diario de síntomas)	8 semanas Seguimiento a las 8 semanas	<u>Primarias:</u> - Frecuencia síntomas (diario) - Severidad síntomas (escala dolor) <u>Secundarias:</u> - Ansiedad (HADS-A, STAI) - Depresión (HADS-D) - Ansiedad cardíaca (CAQ) - Calidad de vida (QLI) - Ppresión arterial y frecuencia cardíaca
Golding (2015, 2016, 2017), Reino Unido	Ictus	N = 21 aleatorizados Edad media: 65.1 años Mujeres: 45%	- EA: escuchar CD con EA 20 min 5 veces a la semana, durante al menos un mes	- Tratamiento diferido: EA 3 meses después de la intervención	12 semanas Seguimiento a los 12 meses para ansiedad No seguimiento para depresión	<u>Primarias:</u> - Ansiedad (HADS-A) - Depresión (HADS-D)
Jóźwik (2021), Szczepańska-Gieracha (2021), Polonia	Enfermedad coronaria	N = 100 aleatorizados Edad media: 64.7 años Mujeres: 42%	- EA + Rehabilitación cardíaca: 3 sesiones grupales semanales de 90 min de rehabilitación cardíaca + 2 sesiones	- RV + Rehabilitación cardíaca: 3 sesiones semanales de 90 min de rehabilitación cardíaca + 2 sesiones semanales	4 semanas No seguimiento	<u>Primarias:</u> - Ansiedad (HADS-A) - Depresión (HADS-D) <u>Secundarias:</u> - Estrés percibido (PSQ)

			semanales de 20 min de EA (8 sesiones en total)	de 20 min de RV (8 sesiones en total)		
Luciano (2011, 2013), España	Fibromialgia	N = 216 aleatorizados Edad media: 55.3 años Mujeres: 97.7%	- EA: 1 sesión semanal de 120 min (9 sesiones en total: 4 sesiones de EA + 5 sesiones de programa educativo)	- Tratamiento habitual (programa educativo)	8 semanas Seguimiento a los 12 meses	<u>Primarias:</u> - Estado funcional (FIQ): • Puntuación total • Ansiedad • Depresión
Minowa (2014), Japón	Cáncer mama (cirugía)	N = 30 aleatorizados Edad media: 54.48 años Mujeres: 100%	- EA: Leer un folleto informativo y escuchar un CD con EA 3 veces al día durante 7 días en el hogar	- Tratamiento habitual (no intervención)	Después de la operación, 3 días y 7 días después No seguimiento	- Niveles de slgA - Frecuencia cardiaca
Mueller (2012), Suiza	Fumadores	N = 103 aleatorizados Edad media: 44 años Mujeres: 29.1%	- EA: 5 sesiones de 30 minutos durante 2 semanas	- TCC: 5 sesiones de 30 minutos durante 2 semanas	2 semanas Seguimiento a los 6 meses	<u>Primaria:</u> - Cese de consumo (0 cigarrillos fumados y nivel de carbón inferior a 10ppm)
Nolan (2010), Canadá	Hipertensión	N = 65 aleatorizados Edad media: 55.5 años Mujeres: 56.9%	- EA: 4 sesiones semanales + 2 sesiones bisemanales de 60 min + 20 min de práctica en casa	- Entrenamiento conductual neuro-cardíaco (incluye biofeedback): 4 sesiones semanales + 2 sesiones bisemanales de 60 min + 20 min de práctica en casa	8 semanas No seguimiento	<u>Primaria:</u> - Presión sanguínea
Ramírez-García (2020), España	VIH	N = 42 aleatorizados Edad media: 47.3 años Mujeres: 11.9%	- EA: 1 sesión individual de 60 min + práctica en el hogar (6 sesiones en total)	- Relajación muscular progresiva - Tratamiento diferido	12 semanas Seguimiento los 3 meses	<u>Primarias:</u> - Calidad de vida específica (MOS-HIV) - Depresión (PHQ-9)
Rutkowski (2021), Polonia	EPOC	N = 50 aleatorizados Edad media: 66 años Mujeres: 82%	- EA + Rehabilitación pulmonar: 10 sesiones de 15-30 minutos de rehabilitación pulmonar +	- RV + Rehabilitación pulmonar: 10 sesiones de 15-30 minutos de rehabilitación pulmonar +	2 semanas No seguimiento	<u>Primarias:</u> - Ansiedad (HADS-A) - Depresión (HADS-D) - Estrés (PSQ) <u>Secundarias:</u>

			10 sesiones de 20 minutos de EA	10 sesiones de 20 minutos de RV		- Capacidad de ejercicio (6MWT) - Capacidad pulmonar (FEV1)
Stanton (2019), Estados Unidos	Disfunción sexual	N = 78 aleatorizados Edad media: 25.42 años Mujeres: 100%	- EA + Biofeedback: 3 sesiones de laboratorio de 90-50 min + 2-3 sesiones semanales de 20 min en el hogar de biofeedback + 14 min de EA	- Biofeedback: 3 sesiones de laboratorio de 90-50 min + 2-3 sesiones semanales de 20 min en el hogar	28 días Seguimiento al mes	<u>Primarias:</u> - Activación genital - Activación genital subjetiva - Percepción de activación genital
Vidas (2011), Croacia	Mujeres lactantes con ansiedad	N = 100 aleatorizados Rango edad: 19-39 años Mujeres: 100%	- EA: Sesiones grupales cada 2 semanas	- Tratamiento diferido	6 meses No seguimiento	<u>Primarias:</u> - Ansiedad (STAI) - Depresión (EPDS)

#### Población no clínica

1º autor (año), país	Población	Muestra	Características de las sesiones de intervención	Comparador (GC)	Duración intervención y seguimiento	Medidas de resultado de interés (instrumentos utilizados)
Hashim (2011), Malasia	Futbolistas	N = 16 aleatorizados Edad media: 14.1 años Mujeres: N.I.%	- EA: 1 sesión semanal de 30 min (12 sesiones en total)	- Relajación muscular progresiva: 1 sesión semanal de 30 min (12 sesiones en total)	4 semanas No seguimiento	<u>Primaria:</u> - Depresión (POMS)
Kuhlmann (2016), Alemania	Estudiantes de medicina	N = 183 aleatorizados Edad media: 23.39 años Mujeres: 84%	- EA: 1 sesión semanal de 90 min (5 sesiones en total)	- Mindfulness: 1 sesión semanal de 90 minutos (5 sesiones en total) - Tratamiento diferido	5 semanas Seguimiento a los 12 meses	<u>Primarias:</u> - Estrategias de afrontamiento - Estrés (TICS) <u>Secundaria:</u> - Morbilidad psicológica (BSI)
Ortigosa-Márquez (2015), España	Aletas	N = 18 aleatorizados Edad media: 33.83 años Mujeres: 11.1%	- EA: 15 min diarios	- Tratamiento diferido	6 semanas No seguimiento	<u>Primarias:</u> - Ansiedad (CSAI-2) - Volumen Espiratorio en el primer segundo (FEV1)

BSI = Brief Symptom Inventory; CSAI-2 =Competitive Anxiety Inventory-2; EA = Entrenamiento Autógeno; EPDS = Edinburgh postnatal depression scale; EPOC = Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; EVA = Escala Visual Analógica; FEV1 = Volumen Espiratorio en el primer segundo; FIQ = Functional Status Questionnaire; GC = Grupo Control; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MOS-HIV = Medical

Outcomes Survey; PHS: Physical Health Summary; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; POMS = Profile of Mood States; PSS = Perceived stress scale; PSQ = Perception of Stress Questionnaire; QLI = Ferrans and Powers Quality of Life Index; RV = Realidad virtual; sIgA = inmunoglobulina A salival; STAI = Spielberger State-Trait Anxiety Inventory; TCC = Terapia Cognitivo-Conductual; TICS = Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress; UPDRS = subscale of Unified Parkinson's Disease Rating Scale; VIH = virus de la inmunodeficiencia humana; 6MWT = Test de la marcha de 6 minutos;

## Anexo 7. Calidad metodológica de los estudios incluidos

### Revisiones sistemáticas

**Tabla 1. Calidad metodológica de las RS incluidas. Escala AMSTAR-2**

	Chida (2007)	Crawford (2013)	Dickinson (2008)	Kanji (2006)	Kwekkeboom (2006)	Lam (2015)	Manzoni (2008)	Meeus (2015)	Molina-Rueda (2009)	Morgan (2008)	Park (2014)	Seo (2018)	Smith (2018)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

4. ¿ Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí
5. ¿ Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por pares?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
6. ¿ Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por pares?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
7. ¿ Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí
8. ¿ Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí	Sí	Sí	Si	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
9. ¿ Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
10. ¿ Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí

estudios incluidos en la revisión?													
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	N.A.	Sí	N.A.	N.A.	Sí	Sí	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	No	N.A.	No	N.A.	N.A.	No	No	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	Sí
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	No	N.A.	Sí	N.A.	N.A.	Sí	No	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	Sí	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí



## Estudios primarios

Figura 1. Riesgo de sesgo de los estudios primarios incluidos

	Dominio 1: Derivado del proceso de aleatorización	Dominio 2: Debido a desviaciones de las intervenciones previstas	Dominio 3: Datos de resultados faltantes	Dominio 4: En la medición del resultado	Dominio 5: En la selección del resultado reportado	Riesgo de sesgo general
Ajimsha 2014	?	?	+	+	?	-
Asbury 2009	?	?	+	?	?	-
Golding 2015, 2016, 2017	+	?	+	-	?	-
Hashim 2011	?	?	+	?	?	-
Jóźwik 2021	?	?	+	?	+	-
Kuhlmann 2016	?	?	+	-	+	-
Luciano 2011, 2013	+	?	+	?	+	?
Minowa 2014	?	?	+	+	?	-
Mueller 2012	?	?	?	?	+	-
Nolan 2010	+	?	+	+	+	?
Ortigosa-Márquez 2015	?	?	+	-	?	-
Ramírez-García 2020	?	?	+	?	?	-
Rutkowski 2010	+	?	+	?	+	?
Stanton 2019	?	?	+	?	+	?
Vidas 2011	?	?	+	-	?	-

**Tabla 2. Riesgo de sesgo de los estudios primarios incluidos. Escala Cochrane**

Estudio: Ajimsha (2014)		
<b>Study design</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Individually-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Cluster-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Individually randomized cross-over (or other matched) trial	
<b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b>		Rendimiento motor (Unified Parkinson's Disease Rating Scale - UPDRS)
Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.		El análisis de efectos principales simple mostró que el grupo de intervención (entrenamiento autógeno+fisioterapia) se desempeñó mejor que el grupo de control (fisioterapia) en las semanas 8 y 12 (p <0,005).
<b>Is the review team's aim for this result...?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect)	
<input type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)	
<b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Journal article(s) with results of the trial		
Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process		
Signalling questions	Comments	Response options
1.1 Was the allocation sequence random?	Se comenta que hubo aleatorización pero no se describe el método utilizado	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	No se informa si la secuencia de aleatorización se mantuvo oculta	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)		
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención se cree que es poco probable que los participantes estuvieran cegados a su condición	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
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?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information

2.5 If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Los análisis se realizaron sólo con los participantes que completaron el estudio	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No parece que haya habido un impacto sustancial en los resultados debido a la falta de análisis de los participantes en el grupo en que fueron asignados	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 3: Missing outcome data</b>		
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Los datos estuvieron disponible para todos o prácticamente todos los participantes	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No
3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No
3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Dos neurólogos cegados al grupo al que pertenecían los participantes evaluaron y analizaron las puntuaciones de la escala UPDRS antes del tratamiento (línea de base), después del tratamiento (semana 8) y después de 12 semanas (seguimiento)	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns
<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		
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?	El protocolo del estudio no está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2. ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si las medidas y los puntos temporal fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information

5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si los tipos de análisis que utilizaron fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
Overall risk of bias		
Risk-of-bias judgement	Alto riesgo de sesgo	Low / <b>High</b> / Some concerns
<b>Estudio: Asbury (2009)</b>		
<b>Study design</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Individually-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Cluster-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Individually randomized cross-over (or other matched) trial	
<b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b>		
	Medida principal: Frecuencia síntomas (diario) y Severidad síntomas (escala dolor)	
Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.	Las mujeres que se sometieron al entrenamiento autógeno presentaron una mejor frecuencia de los síntomas (8,04 ± 10,08 frente a 1,66 ± 2,19, P = 0,001) en comparación con las mujeres de control y una menor gravedad de los síntomas (2,08 ± 1,03 frente a 1,23 ± 1,36, P = 0,02) y frecuencia (6,11 ± 3,17 vs 1,66 ± 2,19, P = 0,001) post-AT en comparación con la línea de base dentro del grupo.	
<b>Is the review team's aim for this result...?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect)	
<input type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)	
<b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Journal article(s) with results of the trial		
<b>Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process</b>		
<b>Signalling questions</b>	<b>Comments</b>	<b>Response options</b>
1.1 Was the allocation sequence random?	La aleatorización se llevó a cabo por medio de sobres cerrados	<b>Yes</b> / Probably yes / Probably No / No / No information
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	No se informa si la secuencia de aleatorización se mantuvo oculta	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)</b>		
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	El comité de ética local prohibió expresamente el uso del cegamiento grupal debido a cuestiones relacionadas con la obtención del consentimiento plenamente informado	<b>Yes</b> / Probably yes / Probably no / No / No information
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information

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?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.5 If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Los análisis se realizaron sólo con los participantes que completaron el estudio	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No parece que haya habido un impacto sustancial en los resultados debido a la falta de análisis de los participantes en el grupo en que fueron asignados	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / Some concerns
<b>Domain 3: Missing outcome data</b>		
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Hubo un 13% de pérdidas	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	Es posible que el resultado estuviese sesgado porque no se utilizó ningún método de análisis para corregir el sesgo	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No
3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Los motivos de las pérdidas parecen ser independientes a la intervención	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	El comité de ética local prohibió expresamente el uso del cegamiento grupal debido a cuestiones relacionadas con la obtención del consentimiento plenamente informado.	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada, por lo que es posible que los resultados se vean influidos por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	Los grupos tuvieron protocolos similares, por lo que es probable que las diferencias no se deban al conocimiento de la intervención/condición recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / Some concerns
<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		
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?	El protocolo del estudio no está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information

Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2. ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si las medidas y los puntos temporal fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si los tipos de análisis que utilizaron fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
Overall risk of bias		
Risk-of-bias judgement	Alto riesgo de sesgo	Low / <b>High</b> / Some concerns
<b>Estudio: Golding (2015, 2016, 2017)</b>		
<b>Study design</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Individually-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Cluster-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Individually randomized cross-over (or other matched) trial	
<b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b>		Ansiedad y Depresión (HADS)
Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.		No resultados inter-grupos en ansiedad: Las calificaciones de ansiedad se redujeron significativamente entre la pre y la postintervención, y entre la preintervención y el seguimiento de un año ( $\chi^2(2) = 22.29, p < 0.001$ ). En depresión no se identificaron diferencias en las puntuaciones de cambio de depresión entre los grupos de tratamiento y control.
<b>Is the review team's aim for this result...?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect)	
<input type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)	
<b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Journal article(s) with results of the trial	
<b>Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process</b>		
<b>Signalling questions</b>	<b>Comments</b>	<b>Response options</b>
1.1 Was the allocation sequence random?	La aleatorización se llevó a cabo a través de un programa de ordenador	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	El investigador no estaba enmascarado para la asignación de grupos	Yes / Probably yes / Probably No / <b>No</b> / No information
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / Probably yes / <b>Probably No</b> / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> /High / Some concerns
<b>Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)</b>		
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención se cree que es poco probable que los participantes estuvieran cegados a su condición	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information

2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
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?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Los análisis se realizaron sólo con los participantes que completaron el estudio	Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
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?	No parece que haya habido un impacto sustancial en los resultados debido a la falta de análisis de los participantes en el grupo en que fueron asignados	No applicable / Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
Domain 3: Missing outcome data		
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Los datos estuvieron disponible para todos o prácticamente todos los participantes	<b>Yes</b> / Probably yes / Probably No / No / No information
3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No
3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No
3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns
Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome		
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	La medida principal es auto-reportada y parece poco probable que los participantes estuvieran cegados a la asignación	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada, por lo que es posible que los resultados se vean influidos por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	La medida es auto-reportada y la intervención sólo se compara con un grupo de tratamiento diferido, por lo que es probable que los resultados se vean influenciados por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Alto riesgo de sesgo	Low / <b>High</b> / Some concerns
Domain 5: Risk of 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	El protocolo del estudio no está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information

finalized before unblinded outcome data were available for analysis?		
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si las medidas y los puntos temporal fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si los tipos de análisis que utilizaron fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
Overall risk of bias		
Risk-of-bias judgement	Alto riesgo de sesgo	Low / <b>High</b> / Some concerns
<b>Estudio: Hashim (2011)</b>		
<p><b>Study design</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Individually-randomized parallel-group trial <input type="checkbox"/> Cluster-randomized parallel-group trial <input type="checkbox"/> Individually randomized cross-over (or other matched) trial <p><b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b> Medida principal: Estado de ánimo (POMS), subescala depresión</p> <p>Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Los resultados de las comparaciones por pares revelaron diferencias significativas entre las intervenciones previas y posteriores para estas cuatro subescalas, mientras que no se observaron diferencias entre la línea de base y la preintervención. Los resultados no revelaron efectos de interacción significativos en ninguna de las subescalas. Tampoco se encontró un efecto principal significativo. Sin embargo, se encontraron efectos principales significativos sobre las subescalas de confusión, depresión, fatiga y tensión para las sesiones de prueba.</p> </div> <p><b>Is the review team's aim for this result...?</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect) <input type="checkbox"/> to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect) <p><b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Journal article(s) with results of the trial</p>		
<b>Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process</b>		
<b>Signalling questions</b>	<b>Comments</b>	<b>Response options</b>
1.1 Was the allocation sequence random?	Se comenta que hubo aleatorización pero no se describe el método utilizado	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	No se informa si la secuencia de aleatorización se mantuvo oculta	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No se informa si se compararon las características en línea base entre los grupos	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)</b>		



2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	No hay suficiente información para conocer si los participantes fueron conscientes del grupo al que habían sido asignados	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.6. Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Los análisis se realizaron con todos los participantes elegibles después de la aleatorización	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 3: Missing outcome data</b>		
3.1. Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Los datos estuvieron disponible para todos o prácticamente todos los participantes	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.2. If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.3. If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.4. If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
4.1. Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.2. Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.3. If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	La medida principal es auto-reportada y parece poco probable que los participantes estuvieran cegados a la asignación	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.4. If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada, por lo que es posible que los resultados se vean influidos por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.5. If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	Los grupos tuvieron protocolos similares, por lo que es probable que las diferencias no se deban al conocimiento de la intervención/condición recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		

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?	El protocolo del estudio no está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos	Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si las medidas y los puntos temporal fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si los tipos de análisis que utilizaron fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Overall risk of bias</b>		
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Alto riesgo de sesgo	Low / <b>High</b> / Some concerns
<b>Estudio: Jóźwik (2021), Szczepańska-Gieracha (2021)</b>		
<b>Study design</b> <input checked="" type="checkbox"/> Individually-randomized parallel-group trial <input type="checkbox"/> Cluster-randomized parallel-group trial <input type="checkbox"/> Individually randomized cross-over (or other matched) trial  <b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b>  Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> Sintomas de ansiedad y depresión   Todos los resultados obtenidos difirieron significativamente entre los grupos (tabla 3). </div>		
<b>Is the review team's aim for this result...?</b> <input checked="" type="checkbox"/> to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect) <input type="checkbox"/> to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)		
<b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b>  <input type="checkbox"/> Journal article(s) with results of the trial		
<b>Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process</b>		
<b>Signalling questions</b>	<b>Comments</b>	<b>Response options</b>
1.1 Was the allocation sequence random?	Se comenta que hubo aleatorización pero no se describe el método utilizado	Yes / Probably yes / Probably No / No / <b>No information</b>
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	No se informa si la secuencia de aleatorización se mantuvo oculta	Yes / Probably yes / Probably No / No / <b>No information</b>
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / Probably yes / Probably No / No / <b>No information</b>
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)</b>		

2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención se cree que es poco probable que los participantes estuvieran cegados a su condición	Yes / <u>Probably yes</u> / Probably no / No / No information
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / <u>Probably yes</u> / Probably no / No / No information
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?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / <u>Probably yes</u> / Probably no / No / No information
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	No applicable / Yes / <u>Probably yes</u> / Probably no / No / No information
2.5 If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / <u>Probably yes</u> / Probably no / No / No information
2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Los análisis se realizaron sólo con los participantes que completaron el estudio	Yes / <u>Probably yes</u> / <u>Probably no</u> / No / No information
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?	No parece que haya habido un impacto sustancial en los resultados debido a la falta de análisis de los participantes en el grupo en que fueron asignados	No applicable / Yes / <u>Probably yes</u> / <u>Probably no</u> / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <u>Some concerns</u>
<b>Domain 3: Missing outcome data</b>		
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Hubo un 23% de pérdidas	Yes / <u>Probably yes</u> / <u>Probably No</u> / No / No Information
3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	Es posible que el resultado estuviese sesgado porque no se utilizó ningún método de análisis para corregir el sesgo	No applicable / Yes / <u>Probably yes</u> / <u>Probably no</u> / No
3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Los motivos de las pérdidas parecen ser independientes a la intervención	No applicable / Yes / <u>Probably yes</u> / <u>Probably no</u> / No / No information
3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / <u>Probably yes</u> / <u>Probably no</u> / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	<u>Low</u> / High / Some concerns
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / <u>Probably yes</u> / <u>Probably no</u> / No / No information
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / <u>Probably yes</u> / <u>Probably no</u> / No / No information
4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	La evaluación de resultados fue realizada por un evaluador de resultados cegado. Sin embargo, la medida principal es auto-reportada y parece poco probable que los participantes estuvieran cegados a la asignación	No applicable / Yes / <u>Probably yes</u> / <u>Probably no</u> / No / No information
4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada, por lo que es posible que los resultados se vean influidos por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / <u>Probably yes</u> / <u>Probably no</u> / No / No information
4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	El grupo de comparación fue un control activo, por lo que es probable que los resultados no se vean influenciados por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / <u>Probably yes</u> / <u>Probably no</u> / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <u>Some concerns</u>
<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		

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?	El protocolo del estudio está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos (NCT04313777)	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	Parece que se realizaron análisis de comparaciones entre grupos con los mismos instrumentos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	Parece que los resultados se analizaron atendiendo al plan de análisis previo al inicio del estudio	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
Overall risk of bias		
Risk-of-bias judgement	Alto riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
<b>Estudio: Kuhlmann (2016)</b>		
<p><b>Study design</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Individually-randomized parallel-group trial</p> <p><input type="checkbox"/> Cluster-randomized parallel-group trial</p> <p><input type="checkbox"/> Individually randomized cross-over (or other matched) trial</p> <p><b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b> Medida principal: Estrategias de afrontamiento y Estrés</p> <p>Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Los MANCOVA en TICS y Brief COPE no revelaron efectos de interacción significativos. En el BSI, se hizo evidente un efecto de interacción general significativo (<math>p = .002</math>, <math>\eta^2_{\text{partial}} = .382</math>), pero los análisis post hoc no fueron significativos. Las medias del Índice de gravedad global (BSI) indicaron que MediMind puede contribuir a una disminución de la morbilidad psicológica.</p> </div> <p><b>Is the review team's aim for this result...?</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect)</p> <p><input type="checkbox"/> to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)</p> <p><b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b></p> <p>X Journal article(s) with results of the trial</p>		
<b>Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process</b>		
<b>Signalling questions</b>	<b>Comments</b>	<b>Response options</b>
1.1 Was the allocation sequence random?	Se comenta que hubo aleatorización pero no se describe el método utilizado	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	No se informa si la secuencia de aleatorización se mantuvo oculta	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / Some concerns

<b>Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)</b>		
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención se cree que es poco probable que los participantes estuvieran cegados a su condición	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
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?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Los análisis se realizaron con todos los participantes elegibles después de la aleatorización	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
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?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 3: Missing outcome data</b>		
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Los datos estuvieron disponible para todos o prácticamente todos los participantes	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	La medida principal es auto-reportada y parece poco probable que los participantes estuvieran cegados a la asignación	No applicable / Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada, por lo que es posible que los resultados se vean influidos por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada y la intervención sólo se compara con un grupo de tratamiento diferido, por lo que es probable que los resultados se vean influenciados por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Alto riesgo de sesgo	Low / <b>High</b> / Some concerns
<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		

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?	El protocolo del estudio está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos (DRKS00005354)	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	Parece que se realizaron análisis de comparaciones entre grupos con los mismos instrumentos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	Parece que los resultados se analizaron atendiendo al plan de análisis previo al inicio del estudio	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
Overall risk of bias		
Risk-of-bias judgement	Alto riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
<b>Estudio: Luciano (2011, 2013)</b>		
<p><b>Study design</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Individually-randomized parallel-group trial</p> <p><input type="checkbox"/> Cluster-randomized parallel-group trial</p> <p><input type="checkbox"/> Individually randomized cross-over (or other matched) trial</p> <p><b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b> Medida principal: Estado funcional (FIQ)</p> <p>Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Los análisis por intención de tratar mostraron diferencias significativas entre los grupos en el postratamiento: el grupo de intervención mejoró en el deterioro físico, los días sin sentirse bien, el dolor, la fatiga general, la fatiga matutina, la rigidez, la ansiedad y la depresión (tamaño del efecto medio en la mayoría de los casos). El análisis de sensibilidad sugirió que la intervención fue rentable incluso imputando todos los datos faltantes.</p> </div> <p><b>Is the review team's aim for this result...?</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect)</p> <p><input type="checkbox"/> to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)</p> <p><b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b></p> <p>X Journal article(s) with results of the trial</p>		
<b>Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process</b>		
<b>Signalling questions</b>	<b>Comments</b>	<b>Response options</b>
1.1 Was the allocation sequence random?	La aleatorización se llevó a cabo mediante un programa de ordenador	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	La secuencia de aleatorización se mantuvo oculta	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns

<b>Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)</b>		
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	No hay suficiente información para conocer si los participantes fueron conscientes del grupo al que habían sido asignados	Yes / Probably yes / Probably No / No / <b>No information</b>
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
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?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.5 If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Se llevó a cabo un análisis por intención de tratar	<b>Yes</b> / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No aplica	<b>No applicable</b> / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 3: Missing outcome data</b>		
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Hubo un 12.5% de pérdidas	Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	Se utilizó un método apropiado para corregir el sesgo	No applicable / <b>Yes</b> / Probably yes / Probably no / No / No information
3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	La medida principal es auto-reportada y parece poco probable que los participantes estuvieran cegados a la asignación	No applicable / Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada, por lo que es posible que los resultados se vean influidos por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	Los grupos tuvieron protocolos similares, por lo que es probable que las diferencias no se deban al conocimiento de la intervención/condición recibida	No applicable / Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		

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?	El protocolo del estudio está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos (NCT00550966)	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	Parece que se realizaron análisis de comparaciones entre grupos con los mismos instrumentos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	Parece que los resultados se analizaron atendiendo al plan de análisis previo al inicio del estudio	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
Overall risk of bias		
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / Some concerns
<b>Estudio: Minowa (2014)</b>		
<p><b>Study design</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Individually-randomized parallel-group trial <input type="checkbox"/> Cluster-randomized parallel-group trial <input type="checkbox"/> Individually randomized cross-over (or other matched) trial <p><b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b></p> <p>Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.</p> <p>Los niveles de inmunoglobulina A salival (IgA) fueron significativamente más altos en el séptimo día postoperatorio en el grupo de AT en comparación con el grupo de control (p = 0,049).</p> <p><b>Is the review team's aim for this result...?</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect) <input type="checkbox"/> to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect) <p><b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Journal article(s) with results of the trial		
<b>Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process</b>		
<b>Signalling questions</b>	<b>Comments</b>	<b>Response options</b>
1.1 Was the allocation sequence random?	La aleatorización se llevó a cabo a través de un programa de ordenador	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	No se informa si la secuencia de aleatorización se mantuvo oculta	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / Some concerns
<b>Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)</b>		



2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	No hay suficiente información para conocer si los participantes fueron conscientes del grupo al que habían sido asignados	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	No hay suficiente información para valorar este dominio dadas las características de la intervención (CD)	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.6. Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Los análisis se realizaron con todos los participantes elegibles después de la aleatorización	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 3: Missing outcome data</b>		
3.1. Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Los datos estuvieron disponible para todos o prácticamente todos los participantes	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
3.2. If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.3. If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.4. If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
4.1. Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.2. Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.3. If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	No se informa sobre el cegamiento de los evaluadores	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.4. If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es objetiva y parece poco probable que los participantes/evaluador pueda influir en los resultados	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.5. If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns
<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		

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?	El protocolo del estudio no está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si las medidas y los puntos temporal fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si los tipos de análisis que utilizaron fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Overall risk of bias</b>		
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Alto riesgo de sesgo	Low / <b>High</b> / Some concerns
<b>Estudio: Mueller (2012)</b>		
<b>Study design</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Individually-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Cluster-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Individually randomized cross-over (or other matched) trial	
<b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b>		
	Cese del consumo	
Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.		Después de la intervención, 6 pacientes (5,8%) alcanzaron el estatus libre de humo, sin ninguna diferencia de grupo (EG: n = 4 (7,5%) vs. GC: n = 2 (4%)). Los seis pacientes eran varones y su nivel de monóxido de carbono era en promedio de 2.5 ppm, lo que corrobora la abstinencia de fumar.
<b>Is the review team's aim for this result...?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect)	
<input type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)	
<b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Journal article(s) with results of the trial		
<b>Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process</b>		
<b>Signalling questions</b>	<b>Comments</b>	<b>Response options</b>
1.1 Was the allocation sequence random?	Se comenta que hubo aleatorización pero no se describe el método utilizado	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	No se informa si la secuencia de aleatorización se mantuvo oculta	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>

<b>Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)</b>		
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención se cree que es poco probable que los participantes estuvieran cegados a su condición	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.6. Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Los análisis se realizaron sólo con los participantes que completaron el estudio	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No parece que haya habido un impacto sustancial en los resultados debido a la falta de análisis de los participantes en el grupo en que fueron asignados	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 3: Missing outcome data</b>		
3.1. Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Hubo un 15.5% de pérdidas.	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
3.2. If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	Es posible que el resultado estuviese sesgado porque no se utilizó ningún método de análisis para corregir el sesgo	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No
3.3. If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Algunos motivos de pérdidas no quedan suficientemente documentados	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.4. If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	Las pérdidas son similares entre los diferentes grupos, por lo que es posible que no estén relacionadas con la intervención en sí misma pese a que no estén suficientemente documentadas	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
4.1. Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.2. Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.3. If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	La medida principal es auto-reportada y parece poco probable que los participantes estuvieran cegados a la asignación	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.4. If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada, por lo que es posible que los resultados se vean influidos por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.5. If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	El grupo de comparación fue un control activo, por lo que es probable que los resultados no se vean influenciados por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>

<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		
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?	El protocolo del estudio está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos (NCT00963482)	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	Parece que se realizaron análisis de comparaciones entre grupos con los mismos instrumentos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	Parece que los resultados se analizaron atendiendo al plan de análisis previo al inicio del estudio	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
Overall risk of bias		
Risk-of-bias judgement	Alto riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
<b>Estudio: Nolan (2010)</b>		
<b>Study design</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Individually-randomized parallel-group trial <input type="checkbox"/> Cluster-randomized parallel-group trial <input type="checkbox"/> Individually randomized cross-over (or other matched) trial		
<b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b>		
		Presión sanguínea (sistólica y diastólica)
Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.		El entrenamiento conductual redujo la presión arterial sistólica diurna y de 24 horas (2,40,9 mmHg, p=0,009 y 2,10,9 mmHg, p=0,03, respectivamente). No se observó ningún efecto para el entrenamiento autógeno (p>0,10 para todos los índices).
<b>Is the review team's aim for this result...?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect) <input type="checkbox"/> to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)		
<b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b>		
X Journal article(s) with results of the trial		
<b>Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process</b>		
<b>Signalling questions</b>	<b>Comments</b>	<b>Response options</b>
1.1 Was the allocation sequence random?	La aleatorización se llevó a cabo mediante un programa de ordenador	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	La secuencia de aleatorización se mantuvo oculta	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information

<b>Risk-of-bias judgement</b>	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
<b>Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)</b>		
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención se cree que es poco probable que los participantes estuvieran cegados a su condición	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.6. Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Los análisis se realizaron con todos los participantes elegibles después de la aleatorización	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / Some concerns
<b>Domain 3: Missing outcome data</b>		
3.1. Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Los datos estuvieron disponible para todos o prácticamente todos los participantes	Yes / Probably yes / Probably No / No / No Information
3.2. If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No
3.3. If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.4. If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
4.1. Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.2. Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.3. If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	No se informa sobre el cegamiento de los evaluadores	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.4. If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es objetiva y parece poco probable que el evaluador evaluador pueda influir en los resultados	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.5. If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns

<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		
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?	El protocolo del estudio está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos (NCT00811811)	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	Parece que se realizaron análisis de comparaciones entre grupos con los mismos instrumentos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	Parece que los resultados se analizaron atendiendo al plan de análisis previo al inicio del estudio	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
Overall risk of bias		
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / Some concerns
<b>Estudio: Ortigosa-Márquez (2015)</b>		
<b>Study design</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Individually-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Cluster-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Individually randomized cross-over (or other matched) trial	
<b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b>		Medida principal: capacidad pulmonar, ansiedad competitiva y vitalidad subjetiva
Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.		Se observó una mejora significativa (p = 0,001) de Vitalidad Subjetiva y Ansiedad Competitiva (dimensión de autoconfianza); sin embargo, el resto de las variables en estudio no se vieron afectadas.
<b>Is the review team's aim for this result...?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect)	
<input type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)	
<b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b>		
X Journal article(s) with results of the trial		
<b>Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process</b>		
<b>Signalling questions</b>		<b>Comments</b>
<b>1.1 Was the allocation sequence random?</b>		Se comenta que hubo aleatorización pero no se describe el método utilizado
<b>1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?</b>		No se informa si la secuencia de aleatorización se mantuvo oculta
<b>1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?</b>		No se informa si se compararon las características en línea base entre los grupos
		<b>Response options</b>
		Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
		Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
		Yes / Probably yes / Probably No / No / No information

<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)</b>		
<b>2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?</b>	Dadas las características de la intervención se cree que es poco probable que los participantes estuvieran cegados a su condición	<b>Yes</b> / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?</b>	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
<b>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?</b>	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
<b>2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?</b>	No aplica	<b>No applicable</b> / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>2.5 If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?</b>	No aplica	<b>No applicable</b> / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?</b>	Los análisis se realizaron con todos los participantes elegibles después de la aleatorización	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
<b>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?</b>	No aplica	<b>No applicable</b> / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 3: Missing outcome data</b>		
<b>3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?</b>	Los datos estuvieron disponible para todos o prácticamente todos los participantes	<b>Yes</b> / Probably yes / Probably No / No / No Information
<b>3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?</b>	No aplica	<b>No applicable</b> / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?</b>	No aplica	<b>No applicable</b> / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?</b>	No aplica	<b>No applicable</b> / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
<b>4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?</b>	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
<b>4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?</b>	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
<b>4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?</b>	La medida principal es auto-reportada y parece poco probable que los participantes estuvieran cegados a la asignación	No applicable / <b>Yes</b> / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?</b>	La medida principal es auto-reportada, por lo que es posible que los resultados	No applicable / Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information

	se vean influidos por el conocimiento de la intervención recibida	
<b>4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?</b>	La medida principal es auto-reportada y la intervención sólo se compara con un grupo de tratamiento fierido, por lo que es probable que los resultados se vean influenciados por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Alto riesgo de sesgo	Low / <b>High</b> / Some concerns
<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		
<b>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?</b>	El protocolo del estudio no está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos	Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
<b>Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...</b>		
<b>5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?</b>	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si las medidas y los puntos temporal fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
<b>5.3 ... multiple eligible analyses of the data?</b>	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si los tipos de análisis que utilizaron fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / <b>Some concerns</b>
<b>Overall risk of bias</b>		
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Alto riesgo de sesgo	Low / <b>High</b> / Some concerns
<b>Estudio: Ramírez-García (2020)</b>		
<b>Study design</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Individually-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Cluster-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Individually randomized cross-over (or other matched) trial	
<b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b>		Medida principal: Calidad de vida específica y depresión
Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.		Los participantes informaron un mejor manejo de las emociones y mejoras en los síntomas depresivos y la calidad de vida pero el análisis ANCOVA no mostró efectos significativos para las intervenciones.
<b>Is the review team's aim for this result...?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect)	
<input type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)	



Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)		
X Journal article(s) with results of the trial		
Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process		
Signalling questions	Comments	Response options
1.1 Was the allocation sequence random?	La aleatorización se llevó a cabo por medio de sobres cerrados	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	No se informa si la secuencia de aleatorización se mantuvo oculta	Yes / Probably yes / Probably No / No / <b>No information</b>
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / Probably yes / <b>Probably No</b> / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)		
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	La medida principal es auto-reportada y parece poco probable que los participantes estuvieran cegados a la asignación	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
2.3. <b>If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2:</b> Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
2.4. <b>If Y/PY to 2.3:</b> Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	<b>No applicable</b> / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.5 <b>If Y/PY/NI to 2.4:</b> Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	<b>No applicable</b> / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Se llevó a cabo un análisis por intención de tratar	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.7 <b>If N/PN/NI to 2.6:</b> Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	No aplica	<b>No applicable</b> / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
Domain 3: Missing outcome data		
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Hubo un 28.6% de pérdidas	Yes / Probably yes / Probably No / <b>No</b> / No Information
3.2 <b>If N/PN/NI to 3.1:</b> Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	Es posible que el resultado estuviese sesgado porque no se utilizó ningún método de análisis para corregir el sesgo	No applicable / Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No

3.3 <b>If N/PN to 3.2:</b> Could missingness in the outcome depend on its true value?	Los motivos de las pérdidas parecen ser independientes a la intervención	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.4 <b>If Y/PY/NI to 3.3:</b> Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.3 <b>If N/PN/NI to 4.1 and 4.2:</b> Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	La medida principal es auto-reportada y parece poco probable que los participantes estuvieran cegados a la asignación	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.4 <b>If Y/PY/NI to 4.3:</b> Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada, por lo que es posible que los resultados se vean influidos por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.5 <b>If Y/PY/NI to 4.4:</b> Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	Los grupos tuvieron protocolos similares, por lo que es probable que las diferencias no se deban al conocimiento de la intervención/condición recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / Some concerns
<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		
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?	El protocolo del estudio no está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si las medidas y los puntos temporal fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si los tipos de análisis que utilizaron fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / Some concerns
<b>Overall risk of bias</b>		
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Alto riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns

Estudio: Rutkowski (2010)		
<b>Study design</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Individually-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Cluster-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Individually randomized cross-over (or other matched) trial	
<b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b>		Medidas principales: Ansiedad, depresión y estrés.
Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.		El análisis de los resultados mostró una reducción en los niveles de estrés solo en el grupo control (rehabilitación pulmonar + realidad virtual) ( $p < 0,0069$ ), con un tamaño de efecto medio ( $d = 0,353$ ). Los síntomas de depresión ( $p < 0,001$ , $d = 0,836$ ) y ansiedad ( $p < 0,0009$ , $d = 0,631$ ) se redujeron de forma estadísticamente significativa solo en el grupo control (rehabilitación pulmonar + realidad virtual), con un fuerte tamaño del efecto.
<b>Is the review team's aim for this result...?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect)	
<input type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)	
<b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Journal article(s) with results of the trial		
<b>Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process</b>		
<b>Signalling questions</b>	<b>Comments</b>	<b>Response options</b>
1.1 Was the allocation sequence random?	La aleatorización se llevó a cabo mediante un programa informático.	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably No / No / No information
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	La secuencia se mantuvo oculta en sobres sellados.	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably No / No / No information
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / <b>Probably yes</b> / <b>Probably No</b> / No / No information
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns
<b>Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)</b>		
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención se cree que es poco probable que los participantes estuvieran cegados a su condición	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
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?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / <b>No information</b>
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	No applicable / Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
2.5 If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information

2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Los análisis se realizaron con todos los participantes elegibles después de la aleatorización	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / <b>Some concerns</b>
Domain 3: Missing outcome data		
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Los datos estuvieron disponible para todos o prácticamente todos los participantes	Yes / Probably yes / Probably No / No / No Information
3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No
3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome		
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	La medida principal es auto-reportada y parece poco probable que los participantes estuvieran cegados a la asignación	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada, por lo que es posible que los resultados se vean influidos por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	El grupo de comparación fue un control activo, por lo que es probable que los resultados no se vean influenciados por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / <b>Some concerns</b>
Domain 5: Risk of 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?	El protocolo del estudio está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos (NCT04601545)	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	Parece que se realizaron análisis de comparaciones entre grupos con los mismos instrumentos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	Parece que los resultados se analizaron atendiendo al plan de análisis previo al inicio del estudio	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns
Overall risk of bias		
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / <b>Some concerns</b>
Estudio: Stanton (2019)		

**Study design**

- Individually-randomized parallel-group trial  
 Cluster-randomized parallel-group trial  
 Individually randomized cross-over (or other matched) trial

Specify which outcome is being assessed for risk of bias:

Medida principal: Activación genital, activación genital subjetiva y percepción de activación genital

Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.

No se reportan diferencias significativas entre los dos grupos de intervención en activación genital, activación genital subjetiva y percepción de activación genital, sin que se reporten diferencias significativas entre los dos grupos de intervención

Is the review team's aim for this result...?

- to assess the effect of *assignment to intervention* (the 'intention-to-treat' effect)  
 to assess the effect of *adhering to intervention* (the 'per-protocol' effect)

Which of the following sources were obtained to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)

- Journal article(s) with results of the trial

Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process		
Signalling questions	Comments	Response options
1.1 Was the allocation sequence random?	Se comenta que hubo aleatorización pero no se describe el método utilizado	Yes / Probably yes / Probably No / No / <b>No information</b>
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	No se informa si la secuencia de aleatorización se mantuvo oculta	Yes / Probably yes / Probably No / No / <b>No information</b>
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)		
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	No hay suficiente información para conocer si los participantes fueron conscientes del grupo al que habían sido asignados	Yes / Probably yes / Probably No / No / <b>No information</b>
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
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?	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information

2.5 If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Se llevó a cabo un análisis por intención de tratar	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 3: Missing outcome data</b>		
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Hubo un 11.5% de pérdidas	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	Se utilizó un método apropiado para corregir el sesgo	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	La medida principal es auto-reportada y parece poco probable que los participantes estuvieran cegados a la asignación	No applicable / <b>Yes</b> / Probably yes / Probably no / No / No information
4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada, por lo que es posible que los resultados se vean influidos por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	Los grupos tuvieron protocolos similares, por lo que es probable que las diferencias no se deban al conocimiento de la intervención/condición recibida	No applicable / Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		
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?	El protocolo del estudio está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos (NCT02958176)	<b>Yes</b> / Probably yes / Probably no / No / No information
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	Parece que se realizaron análisis de comparaciones entre grupos con los mismos instrumentos	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	Parece que los resultados se analizaron atendiendo al plan de análisis previo al inicio del estudio	Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns

<b>Overall risk of bias</b>		
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Estudio: Vidas (2011)</b>		
<b>Study design</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Individually-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Cluster-randomized parallel-group trial	
<input type="checkbox"/>	Individually randomized cross-over (or other matched) trial	
<b>Specify which outcome is being assessed for risk of bias:</b>		
	Medida principal: Ansiedad (STAI) y Depresión (EPDS)	
Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Los resultados al final del estudio indican una diferencia estadísticamente significativa a un nivel de significancia del 5% entre la media aritmética del grupo experimental y de control para la escala STAI. Los resultados obtenidos al final del estudio indican una diferencia estadísticamente significativa a un nivel de significancia del 5% entre la media aritmética de los grupos de prueba y control (<math>X1 - X2 = 6.12</math>, <math>SX1 - X2 = 0.528</math>, <math>t = 11.590</math>, <math>p &lt; 0,05</math>) en el EPDS.</p> </div>		
<b>Is the review team's aim for this result...?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect)	
<input type="checkbox"/>	to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)	
<b>Which of the following sources were <u>obtained</u> to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Journal article(s) with results of the trial		
<b>Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process</b>		
<b>Signalling questions</b>	<b>Comments</b>	<b>Response options</b>
<b>1.1 Was the allocation sequence random?</b>	Se comenta que hubo aleatorización pero no se describe el método utilizado	Yes / Probably yes / Probably No / No / <b>No information</b>
<b>1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?</b>	No se informa si la secuencia de aleatorización se mantuvo oculta	Yes / Probably yes / Probably No / No / <b>No information</b>
<b>1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?</b>	No parece haber diferencias aparentes entre los grupos en línea base	Yes / Probably yes / Probably No / No / <b>No information</b>
<b>Risk-of-bias judgement</b>	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (effect of assignment to intervention)</b>		
<b>2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?</b>	Dadas las características de la intervención se cree que es poco probable que los participantes estuvieran cegados a su condición	Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
<b>2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?</b>	Dadas las características de la intervención los instructores no pudieron estar cegados a su condición	Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
<b>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?</b>	No se informa con suficiente detalle de si hubo cambios en la intervención prevista debidos al contexto experimental	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
<b>2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?</b>	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>

2.5 If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Los análisis se realizaron con todos los participantes elegibles después de la aleatorización	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
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?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low / High / <b>Some concerns</b>
<b>Domain 3: Missing outcome data</b>		
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Los datos estuvieron disponible para todos o prácticamente todos los participantes	Yes / Probably yes / Probably No / No / No information
3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	No aplica	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Bajo riesgo de sesgo	<b>Low</b> / High / Some concerns
<b>Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome</b>		
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	El método para medir los resultados parece haber sido el apropiado	Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	El método para medir los resultados parece haber sido comparable en todos los grupos	Yes / Probably yes / <b>Probably no</b> / No / No information
4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	La medida principal es auto-reportada y parece poco probable que los participantes estuvieran cegados a la asignación	No applicable / Yes / Probably yes / Probably no / No / No information
4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada, por lo que es posible que los resultados se vean influidos por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	La medida principal es auto-reportada y la intervención sólo se compara con un grupo de tratamiento diferido, por lo que es probable que los resultados se vean influenciados por el conocimiento de la intervención recibida	No applicable / Yes / <b>Probably yes</b> / Probably no / No / No information
Risk-of-bias judgement	Alto riesgo de sesgo	Low / <b>High</b> / Some concerns
<b>Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result</b>		
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?	El protocolo del estudio no está disponible para contrastar si se llevaron a cabo los análisis previstos	Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si las medidas y los puntos temporal fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	El protocolo del estudio no está disponible, por tanto, no se puede comparar si los tipos de análisis que utilizaron fueron acordes con lo planeado	Yes / Probably yes / Probably no / No / <b>No information</b>



Risk-of-bias judgement	Riesgo de sesgo incierto	Low /High / Some concerns
Overall risk of bias		
Risk-of-bias judgement	Alto riesgo de sesgo	Low / High / Some concerns

## Anexo 8. Resultados de los estudios incluidos

### Revisiones sistemáticas

<b>Tabla 1. Resultados de efectividad de los estudios incluidos en las RS seleccionadas</b>			
<b>Medida de resultado de interés: CEFALEAS</b>			
<b>Revisión Sistemática</b>	<b>Población</b>	<b>Comparador</b>	<b>Resultados de los ECAs incluidos en la RS que cumplen criterios para este informe</b>
Kanji et al. (2006) (5 estudios)	Cefaleas tensionales	Biofeedback (1 estudio)	• Biofeedback fue superior al entrenamiento autógeno
		Hipnosis (4 estudios)	• No diferencias significativas entre intervenciones
		Tratamiento diferido (1 estudio)	• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno
Seo et al. (2018) (1 estudio)	Cefaleas tensionales	Tratamiento diferido (1 estudio)	• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno
<b>Medida de resultado de interés: DOLOR</b>			
<b>Revisión Sistemática</b>	<b>Población</b>	<b>Comparador</b>	<b>Resultados de los ECAs incluidos en la RS que cumplen criterios para este informe</b>
Kwekkeboom et al. (2006) (2 estudios)	Síndrome de distrofia simpática refleja	Atención habitual (1 estudio)	• No diferencias significativas
	Dolor postquirúrgico	Atención habitual (1 estudio)	• No diferencias significativas
Smith et al. (2018) (1 estudio)	Dolor en el parto	Técnicas de respiración (1 estudio)	• No diferencias significativas
Meeus et al. (2015) (1 estudio)	Fibromialgia	Terapia integrada grupal (1 estudio)	• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno en postratamiento • Significativamente favorable a la terapia en seguimiento
<b>Medida de resultado de interés: síntomas clínicos dermatitis atópica (eczema, picazón...)</b>			
<b>Revisión Sistemática</b>	<b>Población</b>	<b>Comparador</b>	<b>Resultados de los ECAs incluidos en la RS que cumplen criterios para este informe</b>
Chida et al. (2007) (1 estudio)	Dermatitis atópica	Intervención educativa (1 estudio)	• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno

<b>Medida de resultado de interés: SÍNTOMAS CLÍNICOS ESCLEROSIS MÚLTIPLE (fatiga, calidad de vida, limitaciones físicas, problemas emocionales...)</b>			
<b>Revisión Sistemática</b>	<b>Población</b>	<b>Comparador</b>	<b>Resultados de los ECAs incluidos en la RS que cumplen criterios para este informe</b>
Molina-rueda et al. (2009) (1 estudio)	Esclerosis múltiple	No intervención (1 estudio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno en percepción de más energía, menos limitaciones secundarias a síntomas físicos y menos problemas emocionales</li> <li>• No diferencias significativas en fatiga, calidad de vida, dolor, función sexual, función social, bienestar emocional, estrés relacionado con la salud, percepción de salud, salud física o función cognitiva</li> </ul>
<b>Medida de resultado de interés: SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (aparición y severidad)</b>			
<b>Revisión Sistemática</b>	<b>Población</b>	<b>Comparador</b>	<b>Resultados de los ECAs incluidos en la RS que cumplen criterios para este informe</b>
Park et al. (2014) (1 estudio)	Síndrome del intestino irritable	Terapia dietética (1 estudio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno para disminuir aparición de síntomas</li> <li>• No diferencias significativas en severidad síntomas</li> </ul>
<b>Medida de resultado de interés: HIPERTENSIÓN</b>			
<b>Revisión Sistemática</b>	<b>Población</b>	<b>Comparador</b>	<b>Resultados de los ECAs incluidos en la RS que cumplen criterios para este informe</b>
Dickinson et al. (2008) (1 estudio)	Hipertensión	No intervención (1 estudio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno</li> </ul>
<b>Medida de resultado de interés: LATENCIA DE SUEÑO</b>			
<b>Revisión Sistemática</b>	<b>Población</b>	<b>Comparador</b>	<b>Resultados de los ECAs incluidos en la RS que cumplen criterios para este informe</b>
Lam et al. (2015) (1 estudio)	Insomnio	Relajación muscular progresiva (1 estudio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno</li> </ul>
		Tratamiento diferido (mismo estudio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno</li> </ul>
		Placebo (mismo estudio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No diferencias significativas</li> </ul>
<b>Medida de resultado de interés: ANSIEDAD</b>			
<b>Revisión Sistemática</b>	<b>Población</b>	<b>Comparador</b>	<b>Resultados de los ECAs incluidos en la RS que cumplen criterios para este informe</b>
Crawford et al. (2013) (3 estudios)	Cefalea tensional	Hipnosis (1 estudio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno</li> </ul>

	Infarto agudo de miocardio o cirugía de bypass coronario	Tratamiento diferido (1 estudio)	• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno
	Estudiantes de enfermería	Tratamiento diferido (1 estudio)	• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno
Manzoni et al. (2008) (1 estudio)	Pacientes sometidos a angioplastia coronaria	No intervención (1 estudio)	• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno
Park et al. (2014) (1 estudio)	Síndrome del intestino irritable	Terapia dietética (1 estudio)	• No diferencias significativas
<b>Medida de resultado de interés: DEPRESIÓN</b>			
<b>Revisión Sistemática</b>	<b>Población</b>	<b>Comparador</b>	<b>Resultados de los ECAs incluidos en la RS que cumplen criterios para este informe</b>
Morgan et al. (2008) (2 estudios)	Depresión	Psicoterapia de grupo (1 estudio)	• Psicoterapia de grupo más efectiva
		Tratamiento diferido (mismo estudio)	• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno
	Depresión no clínica	Tratamiento diferido (1 estudio)	• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno
Chida et al (2007) (1 estudio)	Dermatitis atópica	Intervención educativa estructurada (1 estudio)	• No diferencias significativas
Molina-rueda et al. (2009) (1 estudio)	Esclerosis múltiple	No intervención (1 estudio)	• Significativamente favorable al entrenamiento autógeno

## Estudios primarios

Tabla 2. Resultados de efectividad de los estudios incluidos														
Población clínica														
1º autor (año), país	Condición de salud y tamaño muestral	Síntomas clínicos	Ansiedad	Calidad de vida	Capacidad funcional	Capacidad pulmonar	Consumo de sustancias	Depresión	Estado funcional	Estrés	Rendimiento motor	Presión sanguínea y/o frecuencia	Psicopatología	Respuesta inmune
Ajimsha (2014)	Parkinson (n = 66)										⊕UPDRS			
Asbury (2009)	Síndrome cardíaco X (n = 53)	⊖Frecuencia y severidad	⊖HADS-A *CAQ	*QLI				⊖HADS-D				*Presión arterial		
Golding (2015, 2016, 2017)	Ictus (n = 21)		⊖HADS-A					⊖HADS-D						
Hashim (2011)	Futbolistas (n = 19)							⊖POMS						
Jóźwik (2021) Szczepeńska-Gieracha (2021)	Enfermedad coronaria (n = 100)		⊖HADS-A					⊖HADS-D		⊖PSQ				
Kuhlmann (2016)	Estudiantes de medicina (n = 183)									⊖TICS <sup>a</sup> ⊖TICS <sup>b</sup>			⊖BSI	
Luciano (2011, 2013)	Fibromialgia (n = 216)		⊖HADS-A					⊖HADS-D	⊖FIQ					
Minowa (2014)	Cáncer mama (n = 30)											⊖Frecuencia cardíaca		⊖slgA
Mueller (2012)	Fumadores (n = 103)						⊖Cese							
Nolan (2010)	Hipertensión											*Presión arterial		

	(n = 65)													
<b>Ortigosa-Márquez (2015)</b>	Atletas (n = 18)		⊗CSAI-2 (subescala autoeficacia)			∅FEV1								
<b>Ramírez-García (2020)</b>	VIH (n = 42)			*MOS-HIV				*PHQ-9						
<b>Rutkowski (2021)</b>	EPOC (n = 50)		⊗HADS-A		*6MWT	*FEV1		⊗HADS-D		⊗PSQ				
<b>Stanton (2019)</b>	Disfunción sexual (n = 78)	∅Activación genital ∅Activación genital subjetiva ∅Percepción de activación genital												
<b>Vidas (2011)</b>	Mujeres lactantes con ansiedad (n = 100)		⊗STAI					⊗EPDS						

⊗ Efecto significativo favorable al entrenamiento autógeno

⊗ Efecto significativo favorable al control

∅ Sin diferencias significativas

\* No se reportan diferencias inter-grupo

<sup>a</sup> vs. Tratamiento diferido

<sup>b</sup> vs. Mindfulness

BSI = Brief Symptom Inventory; CSAI-2 =Competitive Anxiety Inventory-2; EA = Entrenamiento Autógeno; EPDS = Edinburgh postnatal depression scale; EPOC = Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; EVA = Escala Visual Analógica; FEV1 = Volumen Espiratorio en el primer segundo; FIQ = Functional Status Questionnaire; GC = Grupo Control; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MOS-HIV = Medical Outcomes Survey; PHS: Physical Health Summary; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; POMS = Profile of Mood States; PSS = Perceived stress scale; PSQ = Perception of Stress Questionnaire; QLI = Ferrans and Powers Quality of Life Index; RV = Realidad virtual; slgA = inmunoglobulina A salival; STAI = Spielberger State-Trait Anxiety Inventory; TCC = Terapia Cognitivo-Conductual; TICS = Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress; UPDRS = subscale of Unified Parkinson's Disease Rating Scale; VIH = virus de la inmunodeficiencia humana; 6MWT = Test de la marcha de 6 minutos.

