



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Psicología de la salud en el tratamiento del dolor crónico en mujeres con fibromialgia y migraña mediante terapias cognitivo conductual y de tercera generación: Una revisión sistemática.

Alumna: Immaculate Kalekye Sina

Directora: Dr. María Cortés Rodríguez

Madrid

Año 2022- 2023

Índice

Resumen	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Concepto de Salud	7
Género y Salud	7
Psicología de la Salud.....	10
Dolor crónico.....	14
Prevalencia del dolor crónico	16
Fibromialgia	20
Migraña.....	23
Abordaje psicológico del dolor crónico.....	25
Objetivo general	29
Método.....	29
Criterios de inclusión.....	30
Criterios de exclusión	30
Estrategia PICOS.....	30
Bases de datos a considerar	31
Selección de estudios.....	32
Proceso de extracción de datos y medidas de resumen	33
Riesgo de Sesgo.....	33
Resultados.....	34
Resultados de la búsqueda.....	34
Característica de los estudios incluidos	37
Resultados riesgo de sesgo	38
Efecto de las intervenciones	40
Duración de seguimiento	40
Variables y escalas utilizados	41
Las intervenciones de TCC.....	42
Las intervenciones de MBSR	43
Las intervenciones de ACT	46
Discusión y conclusiones	57
Limitaciones	60
Referencias Bibliográficas.....	63

Índice de tablas

Tabla 1	31
Tabla 2	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3	49

Índice de figuras

Figura 1	36
Figura 2	38

Listado de Abreviaturas

ACT= Terapia de Aceptación y Compromiso

APA= American Psychological Association

APS= Atención Primaria de la Salud

CIE= Clasificación Internacional de Enfermedades

DCO= Dolor crónico oncológico

DCNO= Dolor crónico no oncológico

ECAs = Ensayos clínicamente aleatorizados

FM= Fibromialgia

IASP= International Association for the Study of Pain

IHS= International Headache Society

MBSR= Mindfulness- based stress reduction

OMS= Organización Mundial de la Salud

PS= Psicología de la Salud

SED= Sociedad Española del Dolor

TCC= Terapia Cognitivo Conductual

Resumen

Introducción. El dolor crónico, la fibromialgia y la migraña son causas de discapacidad en todo el mundo, desfavoreciendo la calidad de vida y la productividad de las personas que lo padecen especialmente a las mujeres, y llegando a suponer una carga socioeconómica. El modelo biopsicosocial se aparta del modelo reduccionista biomédico y concibe a la enfermedad como la interacción de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. La Psicología de la Salud se centra en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad estudiando las etiologías para la formulación de programas y políticas, desde un enfoque biopsicosocial. Hasta la fecha, las intervenciones psicológicas como Terapia Cognitivo Conductual y las Terapias de la Tercera Generación como ACT y Mindfulness han demostrado eficacia en el abordaje del dolor crónico y la efectividad de la flexibilidad psicológica de la percepción del dolor cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes. *Objetivos.* Ejecutar una revisión de los programas de intervención, concretamente basado en las Terapia Cognitivo Conductual y Terapias de Tercera Generación implementados, como tratamientos para el dolor crónico en mujeres con fibromialgia y migrañas. *Metodología.* Para ello se llevó a cabo una búsqueda sistemática de ECAs en los bases de datos Pubmed, PSycinfo y Cochrane. *Resultados.* Los resultados obtenidos son significativamente positivos para ambas terapias. *Discusiones.* Se ha encontrado que tanto TCC como terapias de tercera generación son efectivas en el tratamiento del dolor crónico en la población estudiada. Se puede establecer que ambas terapias son tratamientos de primera línea, aunque la TCC parece ser más efectiva en la reducción de sintomatología y las de tercera generación en la mejora de la discapacidad funcional y calidad de vida.

Abstract

Introduction. Chronic pain, fibromyalgia and migraine are causes of disability throughout the world, impairing the quality of life and productivity of people who suffer from it especially women, and becoming a socioeconomic burden. The biopsychosocial model departs from the reductionist biomedical model and views illness as a result of the interaction of biological, psychological, and social aspects. Health Psychology focuses on health promotion and disease prevention, studying the etiologies for the establishment of programs and policies from a biopsychosocial approach. To date, psychological interventions such as Cognitive Behavioral Therapy and Third Generation Therapies such as ACT and Mindfulness have shown efficacy in treatment of chronic pain and the effectiveness of psychological flexibility of pain perception aimed at improving the quality life of the patients. *Aim.* To carry out a review of intervention programs, specifically based on Cognitive Behavioral Therapy and Third Generation Therapies implemented, as treatments for chronic pain in women with fibromyalgia and migraines. *Methodology.* To this end, a systematic search for RCTs was carried out in the Pubmed, PSycinfo and Cochrane databases. *Results.* The results obtained are significantly positive for both therapies. *Discussions.* It has been found that both CBT and third-generation therapies are effective in treating chronic pain in the studied population. It can be established that both therapies are first-line treatments, although CBT appears to be more effective in reducing symptoms and third-generation therapies in improving functional disability and quality of life.

Palabras clave: Psicología de la Salud, dolor crónico, fibromialgia, migraña, terapia cognitivo conductual, Mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Key words: Health Psychology, chronic pain, fibromyalgia, migraine, cognitive behavioral therapy, Mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy.

Introducción

Concepto de Salud

La conceptualización de la salud ha sido entendida como la ausencia de enfermedad, sin embargo, cabe resaltar la definición universal planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 la salud como: “el estado completo de bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El concepto de salud ha evolucionado y ha dejado atrás esta noción utópica de la salud que limitaba la comprensión acerca de su complejidad y a su abordaje (Pérez-Laborde y Moreyra-Jiménez, 2017). Por ende, surge otra reformulación de la salud más reciente la OMS, (1986, p. 1) define la salud como “el grado en que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de llevar a cabo sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar o enfrentarse con el ambiente. La salud, por tanto, se entiende como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida.

Género y Salud

Por otro lado, es importante resaltar la influencia de la variable sexo en la salud, en un estudio llevado a cabo por Carme Valls (2020) las mujeres reclaman más asistencia sanitaria y piden más atención a su sintomatología, sin embargo, por falta de valoración de los propios síntomas, error diagnóstico, falta de ciencia en el diagnóstico diferencial de las enfermedades biológicas que pueden causar el dolor, solo reciben prescripción de tranquilizantes y sedantes, y son tachadas como histéricas. Por tanto, las mujeres presentan un mayor número de enfermedades que cursan con dolor en ocasiones desconocida o ignorada, lo que lleva a retraso de diagnóstico o infradiagnóstico (Folch-Marín y Palop-Larrea, 2020). Las mujeres presentan más enfermedades crónicas

incapacitantes como dolor crónico, fibromialgia y migraña (Carme Valls, 2020; Díaz-Insa et al., 2022; Ruggeri et al., 2020).

Por falta de recursos de investigación de las causas del dolor crónico, se ha considerado las quejas del sexo femenino como psicósomáticas en un 25% frente a un 9% de las de los hombres. La prevalencia del dolor crónico moderado en España es de un 23,4% en las mujeres frente a un 15,9% en hombres, y el dolor intenso un 4,8% en mujeres y de un 1,6% en hombres. En la misma línea, la fibromialgia afecta un 88% de las mujeres y las migrañas afectan a un 52% de las mujeres, frente a un 27% de los hombres, llegando a la conclusión de que todos los tipos de dolor tienen sexo, ya que predominan entre las mujeres (Carme Valls, 2020).

Por carencia de atención apropiado y de un diagnóstico determinado, hace que las mujeres vivan en un estado de sufrimiento continuo relacionado con el dolor que llega a condicionar su vida. Como confirma Carme Valls, (2020) el dolor durante mucho tiempo silenciado e invisible como la misma historia de la mujer, se ha encarnado en el propio cuerpo, capa tras capa, a través de abusos, agresiones físicas y sexuales que padece la mujer desde una edad muy temprana.

Algunos autores como Amigo (2020), sostienen que el modelo biomédico es el tradicional modelo médico de enfermedad con dos supuestos básicos; el dualismo mente – cuerpo (la separación entre el cuerpo y la mente) y el reduccionismo biológico (es decir, asume que los fenómenos complejos de la enfermedad pueden ser reducidos a cuestiones de reacciones físicas y químicas). Este modelo separa la naturaleza humana en cuerpo y mente, donde el cuerpo es una entidad que funciona de acuerdo con las leyes de la física, y la mente forma parte del dominio espiritual (Amigo, 2020; León et al., 2014). Desde este marco conceptual, la salud es definida como ausencia de enfermedad, es decir, se tiene la salud cuando no se padece ninguna enfermedad, mientras que la enfermedad es

vista como una disrupción o una desviación de la normalidad biológica causada por algún factor físico o químico (Amigo, 2020; León et al., 2014; Pérez-Laborde y Moreyra-Jiménez, 2017). Asimismo, este modelo explica que los problemas de salud son causados únicamente por factores biológicos, donde los factores psicológicos y sociales no tienen cabida en el mismo (Oblitas, 2008).

Aunque mediante el modelo biomédico se han superado muchas enfermedades de origen infeccioso como la neumonía, la gripe y la tuberculosis y ha dado paso el surgimiento en el desarrollo de las nuevas tecnologías en relación con la concepción naturalista de la salud (Amigo, 2020; Garzón y Caro, 2014; Oblitas, 2008), este modelo presenta limitaciones en las áreas en las que la salud y la enfermedad están relacionadas con el ambiente o la conducta de las personas, y rechaza la relación entre el paciente y el contexto social en el que vive (Amigos, 2020; Pérez-Laborde y Moreyra-Jimenez, 2017; Oblitas, 2008). Por consiguiente, para poder progresar en la comprensión y control de la enfermedad, Engel (1977, citado en Amigo, 2020) planteó un modelo alternativo al biomédico, el modelo biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial es un modelo de sistemas que asume que la salud y la enfermedad tienen causas y efectos múltiples (Juarez, 2011). Este modelo sostiene que tanto la salud como la enfermedad son procesos determinados por la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Amigo, 2020; León et al., 2014; Oblitas, 2008; Pérez-Laborde y Moreyra-Jiménez, 2017). El modelo biopsicosocial proporciona una gran flexibilidad en la aproximación a la salud frente al modelo médico, este modelo plantea que las personas tienen un papel activo en la preservación de la salud, de la misma manera, las personas participan en el proceso de curación mediante la adherencia al tratamiento o en la modificación de las conductas no saludables (Amigo,

2020; Juárez, 2011). La formulación de este modelo contribuyó a la aparición de la psicología de la salud.

Psicología de la Salud

Existe diversos factores que contribuyeron al interés de los psicólogos por una aproximación teórica y clínica de la salud aparte del modelo médico de enfermedad, entre ellos encontramos; el cambio de la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, el coste elevado de los cuidados de salud y un mayor énfasis en la calidad de vida (Garzón y Caro, 2014; León et al., 2014. Oblitas, 2008).

La psicología de la Salud (PS) empieza a desarrollarse en los años 70 con el motivo de comprender los factores psicológicos implicados en el proceso de salud-enfermedad y con la finalidad de propiciar acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Amigo, 2020; Hernández y Grau, 2005). Asimismo, otro factor para el surgimiento de PS es por la crisis del modelo biomédico y el auge del modelo biopsicosocial (Amigo, 2020; Pérez-Laborde y Moreyra-Jiménez, 2017). Autores como Thielke, Thompson, & Stuart (2011) señalan que la PS surge como respuesta a los altos costos de salud por las enfermedades crónicas degenerativas, como resultado del incremento de la expectativa de vida y el avance acelerado de los tratamientos de enfermedades que antes eran mortales, las limitaciones del modelo biomédico para el abordaje de los pacientes.

En lo que se refiere a los antecedentes de la PS, en 1978 diferentes disciplinas de la psicología como (clínica, social, experimental, fisiológica, etc) se reunieron con un interés común en cuestiones relacionados con la salud, para formar la división de la Psicología de la Salud de la *American Psychological Association* (APA) (Amigos, 2020; Hernández y Grau, 2005; Oblitas, 2008). Igualmente, diferentes instituciones, como la universidad de Minnesota, dieron importancia el área de la psicología, el cual incluyó un

programa doctoral en psicología para el cuidado de la salud (Hernández y Grau, 2005) naciendo así formal, institucional y profesionalmente la Psicología de la Salud (Amigo, 2020; Oblitas, 2008). Por tanto, se puede situar los orígenes de la PS en los Estados Unidos, en la década de los años 70 del siglo XX (Amigo, 2020).

No existe una única definición de la Psicología de la Salud por lo que son múltiples las aproximaciones, por ese motivo, se va a recoger las más relevantes.

La definición de la Psicología de la Salud más relevante es la de Matarazzo (1980, p. 815) que la entiende como “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociadas, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.” (Matarazzo, 1980; en Amigo, 2020; Thielke et al., 2011). Esa definición llegó a convertirse en la definición oficial de la División de Psicología de la Salud de la APA. Igualmente, la psicología de la salud podría ser definida como “la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar” (Oblitas, 2008). Así mismo, Espinoza y Pérez-Acosta (2017), incluyen aspectos como la comprensión de la etiología de la enfermedad, el estudio de factores psicológicos, emocionales y sociales asociados al mejoramiento del sistema de salud, y la formulación de políticas en salud.

Atendiendo a la definición que hace Matarazzo, el objeto de interés de la PS es en el ámbito de los problemas de salud, en las conductas asociadas a la adquisición, desarrollo y mantenimiento de enfermedades y en los factores psicológicos derivados del diagnóstico, prevención, tratamiento o rehabilitación de una enfermedad física u orgánica (Espinoza y Pérez-Acosta, 2017; Pérez-Laborde y Moreyra-Jiménez, 2017). Por tanto, resulta necesario destacar las principales aportaciones de la PS que son; el acercamiento que ha hecho esta disciplina en el terreno de la Atención Primaria de la Salud (APS), la evaluación y mejora del sistemas sanitarios que no estaban considerados por el modelo biomédico, facilitando así el acceso a los servicios de asistencia básicos con bajos costes y de buena calidad, la promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades, evaluación y tratamiento de enfermedades específicas como cáncer, sida, diabetes, etc. (Oblitas, 2008; Rodríguez-Terán, 2021, Thielke et al., 2011). De la misma manera, la PS incrementa la comprensión y abordaje de los factores psicológicos involucrados en el proceso de salud – enfermedad de un individuo o de una comunidad (Pérez-Laborde y Moreyra-Jiménez, 2017).

En este punto, es importante mencionar las funciones de los psicólogos como profesionales de la salud, el psicólogo especializado en este campo tiene que ser capaz de lograr hacer las siguientes funciones: la promoción y mantenimiento de la salud (mediante campañas para el desarrollo de los ámbitos saludables), prevención y tratamiento de las diversas enfermedades, (manejo adecuado del estrés, desarrollo de hábitos saludables, enseñar a los pacientes a adaptarse mejor a su enfermedad, de forma que la recuperación sea más rápida o en el caso de enfermedades crónicas que su vida sea lo mejor posible), estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones asociada, y por último, el estudio de mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política

de la salud (Amigo, 2020; Pérez-Laborde y Moreyra-Jiménez, 2017; Rodríguez-Terán, 2021).

La PS tiene como punto de partida a la psicología clínica, medicina conductual y psicología comunitaria, por tanto, la importancia de precisar la ubicación de la psicología de la salud con respecto de estas disciplinas afines para que así no haya solapamientos (Hernández y Grau, 2005). Estas disciplinas coinciden en diversos aspectos como; la búsqueda de soluciones a los problemas de salud, el enfoque desde una perspectiva social y la relación con estados psicológicos asociados a la enfermedad (Hernández y Grau, 2005). En cambio, la PS se diferencia de las otras disciplinas por poner el acento en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad estudiando las etiologías para la formulación de programas y políticas, desde un enfoque biopsicosocial (Amigo, 2020; Hernández y Grau, 2005).

En la actualidad existe varias áreas de aplicación de la psicología de la salud que están relacionadas con el tratamiento, como en cáncer, dolor crónico, trastornos cardiovasculares, trastornos del sueño, asma bronquial, VIH/ SIDA, diabetes, fibromialgia, síndrome del intestino irritable, trastornos neurológicos, etc (Oblitas, 2008).

En resumen, la salud según (OMS) es el estado completo de bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El modelo biomédico ha dado paso en la esfera socio-sanitario al modelo biopsicosocial en el que la enfermedad y la salud son procesos multidimensionales en el cual interactúan los sistemas biológicos, psicológicos, sociales, familiares y ambientales. Donde el profesional de la salud debe centrar no solo a curar la enfermedad sino a cuidar la salud mediante la prevención y promoción de una vida saludable en los pacientes.

Pregunta de investigación ¿Son iguales de eficacia y generan el mismo nivel de bienestar al paciente el uso las terapias de la tercera generación frente a la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento del dolor crónico?

A continuación, se va a desarrollar el dolor crónico como área de aplicación de la PS.

Dolor crónico

El dolor crónico se considera un problema fundamental de salud pública a nivel mundial, con consecuencias que afectan el desarrollo de las personas que lo experimentan en la sociedad y en sistemas sanitarios, considerado una de las experiencias más incapacitantes y la principal causa de sufrimiento (Bilbeny, 2019; Camargo, et al., 2004; Folch-Marín y Palop-Larrea, 2020; Ortiz y Velasco, 2017; Margarita González, 2014; Rodríguez- Palma y Granados-Soto, 2020). Según la Sociedad Española del Dolor (SED) el 42,8% de los pacientes se encuentran en los servicios de urgencias donde el dolor crónico constituye la principal causa de consulta.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (en inglés, International Association for the Study of Pain, IASP) definió el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión” (Merskey, 1979, citado en Treede R. D., 2018. IASP). Esta definición incorpora la naturaleza emocional del dolor, por lo que el dolor ha de entenderse como un fenómeno multidimensional (Guillemet, y Guy-Coichard, 2016; Melzack y Casey 1968; Taberner et al., 2008) que destaca factores fisiológicos, sensoriales, afectivos, cognitivos, conductuales y socioculturales que determinan la experiencia del individuo. Existe varios tipos de dolor, y el hecho de identificar el tipo de dolor y la naturaleza temporal en términos de duración que padece el paciente es de gran valor clínico para el diagnóstico y el tratamiento. En este caso se va a catalogar el dolor

atendiendo a la intensidad y la duración, por lo que se clasifica dos tipos básico de dolor: dolor agudo y dolor crónico (Bilbeny, 2019; Vidyamala, 2008).

La IASP define el dolor agudo como “una experiencia desagradable y compleja con factores cognitivos y sensoriales que suceden como respuesta a un trauma tisular”. El dolor agudo es de duración limitada inferior a tres meses, de reciente aparición y guarda una relación cuantitativa con la lesión tisular que lo provoca como puede ser una lesión, una cirugía o un evento fisiopatología y cumple una función beneficiosa de supervivencia en señal de que algo no funciona bien, por tanto, este dolor desaparece con la eliminación de la lesión que lo originó (Amigo, 2020; Assessment and Management of Chronic Pain, 2013; Barcia-Mejía., et al, 2020; Bilbeny, 2019; Darnall 2019; Ortiz y Velasco, 2017). Se entiende por dolor crónico, un dolor que carece de propósito biológico como señal de alarma, que persiste de forma continua o recurrente más de seis meses perdurando una vez pasado el periodo normal de cicatrización, con intensidad suficiente para afectar de forma negativa al bienestar, la funcionalidad y la calidad de vida del paciente y se constituye en un importante problema de salud. (Amigo, 2020; APA, 2002; Barcia-Mejía C., et al, 2020; Bilbeny, 2019; Ortiz y Velasco, 2017; Rodríguez- Palma y Granados-Soto, 2020; Wisconsin Medical Society Task Force on Pain Management, 2004).

En la misma línea, según el origen del dolor encontramos dos subgrupos de dolor crónico, el dolor crónico oncológico (DCO) y el dolor crónico no oncológico (DCNO), (Timoneda, 2014). El dolor crónico no oncológico se define como aquel que persiste más de seis meses después de la lesión causante en ausencia de un proceso oncológico, pudiendo perpetuarse más allá de la lesión e incluso en su ausencia (Moix y Casado, 2011; Pardos-Gascón et al., 2020). La mayoría de los casos de dolor crónico no oncológico se deben a problemas musculoesqueléticos como lumbalgia, artrosis, síndromes de

sobrecarga, artritis reumatoide, trastornos neurológicas polineuropatías diabéticas, estenosis espinal y trigémino neuralgia, migraña, fibromialgia, entre otros (Ann Robinson, 2016).

Prevalencia del dolor crónico

La importancia del estudio y abordaje del dolor crónico radica en sus cifras de prevalencia a nivel mundial. Por lo que respecta a la epidemiología de esta enfermedad, se estima que alrededor de un 20% de la población adulta en el mundo sufre dolor crónico en algún grado y un 10% es diagnosticada de dolor crónico cada año (Goldberg y McGee, 2011).

Según un estudio llevado a cabo a nivel europeo por Breivik et al., en el año 2006 en 16 países europeos, la prevalencia del dolor crónico en Europa se sitúa en un 19% de los encuestados. De acuerdo con los datos nacionales, se puede considerar el dolor crónico como una epidemia en nuestra sociedad que llega a afectar 1 de cada 6 españoles, donde se estima que en torno al 17% de la población española sufre de dolor crónico, siendo el dolor lumbar, cervical, y la artritis y/o artrosis los más habituales (Tormo et al., 2017; Torralba et al., 2014). En sintonía con las diferencias de sexo, hay trabajos que encuentran que el dolor crónico es más prevalente en mujeres que en los hombres 61% vs 39% y con carácter más intenso, duradero y frecuente en la población de entre 40 y 60 años (Breivik et al., 2006; Dueñas, et al., 2015; Folch-Marín, y Palop-Larrea, 2020; González, 2014; Ortiz y Velasco, 2017; Rodríguez y Palao, 2016). Siendo la artrosis, artritis o reumatismo, el dolor de espalda crónico lumbar y el dolor de espalda crónico cervical los más frecuentes en mujeres, y para los hombres la tensión alta, el colesterol alto y el dolor de espalda crónico lumbar (Dueñas, et al., 2015).

Las personas con dolor crónico presentan estrategias de afrontamiento para la adaptación a la enfermedad, por ende, algunos autores como Amigo (2020), González

(2014) y Sturgeon (2014) han señalado la existencia de estados psicológicos involucrados en el mantenimiento del dolor crónico tal como la ansiedad, depresión, catastrofismo, conductas de dolor, irritabilidad y trauma (Amigo, 2020; González, 2014; Sturgeon, 2014). De la misma manera, se ha encontrado factores sociales como el apego y la empatía interpersonal en relación con el mantenimiento del dolor (González, 2014).

Para un mayor conocimiento del dolor crónico como una enfermedad que afecta a diferentes aspectos de la vida del paciente, se han hallado teorías que avalan esta propuesta (Breivik et al., 2006; Darnall, 2019; Dueñas, et al., 2015).

Los primeros intentos para explicar el fenómeno del dolor nacieron desde la perspectiva biomédica, donde se consideraba el dolor como una respuesta automática a un estímulo externo o por un daño tisular, según este modelo médico el dolor experimentado por el sujeto era proporcional al daño tisular (Amigo, 2020; Sánchez Herrera, 2003; Vidyamala, 2008). El dolor crónico es enfocado unidimensionalmente, teniendo en cuenta solo los aspectos médicos. No obstante, con el paso del tiempo se ha dado paso al surgimiento de teorías modernas del dolor, donde se ha visto que la percepción del dolor está modulada por diferentes factores psicológico llegando a considerar el dolor como una experiencia multidimensional.

Como recoge Amigo (2020) entre las distintas teorías que explican el dolor, destacan que la mente y los factores psicológicos desempeñan un papel esencial en la experiencia final del dolor, y el dolor crónico no solo como un producto lineal del daño tisular, sino como un fenómeno complejo vinculado con el estado emocional, con cambios conductuales y factores atencionales (Vidyamala, 2008).

Melzack y Wall (1965) plantearon que el dolor está mediado por un sistema de bloqueo (compuerta) que permite la apertura o cierre de las vías del dolor en el sistema

nervioso central. La compuerta se abre posibilitando la transmisión del dolor desde la zona lesionada por medio de las fibras pequeñas A-delta y C, al contrario, las fibras grandes A-beta provoca el cierre de la compuerta imposibilitando la transmisión del dolor (Amigo,2020; Sánchez Herrera, 2003; Vidyamala, 2008).

En este sentido, autores como Amigo (2020), Sánchez Herrera (2003) y Vidyamala (2008) señalan la existencia de distintos factores que “*abren la puerta al dolor*” y otros factores que “*cierran la puerta al dolor*”, entre los que abren la puerta al dolor o hacen que éste empeore encontramos; la ansiedad, el miedo o el estrés, tensión muscular, abuso de sustancias, atención al dolor, creencias acerca de que el dolor es un misterio o algo terrible, depresión, ira, miedo, poco apoyo familiar, catastrofismo, poca actividad o actividad excesiva, cambio degenerativos, estrés emocional, apego inseguro y experiencia de trauma en la infancia (Amigo, 2020; González, 2014).

Por otra parte, los factores que cierran la compuerta son; fármacos, cirugías, tensión muscular reducida, relajación, estabilidad emocional, calma, estado de ánimo positivo, descanso, apoyo de otras personas, creencias de que el dolor es controlable, experiencias previas de los sujetos (Amigos, 2020; Moayedi y Davis, 2013)

Partiendo de la teoría de la compuerta, se concibe el dolor como una experiencia multidimensional, compuesta por tres dimensiones que se tiene que tener en cuenta a la hora de su conceptualización, intervención o evaluación Melzack y Casey (1968), que son; dimensión sensorial–discriminativa, que hace referencia a la localización, intensidad y duración del dolor, la dimensión afectivo- motivacional; alude a los aspectos emocionales del dolor interpretando la experiencia como desagradable o nocivo, suscitando conductas de ansiedad y/o de escape y la dimensión cognitivo- evaluativa; se evalúa cómo se percibe el dolor en este momento, de esta manera las cogniciones integra los otros anteriores, y permiten la interpretación cognitiva de lo que está ocurriendo

teniendo en cuenta las variables atencionales, creencias, valores culturales (Diers, 2019; González, 2017; Guillemet y Guy-Coichard, 2016).

En líneas generales, el dolor crónico puede impactar negativamente la vida de los pacientes llegando a reducir sustancialmente la calidad de vida de las personas que lo padecen, en el mismo estudio poblacional europeo de Breivik et al. (2006) Un 60% de los encuestados sufrían el dolor más de seis meses de duración, con un 60% que lo sufrían desde hace entre 2 y 15 años y un 20% que lo padecía desde hace más de 20 años. El 34% sufría dolor severo, con una puntuación de 8 a 10 en una escala sobre 10, mientras que el 66% restante padecía dolor moderado, con una puntuación entre 5 y 7 sobre 10. Dicho estudio señaló la afectación a la calidad del sueño, actividades de vida diaria, sexualidad y actividades de la vida social, laboral y vida familiar. Al mismo tiempo, el dolor crónico tiene un impacto directo en la vida emocional del paciente, por tanto, en cuanto a las repercusiones más frecuentes en el aspecto psicológico como consecuencia del dolor mantenido, encontramos en la mayor parte de los pacientes con dolor crónico sufren depresión, ansiedad, miedo, baja autoestima, frustración e incluso suicidio (Breivik et al., 2006; Darnall, 2019; González 2014; Torralba et al., 2014). Siendo la ira otra emoción frecuente en pacientes con dolor crónico (Moix y Casado, 2011).

En esta misma línea, resulta importante mencionar las graves repercusiones económicas y laborales que suponen las altas prevalencias del dolor crónico tanto por las bajas laborales como por el alto coste de los tratamientos necesarios en el sistema sanitario (Bilbeny, 2019; Cáceres-Matos, et al., 2020).

Aunque resulta muy difícil calcular el coste de dolor crónico por falta de datos suficientes a nivel global, existen estudios que señalan la carga económica del dolor crónico en nuestra sociedad. En un estudio llevado a cabo por Torralba et al., (2014) en *Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal"* se estima que

en Europa los costes asociados a dolor crónico son gastos superiores a los 300 billones de euros anuales que equivale a 1,5-3% del Producto Interior Bruto (PIB), igualmente, estos autores estimaron la media de coste económico del dolor crónico en España en 16.000 millones de euros anuales lo que supone el 2,5% del PIB. De hecho, según Rodríguez y Palao (2016) este fenómeno es la principal causa de absentismo laboral y causante del 50% de todas las bajas laborales e incapacidad. Por tanto, se podría constatar que el dolor crónico es un acontecimiento que provoca importantes costos secundarios como baja productividad.

El dolor crónico es una respuesta compleja en la que se interactúan varias dimensiones, esa visión holística ha facilitado la existencia de diferentes aproximaciones para el tratamiento psicológico del dolor crónico. Igualmente, debido a las secuelas en la salud mental de las personas que sufren dolor crónico, varios autores como Moix y Casado (2011) enfatizan la necesidad de trabajar con un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, fisioterapias, asistentes sociales y psicólogos. Con la posibilidad de involucrar aspectos físicos y psicológicos del dolor en su tratamiento.

Fibromialgia

La fibromialgia, es un ejemplo de dolor crónico, que se caracteriza por dolor músculo-esquelético, no inflamatorio, se presenta de forma persistente, generalizada y difusa (Barbosa-Torres C. et al., 2018; Caballero Molina y Bernal García, 2020; Moiola, 2013; Wolfe et al., 1990). La fibromialgia es clasificada por la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS con el código M79.7, dentro del grupo de enfermedades reumatológicas y no psiquiátricas (OMS, 1992). No obstante, en la actualidad la nueva versión de CIE clasifica la fibromialgia como un dolor crónico primario (Treede et al., 2019). La FM se define como un estado doloroso crónico, benigno, musculoesquelético y generalizado, localizado sobre todo en el aparato

locomotor, y en el que el umbral del dolor es bajo, lo que se conoce como hiperalgesia y ante estímulos nada dolorosos o alodinia (Moioli, 2013). Según los datos obtenidos por el estudio EPISER 2016, la prevalencia de la fibromialgia se sitúa en un 2,45% (Gayà et al., 2020; Sociedad Española de Reumatología, 2019) de lo cual el 90% son mujeres, (Moioli, 2013). Con un 4,2% frente a un 0,2% en hombres, observándose una relación mujer: hombre de 21:1 (Climent, Ballester y Cantus, 2019).

Los primeros criterios diagnósticos para la FM fueron establecidos en 1990 por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) evaluando 18 puntos dolorosos específicos (Moioli, 2013). Los criterios diagnósticos según Moioli (2013) son: dolor generalizado con duración mínima de tres meses, dolor a la palpación en los 11 de los 18 puntos evaluados, la presión debe ser realizada con la fuerza de 4 kilogramos, dolor en ambos lados del cuerpo, por encima y debajo de la cintura, y en el esqueleto axial. De la misma manera, autores como Hidalgo Martínez (2020) y Moioli (2013) señalan que el diagnóstico incluye la vida laboral y familiar, evaluación psicológica y examen físico. Algunos autores como Barbosa-Torres C. et al. (2018) señalan que una de las críticas de los criterios ACR del año 1990 fue la no incorporación de síntomas como fatiga y sueño, en los cuales en la actualidad son considerados. No obstante, en el 2010 tuvo lugar la actualización de los criterios diagnósticos con empleo de dos escalas, Índice de Dolor Generalizado (WPY siglas en inglés) y la Escala de Gravedad de Síntomas (SS siglas en inglés) sin considerar la exploración física, pero si la presencia del dolor crónico difuso de más de tres meses de evolución (Barbosa-Torres C. et al., 2018; Gayà et al., 2020).

Aunque en la actualidad no se conoce el foco originario de FM, existe una serie de factores de riesgo tales como ser mujer, la predisposición familiar en el paciente, la exposición constante al estrés y trastornos de ansiedad, sufrimiento de un accidente o

trauma, presencia de dolor miofascial, cefalea crónica, y alteraciones en el funcionamiento del sistema nociceptivo (Moioli, 2013).

La FM se presenta con signos y síntomas que lo caracteriza como fatiga, alteración del sueño, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefalea, vértigo, síndrome de intestino irritable y síndromes de vejiga, fenómeno de Raynaud, síndromes de piernas inquietas, dismenorrea, sensación de tumefacción en manos, parestesia en extremidades y cambios en el color de la piel reticular, disfunción cognitiva (Binkiewicz-Glińska et al., 2015; Climent, Ballester y Cantus, 2019; Hidalgo Martínez, 2020; Moioli, 2013).

En cuanto al tratamiento de FM la mayoría de los casos se suelen utilizar el tratamiento multidisciplinar con objetivo de paliar algunos síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes porque no existe una cura como tal para FM, (Barbosa-Torres C. et al., 2018; Moioli, 2013) estos abordajes son: la psicoeducación, el tratamiento farmacológico, la realización diaria de ejercicio físico moderado y el tratamiento psicológico (Barbosa-Torres C. et al., 2018; Moioli, 2013).

Según Hidalgo Martínez (2020) la ansiedad y depresión son uno de los principales motivos de consulta en AP puesto que son los síntomas más frecuentes en pacientes con FM.

Con respecto a la intervención psicológica, actualmente la Terapia Cognitivo Conductual es uno de las más utilizadas (Moix y Casado, 2011; Wicksell et al., 2012), La Terapia de Aceptación y Compromiso (Luciano et al., 2014; Wicksell et al., 2012) y la reducción del estrés basada en mindfulness (Adler-Neal y Zeidan, 2017) cuyos objetivos son mejorar la calidad de vida de los pacientes. Pese a estos tratamientos la mayoría de los pacientes informan dolor crónico y fatiga toda su vida (Barbosa-Torres C. et al., 2018).

La Psicología de la Salud tiene papel preventivo en los pacientes que sufren FM, donde se encarga de identificar cómo el paciente afronta su enfermedad y las situaciones de estrés (Moioli, 2013).

Migraña

La migraña es un trastorno crónico del sistema nervioso, caracterizado por la aparición de episodios recurrentes del dolor de cabeza con una duración de entre 4 y 72 horas. Este dolor es pulsátil de localización unilateral, de intensidad moderada a grave, empeoramiento con actividad física habitual y suele ir acompañado por síntomas como náuseas, vómitos e hipersensibilidad tanto de sonidos, de luz como de olores (Amigo, 2020; Chabusa Martínez, K. L., 2020; IHS, 2013; Olla et al., 2020; Vicente Herrero, et al., 2020). En cuanto a su clasificación, la migraña se divide en dos subtipos, migrañas con aura y migrañas sin aura (IHS, 2013), de la misma manera, otra clasificación de la migraña se da según varía la crisis de dolor, en frecuencia, intensidad o duración, pudiendo encontrar migraña crónica aquella que aparece más de 15 días al mes durante 3 meses o migraña episódico cuando es menor a 15 días al mes (Garrido Cumbreira, M. et al., 2019).

La OMS considera la migraña como la tercera enfermedad más prevalente en el mundo con una prevalencia de 15% a nivel global, un 11,4% en Europa (Ruggeri et al., 2020) y un 12% en España (Díaz-Insa et al., 2022). Siendo la migraña el principal motivo de consulta en los servicios de la neurología y en atención primaria (Chabusa Martínez, K. L., 2020; Díaz-Insa et al., 2022; Garrido Cumbreira, M. et al., 2019). Asimismo, autores como Díaz-Insa et al. (2022) y Ruggeri et al. (2020) señalan que hay unos mil millones de pacientes afectados con migraña en todo el mundo. En relación con su prevalencia por sexos, se ha demostrado un efecto significativo en la enfermedad en mujeres con un 13,8% que en hombres con un 6,9% (Díaz-Insa et al., 2022; Ruggeri et al., 2020).

De acuerdo con datos del estudio de carga de morbilidad mundial de 2016 (Global Burden Disease, GBD 2016) estima a la migraña como una de las enfermedades con mayor impacto en la calidad de vida de las personas que lo sufren, situándola en la sexta posición como la enfermedad más prevalente y la segunda causa de discapacidad a nivel mundial principalmente entre los años 15 a 49 años, afectando a la etapa más productiva a nivel laboral (favorece absentismo laboral, mermar rendimiento físico, bajas laborales), escolar (absentismo escolar, disminución en rendimiento intelectual) y familiar (interfiere en las relaciones familiares) de la población (Garrido Cumbreira, M. et al., 2019; Soriano, JB, et al., 2018). Con respecto a los efectos psicológicos de la migraña, se encuentra que las personas que padecen esta enfermedad tienen mayor probabilidad de presentar ansiedad (37,9%) y depresión (21,4%) que los que no lo sufren (Garrido Cumbreira, M. et al. (2019). Con todo ello, se convierte la migraña en un problema de salud que necesita un adecuado diagnóstico y tratamiento (Chabusa Martínez, K. L.,2020).

En lo que se refiere a la carga económica de la migraña, según los datos recogidos por la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AMICE) en 2018, en España el coste total anual por paciente con migraña crónica sumó a 12.970,08€ y 5.041,41€ para los pacientes con migraña episódica, siendo la mitad de los costes asociado a la pérdida de productividad laboral en relación con los costes directos sanitarios (Garrido Cumbreira, M. et al.,2019).

No obstante, autores como Garrido Cumbreira, M. et al. (2019) en el estudio de impacto y situación de la Migraña en España, consideran que a pesar de la alta prevalencia de esta enfermedad y las consecuencias que acarrea a la vida de las personas que lo padecen, la migraña es una enfermedad infradiagnosticada, poco tratado y menos reconocida.

En resumen, el dolor crónico, la fibromialgia y la migraña son causas de discapacidad en todo el mundo, desfavoreciendo la calidad de vida de las personas especialmente a las mujeres y la productividad, llegando a suponer una carga socioeconómica.

Abordaje psicológico del dolor crónico

Las intervenciones psicológicas desarrolladas para el tratamiento del dolor crónico se centran en el alivio de las consecuencias del dolor que experimentan los pacientes, primero con el uso de la medicina conductual y después mediante la psicología de la salud. Los tratamientos psicológicos para abordar el dolor crónico tienen en cuenta que el paciente de dolor crónico no es un paciente con un problema psicológico, sino más bien éste es consecuencia a su trastorno de dolor, de la misma manera, no se trata de curar a la persona, sino de ayudarlo a sobrellevar y a la vez adaptarse en las mejores condiciones al padecimiento de su trastorno de dolor, intentado a evitar su agravamiento e impacto con la persona y su entorno social (Vallejo, 2005). En este sentido, las intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas en dolor crónico han sido, Terapia Cognitivo – Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso, y Mindfulness (Sturgeon, 2014).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la intervención psicológica más utilizada para el tratamiento del dolor crónico debido a su eficacia y por disponer mayor evidencia empírica, por tanto, es la psicoterapia de elección para este trastorno (Amigo, 2020; González, 2014; Moix y Casado, 2011; Pardos-Gascón et al., 2021; Sturgeon, 2014). Las técnicas utilizadas para aliviar el dolor mediante esta terapia incluyen, entrenamiento en relajación progresiva, distracción cognitiva, ejercicios de respiración, psicoeducación, manejo de contingencias, estrategias de manejo de actividad y regulación del tiempo, manejo de atención, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, ejercicios físicos, higiene postural y del sueño (Amigo, 2020; Diers, 2019; Moix y

Casado, 2011; Sturgeon, 2014). Tras un estudio llevado a cabo por Williams, Eccleston Y Morley (2012) sobre el papel de TCC en el dolor crónico, demuestran que los beneficios de esta terapia son superiores en comparación a los grupos de lista de espera.

Por otra parte, dentro de la terapia cognitivo-conductual, encontramos las llamadas terapias de tercera generación con resultados eficaces en el tratamiento del dolor crónico en general y en particular en la fibromialgia y migrañas, donde destacan, ante todo, Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia con Base en Mindfulness (González, 2014; Losada et al., 2015; Muñoz-Sanjosé, et al., 2019; Sturgeon, 2014; Van Gordon et al., 2015).

La Terapia con Base en Mindfulness (MBT, por sus siglas en inglés). Mindfulness o conciencia plena es definido por Young (2011) como “la capacidad de poner atención plena sobre una experiencia, en el momento presente, con apertura, flexibilidad y sin enjuiciamiento”. Este enfoque terapéutico consiste en promover la atención en la experiencia del momento presente aquí y ahora, incorporando los pensamientos, emociones y sensaciones somáticas y psicológicas, sin juzgarlos ni analizarlos, sino apreciar todo. Incremental la conciencia mediante aceptación la realidad tal y como se presenta en este momento, con actitud de apertura, prestar atención plena en las actividades como caminar, comer y estar de pie (Moix y Casado, 2011; Sturgeon, 2014). En un estudio llevado a cabo por Van Gordon et al. (2015) encontraron que los participantes experimentaron mejoras en su bienestar.

Mindfulness es una técnica asociada a las terapias de tercera generación que incorpora al modelo de cambio de conducta o pensamiento, en aceptar aquello que no se puede cambiar en la vida poniendo el acento en el momento presente (González, 2014; Moix y Casado, 2011; Pardos-Gascón, et al, 2021; Sturgeon, 2014). Algunos autores

como Lakhan y Schofield (2013) han demostrado que mindfulness tiene un efecto positivo de pequeño a moderado en la reducción del dolor, severidad de los síntomas, depresión y calidad de vida.

De la misma manera, en un meta- análisis realizado por Sephton et al. (2007) el cual se basaba en un ensayo clínico aleatorio para determinar la eficacia de la Terapia con Base en Mindfulness en intervención sobre los síntomas depresivos en pacientes con fibromialgia, se encontró que esta intervención presentaba resultados favorables en la reducción en los síntomas depresivos entre los pacientes con fibromialgia. Igualmente, pacientes con dolor crónico que practican con frecuencia el mindfulness, sienten menos dolor y presentan mayor calidad de vida con menos emociones negativas (Moix y Casado, 2011; Palao Tarrero y Rodríguez Vega, 2016).

Por otra parte, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), es una de las terapias más completas y muy conocidas de las terapias de conducta de tercera generación y con mayor apoyo empírico en los últimos años (Luciano, 2016; Páez-Blarrina et al., 2006). Tiene como objetivo enseñar al paciente la aceptación del sufrimiento (en este caso el dolor) como parte de la vida, mediante la flexibilidad cognitiva, conciencia focalizada en el presente y el afianzamiento del yo como contexto, sin olvidar los valores propios del paciente. Su objetivo no es disminuir el dolor, sino que el paciente aprenda a convivir con ella retomando las actividades de la vida diaria abandonado la causa de la situación del sufrimiento, en otras palabras, ACT intenta a enseñar al paciente a no dejarse llevar por el dolor, sino aceptarlo y seguir sus metas (Amigo, 2020; González, 2014; Hayes et al., 2005; Losada et al., 2015; Luciano, 2016; Sturgeon, 2014). Asimismo, González (2014) y Hayes et al. (2005) señalan que el núcleo de ACT es generar flexibilidad psicológica y la participación de las actividades verdaderamente valiosas, por lo que esta técnica ayuda a que las personas perciban su

dolor de forma más manejable y una mayor comprensión, por lo que evitarlo puede ser destructivo y puede suponer una obstaculización en el desarrollo de una vida plena. De acuerdo con Darnall (2019), la ACT tiene como objetivo que el paciente que sufre de dolor crónico acepte la situación en la que se encuentra, lo que incluye no solo aceptar el sufrimiento, sino también las opciones disponibles para reducirlo.

Hayes et al., (2012) señalan que los valores son unos de los procesos clínicos esenciales de ACT en el abordaje del dolor crónico. En este caso los valores marcan el rumbo de la conducta a lo largo de la vida, por tanto, desde la perspectiva de ACT, se atienden las guías vitales deseadas, elegidas, globales y construidas que deben guiar las acciones del paciente en la determinación de sus metas. Asimismo, ACT ayuda al paciente en aclarar y que aprenda a discernir cuándo sus propios valores funcionan como barreras en el proceso clínico (Darnall, 2019). Por tanto, la importancia de incorporar ACT en el abordaje del dolor crónico recae en una de las intervenciones que da lugar a los pacientes en actuar de acuerdo con sus valores permitiéndoles una experiencia rica y significativa y a la vez ayuda a los pacientes a reorientar la vida en una dirección más valiosa en lugar de luchar contra el dolor.

En un estudio llevado a cabo por McCracken y Velleman (2010), sobre la efectividad de la flexibilidad psicológica en la percepción del dolor, se encontraron resultados favorables que apoyan la eficacia de la ACT en disminución del impacto del dolor crónico en los pacientes. Es así dado que los procesos de flexibilidad psicológica se relacionan de forma significativa con las sensaciones de dolor, las emociones, los pensamientos y las actividades de la vida cotidiana (Páez-Blarrina et al., 2006). De la misma manera, también encontramos otros autores como (McCracken y Velleman, 2010; Moix y Casado, 2011; Sturgeon, 2014) que apoyan la evidencia de abordar la problemática del dolor crónico mediante la aceptación y compromiso donde señalan que, los pacientes

que aceptan su dolor presentan bajo puntuación en intensidad de dolor, altos niveles de manejo emocional y mayor calidad de vida.

Objetivo general

- Realizar una revisión sistemática de los tratamientos de TCC, ACT y Mindfulness para el dolor crónico en fibromialgia y migraña.

Objetivos específicos

- Ejecutar una revisión de los programas de intervención, concretamente basado en las Terapia Cognitivo Conductual y Terapias de Tercera Generación implementados, como tratamientos para el dolor crónico en mujeres con fibromialgia y migrañas.
- Conocer cuáles de los tratamientos dan mejores resultados y a la vez las limitaciones de estos estudios.
- Comparación de beneficios de terapia cognitivo conductual y de terapias tercera generación a partir de la evidencia empírica existente.
- Determinar si existe el mismo nivel de eficacia diferencial entre terapias de tercera generación y terapia cognitivo-conductual la sintomatología dolorosa asociados a dolor crónico.

Método

Para el diseño y redacción de la revisión sistemática se han seguido las pautas contenidas en la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocols, (Urrútia y Bonfill, 2010) en la que se incluye la lista de los ítems que se deben incluir en una publicación de una revisión sistemática.

Criterios de inclusión

- Artículos experimentales, ensayos clínicos aleatorizados y controlados, de acceso a texto completo
- Artículos escritos en inglés y español
- Artículos cuya fecha de publicación sea no mayor a 5 años, dentro de un rango 2018-2023
- Estudios cuantitativos
- Estudios llevados a cabo con mujeres con la edad comprendida entre 18 y 65 años
- Estudios llevados a cabo con personas con dolor crónico causado por fibromialgia y/o migraña durante, al menos, 3 meses.

Criterios de exclusión

- Estudios que no utilicen criterios de comparación
- Estudios sobre dolor crónico oncológico
- Estudios de revisiones sistemáticas y metaanálisis
- Estudios cualitativos o mixtos
- Estudios que no se ajuste a las especificaciones señaladas en los criterios de inclusión.
- Estudios llevados a cabo solo con hombres

Estrategia PICOS.

Participantes (P), Intervención (I), Comparación (C), Medidas (O) y Diseño de estudio (S).

Tabla 1

Resumen de la estrategia PICOS

P Paciente de interés	Pacientes (Mujeres) diagnosticados con fibromialgia y /o migraña de edad comprendida entre 18 a 65 años.
I Intervención	Programas de intervención psicológica de Terapias de la tercera generación (ACT y Mindfulness) y Cognitivo Conductual
C Comparación	Terapias de la tercera generación (ACT) y Mindfulness
O Medidas	Dos medidas del tratamiento, los estudios que incluya las medidas pre y post tratamiento. Los estudios deben ser cuantitativos medidas de dolor.
S Diseño del estudio	Ensayos clínicamente aleatorizados (ECAs) con dos medidas, pre- tratamiento y post- tratamiento (un grupo de control y otro grupo experimental)

Bases de datos a considerar

- Bases de datos de la Asociación de Psicología Americana (APA): Pubmed, PSycinfo y Cochrane.

Ecuaciones de búsqueda que se va a utilizar (“OR”, “AND” y “NOT”)

Tabla 2*Ecuación de búsqueda y número de registros de cada base de datos*

Base de datos	Nº de referencias encontradas	Ecuación de Búsqueda
PubMed	50	("Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh] OR "Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] OR "Mindfulness"[Mesh]) AND ("Fibromyalgia"[Mesh] OR "Migraine Disorders"[Mesh]) AND ("Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial")
PsycInfo	16	(DE "Cognitive Behavior Therapy" OR DE "Acceptance and Commitment Therapy" OR DE "Mindfulness") AND (DE "Fibromyalgia" OR DE "Migraine Headache") AND ("Randomized Controlled Trial" OR "randomized trial")
Cochrane	39	(#1 OR #2 OR #3) AND (#5 OR #6) AND ("Randomized trial" OR "Randomized controlled trial")

Nota: Nº= número

Selección de estudios

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, PsycINFO y Cochrane Library para identificar artículos publicados en inglés o español entre 2018 y

2023 que abordaran la aplicación de TCC, ACT y Mindfulness en adultos con fibromialgia y migrañas.

Tras lanzar las ecuaciones de búsqueda, se procedió aplicar los diferentes criterios de exclusión e inclusión siguiendo un criterio orden. Se realizó una revisión filtrando por el título y el abstract de los artículos en cuestión, aplicando así los criterios de inclusión. A continuación, se procedió a realizar una revisión más exhaustiva de los artículos a texto completo aplicándose los criterios de inclusión según los elementos PICOS.

Proceso de extracción de datos y medidas de resumen

Las características de los estudios, la metodología y resultados fueron extraídos de forma independiente, donde se tuvieron en cuenta las medidas cuantitativas. En el caso de que hubiera más de una medida post tratamiento (a medio o largo plazo) también se tuvo en cuenta. Con respecto a otras variables que también se han considerado en la presente revisión sistemática son las siguientes: Autores y el año de publicación, las características de la muestra, así como el tamaño, diagnóstico, la edad y el sexo de los participantes (porcentaje de las mujeres). En segundo lugar, las variables directas analizadas de los estudios primarios han sido los aspectos psicológicos (p. ej.: bienestar psicológico, catastrofismo de dolor), síntomas físicos (p. ej.: dolor, discapacidad de migrañas, impacto de FM, número de días con migrañas, frecuencia de dolor de cabeza). En cuanto al tipo de intervención que se ha llevado a cabo tanto en el grupo experimental como en el grupo control se ha tenido en cuenta estudios con la intervención TCC, ACT y Mindfulness, en comparación con otro grupo de control o placebo.

Riesgo de Sesgo

Para evaluar la calidad de los estudios seleccionados, se procedió a valorar el riesgo de sesgo de acuerdo con la herramienta de evaluación del riesgo en ensayos

aleatorizados propuesta por Cochrane en el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0.

Esta herramienta consta de siete elementos que contemplan varios sesgos: El primer y el segundo sesgo, son los sesgos de selección tanto por generación de secuencia aleatoria como por ocultación de la asignación a los participantes. El tercer, es el sesgo de rendimiento (enmascaramiento de participantes y personal), la cuarta es sesgo de detección (enmascaramiento de la evaluación de resultados), la quinta es el sesgo de deserción (que son datos incompletos de resultados) y, por último, sesgo de informe (informe de selección). Para cada elemento de sesgo de riesgo se clasificó como alto, medio o bajo. Todos los estudios eran análisis primarios menos el estudio de (Burrowes et al., 2022) que era estudio secundario y fue excluido en esta revisión.

Resultados

Resultados de la búsqueda

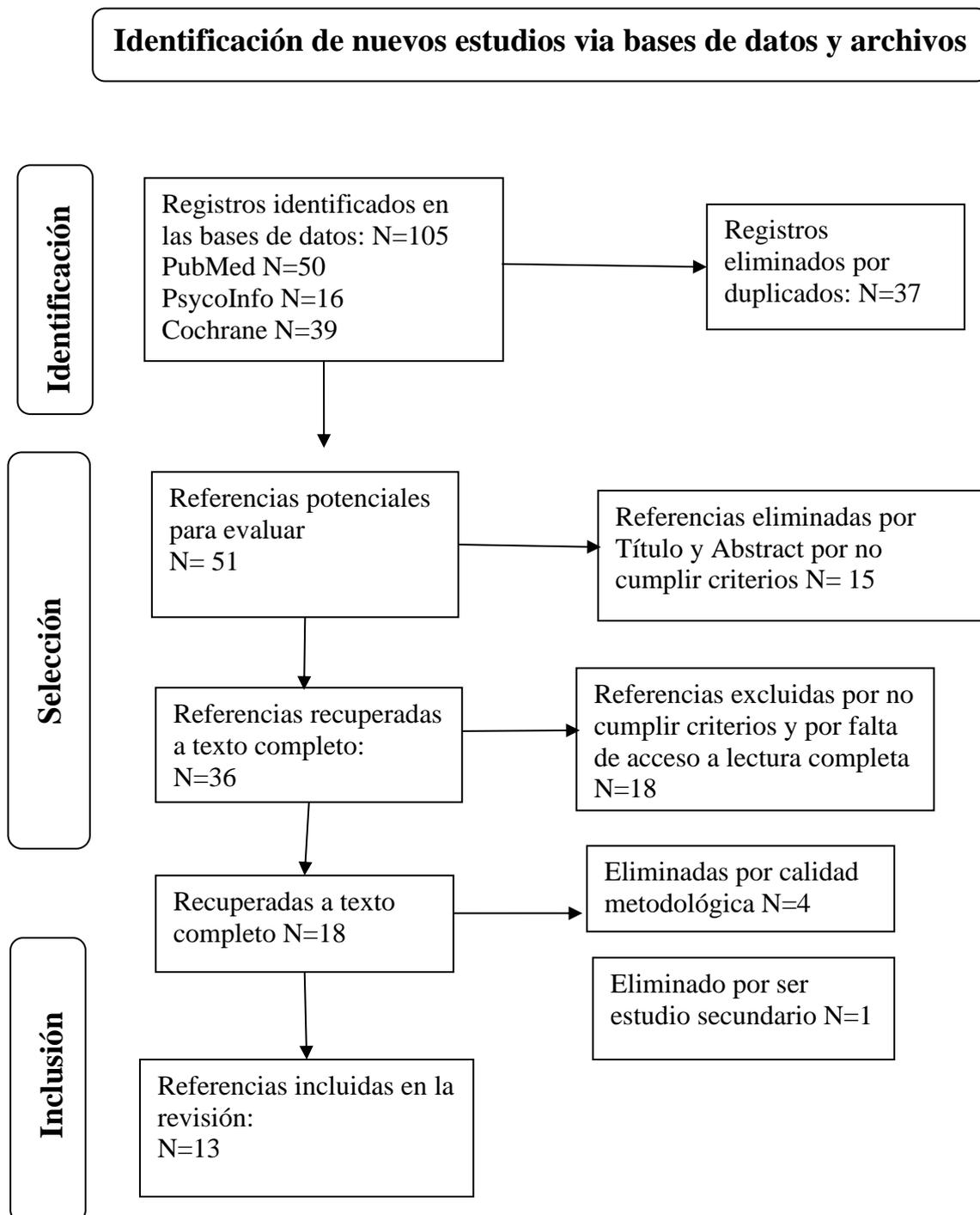
Como se puede observar en el diagrama de flujo (ver figura 1), se obtuvieron 105 artículos tras la búsqueda finalizada en 15 de abril de 2023. Un total de 37 artículos fueron eliminados por duplicados, después de la lectura del título y abstract se eliminaron 15 artículos por no cumplir con criterios de inclusión. Se seleccionaron aquellos que podían cumplir con criterios de inclusión (N=36) y se procedió a realizar una revisión a texto completo descartando aquellos que no cumplían con criterios de inclusión en el estudio (N=18), llegando a quedar con un total de 18 artículos. Tras una exhaustiva revisión bibliográfica, se tomaron medidas para eliminar 4 artículos de la muestra debido a deficiencias en la calidad metodológica y la presencia de un alto sesgo de riesgo que podrían influir en la interpretación de los resultados. Por último, un artículo fue eliminado por ser un estudio secundario.

Llegando a incluir en el presente trabajo 13 artículos ECAs, correspondientes 4 a la terapia cognitivo- conductual, 3 de ACT y 6 de Mindfulness o MBSR (Andrés-Rodríguez et al., 2019; Crawford et al., 2020; Dindo et al., 2020; Grazzi et al., 2021b; McCrae et al., 2019; Pérez-Aranda et al., 2019; Seminowicz et al., 2020 ; Simshäuser et al., 2020; Simister et al., 2018; Seng et al., 2019; Smitherman et al., 2018; Serrat et al., 2021; Wells et al., 2021).

Para analizar los resultados se ha procedido a la síntesis de ellos según a la modalidad terapéutica perteneciente. Para mejorar la legibilidad de los resultados que se informaron de diferentes maneras, abordamos el cambio en los resultados que se tomaron en cuenta como porcentaje de variación entre el inicio y el último seguimiento disponible.

Figura 1

Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de artículos



Característica de los estudios incluidos

Todos los estudios incluidos en esta revisión consistían en ECAs publicados en inglés entre el año 2018 – 2023, cuyo objetivo era estudiar la eficacia de una intervención entre, al menos, dos grupos: grupo control y grupo experimental o comparar la eficacia entre dos o más intervenciones con objetivo de disminuir o mejorar la calidad de vida y también de los síntomas psicológicos o físicos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de dolor crónico en pacientes con fibromialgia y migrañas. Todos los estudios llevaron a cabo cegamiento, y también realizó un análisis de las pérdidas de sujetos durante la investigación.

Las principales características de los estudios que se informaron incluyeron el tamaño de la muestra, el porcentaje de pacientes en mujeres, la edad, la intervención utilizada. También, en todos los estudios se aportaba información sobre las puntuaciones para conocer el estado, la intensidad o la frecuencia de dolor crónico y otras variables de los pacientes al inicio y en el seguimiento con la reducción después del periodo de tratamiento.

Participantes.

La muestra total de los estudios fueron 1279 participantes de dolor crónico (migrañas y fibromialgia), siendo el tamaño de la muestra muy variable entre los estudios, 470 pertenecientes a TCC, 604 a MBRS, y 205 a ACT.

La edad media de todos los participantes comprendía un rango de 44,09 años, el estudio fue acotada ya que se han escogido artículos cuya población abarca adultos (18 – 65 años), debido a que su prevalencia es mayor en adultos de esa edad. De la misma manera, la mayoría de los participantes fueron reclutados de los servicios de

Reumatología y Unidad del Dolor en entornos hospitalarios y presentaban un diagnóstico de dolor crónico.

Las condiciones de dolor se dividieron en fibromialgia (5 estudios) y migrañas (8 estudios). Los estudios evaluaron uno o más de síntomas del dolor (intensidad, frecuencia y duración, impacto de FM o de migraña en la vida del paciente etc.

Por último, con respecto al sexo de los participantes, las muestras de tres estudios estaban compuestas en su totalidad por mujeres (Andrés-Rodríguez et al., 2019; Crawford et al., 2020; Smitherman et al., 2018) mientras que en diez estudios fue superior el número de mujeres 95,81% que de hombres. Finalmente, el estudio de Grazzi et al. (2021b) no informó sobre el sexo de los sujetos.

Resultados riesgo de sesgo

Figura 2

Resultados de la evaluación del riesgo de sesgo según los criterios recomendados por Cochrane.

Artículos	1	2	3	4	5	6	general
Simister et al. (2018)	high	low	low	low	low	low	low
Smitherman et al. (2018)	high	low	¿?	low	high	low	low
Seng et al. (2019)	high	low	low	high	low	low	low
McCrae et al. (2019)	high	low	high	low	low	low	low
Pérez-Aranda et al. (2019)	high	low	high	low	¿?	low	Moderado
Andrés-Rodríguez et al. (2019)	high	low	¿?	low	low	low	low

Crawford et al. (2020)	high	low	low	low	low	low	low
Dindo et al. (2020)	high	low	low	high	low	low	Low
Simshäuser et al. (2020)	high	low	high	low	low	high	Moderado
Seminowicz et al. (2020)	high	low	low	¿?	¿?	low	low
Grazzi et al. (2021b)	high	low	low	¿?	low	low	Low
Serrat et al. (2021)	high	low	low	high	low	low	Moderado
Wells et al. (2021)	high	low	low	low	Low	low	low

Nota: 1. Sesgo de selección (generación de secuencia aleatoria); 2. Sesgo de selección (ocultación de la asignación); 3. Sesgo de rendimiento (cegamientos participantes y de personal); 4. Sesgo de detección (cegamiento de la evaluación de resultados); 5. Sesgo de deserción (que son datos incompletos de resultados); 6. Sesgo de informe (informe de selección, informe selectivo). Para cada elemento de sesgo de riesgo se clasificó como alto, moderado o bajo.

Note: Low: Riesgo bajo de sesgo, ¿?: Riesgo poco claro de sesgo, High: Riesgo alto de sesgo

Los resultados riesgo de sesgo

En la Figura 2 se presenta los resultados de sesgo

De los 18 artículos que se incluyeron en esta revisión sistemática, todos los participantes fueron seleccionados según un criterio médico sin realizar ninguna secuencia aleatoria después, por lo que todos presentan alto riesgo de sesgo. En lo que se refiere sesgo de selección, todos los estudios revisados presentan un riesgo de sesgo de selección bajo ya que todos los participantes fueron aleatorizados a las diferentes

condiciones. Después de un minucioso análisis de riesgo de sesgo, se procedió a excluir cuatro artículos de la muestra debido a su alto riesgo de sesgo. Los detalles sobre las evaluaciones de riesgo de sesgo se pueden encontrar en la figura 2.

Efecto de las intervenciones

Todos los estudios incluyeron medidas de intervención unos antes del tratamiento y otras después y en el seguimiento entre 3, 6 y 12 meses o semanas con el objetivo de comprobar los efectos a largo plazo del tratamiento sobre las medidas primarias evaluadas. De la misma manera, no todos los estudios median las mismas variables, pero la gran parte se repetían en los diferentes estudios.

Duración de seguimiento

El estudio con mínimo tiempo de seguimiento fue (Smitherman et al., 2018) con 8 semanas, seguido por Serrat et al., (2021) y Wells et al., (2021) 12 semanas, Seminowicz et al., (2020) 20 semanas, (Dindo et al., 2020 y Simister et al., 2018) 3 meses, igualmente los ensayos de Grazi et al. (2021b) y McCrae et al. (2019) el seguimiento fue de 6 meses, y finalmente los estudios con mayor duración de seguimiento fueron (Andrés-Rodríguez et al. 2019; Pérez-Aranda et al., 2019; Simshäuser et al., 2020) con 12 meses de seguimiento. El estudio de Crawford et al., 2020 no incluyó el periodo de seguimiento.

Además, los estudios se distinguían en el número de sesiones que conformaban las distintas intervenciones, las intervenciones de MBSR para pacientes con migrañas o fibromialgia consta de un programa de 8 semanas que implica sesiones semanales de 2-2.5 horas. Los participantes también se les animaban a practicar meditación en casa durante al menos 30 minutos al día durante la duración del programa. En suma, la mediana de seguimiento fue de 4 meses.

Variables y escalas utilizados

En cuanto a los medidores de resultados, la mayoría de los estudios para intervención de pacientes con fibromialgia utilizaron The Fibromyalgia Impact Questionnaire-Revised (FIQR) para medir el impacto de la fibromialgia (Simister et al., 2018; Andrés-Rodríguez et al., 2019; Pérez-Aranda et al., 2019; Serrat et al., 2021). El FIQR evalúa la intensidad del dolor en los últimos 7 días. Este cuestionario incluye 21 elementos individuales que se responden en una escala de calificación numérica de 0 a 10, donde 10 refleja un mayor deterioro. De la misma manera, los estudios para migrañas utilizaron Migraine Disability Assessment Test (MIDAS) es un cuestionario que se utiliza para evaluar el impacto de la migraña en la vida diaria de una persona (Seng et al., 2019; Crawford et al., 2020; Wells et al., 2021; Grazzi et al., 2021b). El MIDAS es una herramienta útil para evaluar la discapacidad relacionada con la migraña y para medir la efectividad de las intervenciones terapéuticas. Algunos estudios utilizaron FFMQ para evaluar cinco facetas de mindfulness (Simister et al., 2018) y (Pérez-Aranda et al., 2019).

La escala para valorar al paciente de manera global fue The Patient's Global Assessment (GSI) (Simshäuser et al., 2020) de la misma manera, para evaluar el dolor se utilizaron las escalas Visual Analog Scale (VAS) McCrae et al. (2019) y Serrat et al. (2021), la escala (SF-MPQ) en el estudio de Simister et al. (2018), McGill Pain Questionnaire (McCrae et al., 2019), The Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Pérez-Aranda et al., 2019; Andrés-Rodríguez et al., 2019; Grazzi et al., 2021b).

Para calcular la calidad de vida de los participantes se utilizaron Quality of life was assessed with the World Health Organization Quality of Life (WHO-QOL) (Dindo et al., 2020), Migraine Specific Quality of Life (MSQv2.1) en (Wells et al., 2021). El funcionamiento específico relacionado con el dolor de cabeza se evaluó con Headache Disability Inventory (HDI) (Dindo et al., 2020), Headache Impact Test HIT-6 (Grazzi et

al., 2021b), igualmente, la aceptación del dolor fue evaluado por The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ). La discapacidad asociada al dolor de cabeza fue evaluada por Disability Assessment Schedule (WHO-DAS) (Dindo et al., 2020).

Las intervenciones de TCC

En cuanto a las intervenciones realizadas, se encontraron 4 estudios sobre la efectividad de TCC en pacientes con fibromialgia y migrañas (Smitherman et al., 2018; McCrae et al., 2019; Crawford et al., 2020; Serrat et al., 2021;). Tres estudios se enfocaron en pacientes con diagnóstico de migraña, mientras uno de estudios consideró pacientes con fibromialgia.

Los resultados primarios de estos estudios incluyen la disminución significativa de los días con dolor de cabeza (Smitherman et al., 2018), la reducción de la intensidad del dolor de cabeza (McCrae et al., 2019) y la reducción de la frecuencia del dolor de cabeza se refiere a la cantidad de episodios de dolor de cabeza que una persona experimenta en un período de tiempo determinado, independientemente de la duración de cada episodio (Smitherman et al., 2018). Además, la TCC sustenta ser efectiva en la mejora de la discapacidad asociada con la migraña, medida por la evaluación de Discapacidad de la Migraña (MIDAS) (Crawford et al., 2020).

Un análisis secuencial bayesiano proporcionó una síntesis cuantitativa de los resultados de estos ensayos donde mostró que la terapia cognitivo-conductual para el insomnio disminuyó la frecuencia de dolores de cabeza en 6,2 días (IC del 95%, de -9,7 a -2,7) más en pacientes con migraña crónica que en el grupo control, lo que respalda el papel efectivo de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento complementario no invasivo para la migraña crónica (Smitherman et al., 2018). De la misma manera, Crawford et al. (2020) señaló reducción en la severidad de migrañas en 1.1 días menos

(IC del 95%, de -1,5 a -0,6) y en la reducción de la frecuencia de migraña en 2,6 días (IC 95%, de -4,58 a -0,7) en comparación con el grupo de tratamiento habitual.

Para la aplicación de TCC en pacientes con fibromialgia los estudios han indicado resultados diversos. En el estudio de Serrat et al. (2021), se encontró una mejora significativa en el impacto de la enfermedad ($p=0,001$, $d>0,80$), así como una disminución significativa de percepción de intensidad de dolor ($p<0.001$) frente al grupo control.

Las intervenciones de MBSR

El uso de MBSR en la intervención de dolor crónico en pacientes con migrañas y fibromialgia ha mostrado efecto positivo. Numerosos estudios han evaluado la eficacia de intervenciones MBSR en pacientes con migrañas, siete estudios incluido en esta revisión han justificado que MBSR tiene efectos positivos en la vida de los pacientes con migrañas y fibromialgia (Andrés-Rodríguez et al., 2019; Pérez-Aranda et al., 2019; Seng et al., 2019; Seminowicz et al., 2020; Simshäuser et al., 2020; Wells et al., 2021). Los estudios de Seng et al., (2019) son estudios de MBCT, que combina técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT) con prácticas de mindfulness, y se centran en ayudar a los participantes a identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales, así como a desarrollar una mayor conciencia de sus emociones y una mayor capacidad para regularlas. Han sido incluidos en este estudio como terapias de tercera generación de mindfulness porque utilizan mindfulness como herramienta terapéutica.

Se incluyeron cuatro estudios en esta revisión acerca de la eficacia de MBSR en pacientes con migrañas (Seng et al., 2019; Simshäuser et al., 2020; Seminowicz et al., 2020; Wells et al., 2021). Diversos estudios han evaluado la efectividad de MBSR para la migraña, y los resultados sugieren que algunos de ellos pueden producir mejoras

significativas en múltiples aspectos relacionados con esta enfermedad. En particular, los estudios llevados a cabo por Wells et al. en 2021, Seminowicz et al. en 2020, y Simshäuser et al. en 2020, en Wells et al. (2021) han encontrado que la aplicación de esta intervención produce mejorías significativas en la reducción del número de días con dolor de cabeza, ($p=0.00002$, $d=0.75$), la mejora de la calidad de vida ($p=0,01$, $d=0,72$), en la discapacidad relacionada con el dolor de cabeza ($p<0,001$, $d=0,9$) después de la intervención, y en la reducción en catastrofismo del dolor ($p< 0,05$, $F=4,11$) Simshäuser et al. en 2020 y ($p<0,001$, $d=1.1$) en Wells et al. (2021).

Asimismo, Seminowicz et al. en 2020, los participantes de MBSR+ mostraron reducción significativa en días con dolor de cabeza (7,8 hasta 4,6) que los SMH (7,7 hasta 6,0) con una puntuación mejor en GE que GC ($p=0,04$), y reducción en discapacidad relacionada con el dolor de cabeza era mayor en MBSR que en SMH ($p=0,02$) y severidad de dolor ($p=0,63$). En Simshäuser et al. en 2020, no hubo diferencia significativa entre GE y GC en la reducción de número de días con dolor de cabeza ($p=0,14$, $t=1,51$), y en la aceptación de dolor ($p=0,18$, $F=1,839$) en ambos grupos, sin embargo, se encontró disminución del deterioro relacionado con la migraña casi significativamente ($p=0,06$, $t=1,93$) en GE que en GC. Se encontró un efecto positivo en MBSR a favor del GE en reducción de la gravedad general de migraña en comparación de grupo control ($p<0,01$, $F=7,66$), reducción en percepción sensorial de dolor en GE ($p<0,01$, $F=8,92$) en comparación con GC.

En Seng et al. (2019), los participantes que recibieron MCBT informaron de una reducción significativa en la discapacidad relacionada con dolor de cabeza ($p<0.004$, $F=4,72$), en comparación con grupo control, además, hubo reducción en la discapacidad relacionada con migrañas ($p=0,001$, $F=12,4$), y una mejora significativa en la salud ($p<0,001$) en comparación con el GC. De igual modo, el estudio de Seminowicz et al.,

2020) encontró que después de la intervención, los pacientes tuvieron un aumento en el volumen de materia gris en las regiones prefrontal dorsolateral y sensoriomotor del cerebro, lo que se asoció con una disminución de la catastrofización del dolor. Estos resultados indican que los tratamientos para la migraña pueden tener un impacto positivo no solo en los síntomas relacionados con el dolor de cabeza, sino también en otros aspectos importantes para la calidad de vida de los pacientes.

En nuestra investigación, encontramos que la aplicación de MBSR ha llevado a resultados significativos en la reducción de la intensidad y la frecuencia de migraña y de dolor de cabeza (Wells et al., 2021), así como la disminución de la discapacidad relacionada con migrañas y severidad de dolor (Seminowicz et al., 2020; Seng et al., 2019).

Se incluyeron dos estudios relevantes en esta revisión que evaluaron la efectividad de MBSR para dolor crónico en pacientes con fibromialgia Andrés-Rodríguez et al. (2019) y Pérez-Aranda et al. (2019). Ambos estudios demostraron una reducción significativa en el impacto de la fibromialgia en la vida diaria medida por el FIQR, ($p=0,003$ y $p<0,001$ respectivamente) después de la intervención de 8 semanas de un programa de mindfulness. De la misma manera, hubo reducción del catastrofismo en ambos estudios en GE ($p=0,036$) y ($p<0,001$) en comparación con el GC. Finalmente, en cuanto a los síntomas de FM, Pérez-Aranda A, Feliu- et al., (2019) mostró resultados positivamente significativos en la reducción de los síntomas ($p<0,001$, $t=-5.29$) en el grupo que recibió intervención MBSR en comparación con el grupo TAU. Por tanto, MBSR puede ser una intervención efectiva para mejorar la calidad de vida y reducir los síntomas emocionales en pacientes con fibromialgia.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que algunos de estos efectos favorables se diluyeron parcialmente pasados 12 meses, lo que sugiere una posible

limitación de la eficacia a largo plazo de MBSR en pacientes con fibromialgia en comparación con un tratamiento de carácter psicoeducativo como FibroQoL.

Las intervenciones de ACT

La aplicación de la ACT en adultos con fibromialgia y migrañas muestra resultados significativamente positivos en los 3 estudios analizados en esta revisión (Simister et al., 2018; Dindo et al. ,2020; Grazzi et al. ,2021b). La intervención basada en ACT en adultos con migrañas muestra disminución estadísticamente significativa en la frecuencia de dolor de cabeza ($p < 0,002$, $F = 10,26$) en (Dindo et al. (2020) tras la intervención en GE en comparación con GC en los resultados principales. Igualmente, Grazzi et al. (2021b) mostró un efecto superior en la reducción de la frecuencia de dolor de cabeza ($p = 0,007$, $F = 8,39$) en pacientes que recibieron TAU + ACT en comparación con aquellos que recibieron solo TAU. Con respecto a los resultados secundarios se ha encontrado mejora en síntomas de discapacidad de dolor de cabeza en GE ($p = 0,059$, $F = 2,92$) en estudio de (Dindo et al. (2020) y ($p = 0,634$, $F = 0,23$) en Grazzi et al. (2021b) frente al GC.

En lo que se refiere a la calidad de vida, ACT ha mostrado incremento de calidad de vida y niveles de funcionamiento, el bienestar psicológico ($p = 0,05$, con un valor de $F = 3,07$) y la mejora de la calidad de las relaciones sociales ($p = 0,011$, $F = 4,61$) así como la reducción de discapacidad relacionado con migrañas (Dindo et al., 2020). De la misma manera, un estudio de un día de tratamiento de ACT ha informado que el ACT más educación en migrañas lleva a una mejora en frecuencia de dolor, severidad de dolor de cabeza, uso de medicación y dolor relacionado con discapacidad (Dindo et al., 2020) y una reducción de catastrofización del dolor ($p = 0,268$) y con un valor calculado de ($F = 1,27$) Grazzi et al., (2021b).

Solo el estudio de Dindo et al. (2020) tuvo en cuenta funcionamiento y bienestar psicológico de los pacientes con migrañas, donde los resultados del estudio mostraron que la ACT es efectivo para mejorar el funcionamiento de pacientes con migraña. Este estudio Dindo et al. (2020) se evaluó el impacto de la migraña en el funcionamiento y bienestar psicológico de los pacientes. Para ello, se utilizaron cuestionarios estandarizados y entrevistas clínicas para medir diferentes aspectos del funcionamiento psicológico (WHO-DAS), bienestar psicológico (WHO-QOL).

Además, se midieron variables relacionadas con el funcionamiento diario de los pacientes, como el rendimiento laboral, la capacidad para realizar tareas cotidianas y la satisfacción general con su vida. Los resultados obtenidos permitieron una comprensión más completa de la experiencia de la migraña en la vida de los pacientes y podrían ayudar a orientar el desarrollo de intervenciones terapéuticas más efectivas y personalizadas. De la misma manera, los participantes que recibieron ACT tuvieron mejora significativamente mayor en su bienestar psicológico.

En la aplicación de ACT en pacientes con fibromialgia, solo se ha encontrado un estudio con efectos positivos para esta población (Simister et al., 2018), se encontraron resultados significativos en los impactos primarios y secundarios de la enfermedad. Este estudio indica que los pacientes con fibromialgia presentan resultados significativos en el impacto de FM en GE ($p < 0,001$) con el tamaño del efecto ($d = 1,59$) que se midieron mediante el Fibromyalgia Impact Questionnaire Revised (FIQ-R) en comparación con el GC. Los resultados mostraron que una mayor aceptación del dolor produjo mejoras en el ajuste del comportamiento y el funcionamiento después del tratamiento con ACT en el grupo experimental en comparación con el grupo control ($p = 0.012$, $F = 4.847$).

Los resultados secundarios incluyeron medidas de dolor donde se encontró reducción significativa en las puntuaciones del dolor en el grupo experimental ($p = 0,01$)

y el tamaño del efecto ($d=0.11$) lo cual muestra la magnitud de la diferencia en las puntuaciones del dolor después de la intervención. (Simister et al., 2018). Estos hallazgos sugieren que la ACT podría ser una intervención efectiva para mejorar la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia, aunque se requiere de más investigaciones para confirmar estos resultados y evaluar su generalización a otros contextos y poblaciones.

Debemos señalar que no es objetivo primario de ACT la reducción del dolor sino la aceptación de esta, aunque Grazi et al., (2021b) afirma que la intervención de ACT en pacientes con migrañas provoca reducción de la interferencia del dolor.

Tabla 2

Características de los estudios seleccionados sobre la efectividad de terapia cognitivo conductual para dolor crónico en pacientes con Fibromialgia y Migrañas

Estudios	Participantes	Diagnostico	Intervención	Objetivos	Grupo Experimental y Control	Evaluación	Medidas e Instrumentos	Resultados Principales
Crawford et al., (2020). (dCBT-I)	N= 42 Edad;18-65 100% Mujeres	Migraña	(dCBT-I) 6 sesiones semanales impartidas a través de internet por un terapeuta virtual animado.	Evaluar la efectividad de la terapia cognitiva conductual digital para el insomnio (dCBT-I) para mujeres con migraña y insomnio	GE: recibió la terapia cognitivo-conductual digital GC: recibió educación sobre la higiene del sueño y dolor.	Evaluación Pre y Post para ambos grupos	MIDAS Diario	Se ha encontrado reducción en discapacidad de migrañas (MIDAS), la severidad y la frecuencia.
Serrat et al., (2021) CBT	N=272 Edad;18-65 97% mujeres	Fibromialgia	FIBROWALK + TAU: 60 minutos a la semana en 12 semanas incluye técnicas reestructuración cognitiva y mindfulness	Evaluar la efectividad de un tratamiento multicomponente de 12 semanas basado en la educación sobre neurociencia del dolor, TCC y	GE: FIBROWALK + TAU (N=135) GC: TAU (N=137)	Pre-intervención y post-intervención	FIQR VAS	Participantes de FIBROWALK + TAU mostraron una reducción significativa en FIQR comparado con grupo control TAU (P<0.001), en reducción de percepción de

			TAU: farmacología	Mindfulness en pacientes con fibromialgia (FM) en comparación con el tratamiento habitual (TAU).				intensidad de dolor (P<0.001)
Smitherman et al., (2018)	N= 43 Edad;18-65 100% Mujeres	Migraña	CBTi: intervención de 1,5 horas instrucción higiene de sueño y técnicas de relación. Sham (control): estilo de vida	Proporcionar una síntesis cuantitativa de los ensayos existentes de CBTi para adultos con migraña crónica utilizando métodos estadísticos bayesianos.	GE: CBTi GC: Sham GE: N=23 GC: N=20	Pre- intervenc ión y Post- intervenc ión		Reducción significativa en la frecuencia de dolor en 6,2 días al mes en participantes de CBTi en comparación con el grupo control. Por tanto, la CBTi reduce la frecuencia de dolores de cabeza en aproximadamente 2,7 días mejor que una intervención de control.
McCrae et al., (2019)	N= 113 Edad; 18-65 91,8% Mujeres	Fibromialgia	CBT-I CBT-P Lista espera CBT-I; 50 minutos de sesión durante 8 semanas educación de higiene de sueño, terapia cognitiva,	Examinar los efectos de los tratamientos cognitivo- conductuales para el insomnio (CBT-I) y el dolor (CBT-P) en pacientes con fibromialgia e insomnio comórbido.	CBT-I: N=39 CBT-P: N=37 Lista de espera:37	Pre- intervenc ión y Post- intervenc ión	VAS- intensidad de dolor MPQ PDI	Reducción de dolor en grupo experimental (CBT-P) en comparación con el grupo en la lista de espera.

CBT-P;
educación sobre
el dolor,
relajación
muscular.

Características de los estudios seleccionados sobre la efectividad de Mindfulness para dolor crónico en pacientes con Fibromialgia y Migrañas

Wells et al., (2020)	N=89 Edad; 18-65 82,9% mujeres	Migrañas	MBSR 2 horas cada semana por 8 semanas TAU: Educación sobre cefaleas.	Evaluar la eficacia de MBSR en la reducción del dolor de cabeza y la mejora de la calidad de vida en adultos con migraña, en comparación con la educación sobre cefalea.	GE; MBSR (N=49) GC; (N=47)	Pre- intervenc ión y Post- intervenc ión	MIDAS HIT-6 PCS HMSE	Los resultados sugieren que el MBSR es más efectivo que la educación sobre cefalea en la reducción de días de migraña al mes (P< 0,001), la discapacidad de migrañas (P< 0,001), la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con migraña (P=0,01) y la reducción en catastrofismo del dolor (P < 0,001).
Seminowicz et al., (2020)	N=98 Edad; 18-65	Migraña	MBSR+; Intervención 2 horas en 8 semanas	Evaluar la efectividad de MBSR+ en la reducción de la	GE: N=50 GC: N=48	Pre- intervenc ión y Post-	Diario HIT-6 (Headach	Los participantes de MBSR+ mostraron reducción significativa en días con dolor de cabeza

	90,8% mujeres		SMH; Manejo de estrés de dolor de cabeza, educación sobre dolor de cabeza.	frecuencia, la discapacidad relacionada con los dolores de cabeza y la severidad del dolor en pacientes con migrañas.		intervención	e Impact Test-6)	(7,8 hasta 4,6) que los SMH (7,7 hasta 6,0) (P=0,04), reducción en discapacidad relacionada con el dolor de cabeza era mayor en MBSR que en SMH (P=0,02) y severidad de dolor.
Simshäuser et al., (2020)	N=62		MBSR; sesiones de 2,5 horas a la semana en 8 semanas de intervención.	Evaluar la viabilidad y estimar los tamaños de efecto de la MBSR en una muestra de pacientes que sufren de migraña.	GE: MBSR (N=32) GC: TAU (N=30)	Pre-intervención y Post-intervención	Diario de migraña GSI PPS	Tras la intervención de MBSR no hubo diferencia significativa entre GE y GC en reducción de número de días con migraña (P=0,14), disminución del deterioro relacionado con la migraña casi significativamente (P=0,06). Se encontró un efecto positivo en MBSR a favor del GE en reducción de la gravedad general de migraña en comparación de grupo control (P<0,01), reducción en percepción sensorial de dolor en GE en comparación con GC (P<0,01). No hubo
MBSR	Edad;18-65 92% Mujeres	Migraña	TAU; 3 sesiones de educación de 2,5 horas en 8 semanas MBSR + TAU					

								diferencias en aceptación de dolor en ambos grupos.
Seng et al., (2019)	N= 60 Edad;18-65 91,7% Mujeres	Migraña episódica	MBCT: 8 sesiones semanales individuales de MBCT-M de 75 minutos durante 8-10 semanas. Diario de dolor de cabeza y registro de atención plena. TAU: 8 semanas de lista de espera/tratamiento habitual	Evaluar la eficacia de MCBT para reducir la discapacidad relacionada con la migraña en personas con migraña episódica y crónica.	GE: intervención de 8 semanas de MCBT (N= 31) GC: tratamiento habitual (N=29)	Pre-intervención y Post-intervención	HDI Un diario de migraña MIDAS MSQ	Los participantes que recibieron MCBT informaron de una reducción significativa en la discapacidad relacionada con la migraña (p <0.001), en comparación con grupo control, reducción en discapacidad (MIDAS) (P=0,007), y la salud (p <0.001) en comparación con grupo control.
Andrés-Rodríguez et al., 2019	N= 70 Edad; 18-65 100% Mujeres	Fibromialgia	GE: MBSR +TAU: Duración 8 semanas (2,5 horas a la semana) y prácticas de atención plena	El objetivo de este estudio fue ampliar la experiencia clínica previa de la MBSR tanto para su impacto en la	GE:35 GC:35	Pre y post tratamiento	FIQR PCS VAS PIPS	Los participantes de grupo experimental mostraron reducción en impacto de fibromialgia FIQR (P=0,003) y Catrofisismo de dolor (P = 0.036) en comparación con el grupo control.

			en casa (45 minutos al día) y asistir a un retiro intensivo de meditación de 6 horas. GC: TAU, medicación	sintomatología clínica y biomarcadores inmunológicos.				
Pérez-Aranda A, Feliu- et al., (2019)	N= 225 Edad: 18- 65 100% mujeres	Fibromialgia	MBSR:8 semanas, 2,5h a la semana. retiro de todo un día FibroQol: 4 sesiones sobre FM y 4 sesiones de entrenamiento de hipnosis.	Analizar la eficacia diferencial y los resultados a corto y largo plazo de MBSR en comparación con FibroQol y TAU en pacientes con FM.	GE: MBSR + TAU (N=75) GC: MBSR + FibroQol (N=75) TAU (75)	La evaluación post-tratamiento.	FIQR FSDC	Los pacientes que recibieron MBSR + TAU tuvieron una reducción significativa en el impacto funcional que grupo control (P<0,001) MBSR y TAU, la MBSR mostro mejores resultados que TAU (P<0,001). Y reducción en síntomas de fibromialgia (P<0,001) y reducción en catrofisismo (P<0,001)

Características de los estudios seleccionados sobre la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso para dolor crónico en pacientes con Fibromialgia y Migrañas

Dindo et al., (2020)	N=103 Edad; 18-65 84% Mujeres	Migraña	Comparación de ACT y tratamiento	Comparar los efectos de la (ACT-ED) con el apoyo habitual en	GE: ACT-ED (N=56) GC: tratamiento habitual (N=47)	Pre y Post, en un día	HDI	ACT-ED fue efectiva que el apoyo habitual para mejorar la reducción en la discapacidad relacionada
----------------------	-------------------------------------	---------	----------------------------------	--	--	-----------------------	-----	--

			habitual (ACT-ED) en un día S-ED	pacientes con migraña y depresión en un período de un día.		(5 a 6 horas)		con dolor de cabeza en grupo experimental (P<0,002) que en el grupo control.
Simister et al., (2018)	N= 67	Fibromyalgia	Online ACT y Ejercicios en casa Los participantes tenían dos meses para completar el programa, se les animó a utilizar aprox. una semana para completar cada módulo.	El propósito era evaluar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, en línea para el tratamiento de la fibromialgia en comparación con la atención habitual	GE: ACT online + TAU (N=33) GC: TAU (N=34)	Pre-intervención y Post intervención	FIQR SF-MPQ CPAQ-R	Los participantes que recibieron ACT en línea + TAU tuvieron una mejoría significativamente mayor en la medida del impacto de FM (P< 0,001), reducción en el dolor (P=0,010), y mejora en aceptación de dolor (P=0,012) en comparación con TAU.
Grazzi et al., 2021b	N=35	Migraña	TAU+ACT; recibieron 6 sesiones de 90 minutos semanales de ACT y dos sesiones complementarias de "refuerzo"	Explorar la efectividad de agregar ACT a un curso estándar de tratamiento farmacológico profiláctico para reducir la frecuencia	GE:18 GC:17	Pre-tratamiento y Post-tratamiento	Diario de días con dolor de cabeza MIDAS HIT-6	Se encontró un efecto positivo tras la intervención a favor de TAU+ACT en la reducción de la frecuencia de dolor de cabeza en comparación con grupo control (P=0,007), discapacidad de dolor de cabeza (P=0,634) e

TAU; educación
y fármacos

mensual de dolor
de cabeza

impacto de dolor de
cabeza (P=0,327),
catastrofismo de dolor
(P=0,268)

Notas: N=número de participantes; MBSR = mindfulness-based stress reduction; TCC= terapia cognitivo-conductual; CBT-I =Cognitive Behavioral Therapy for insomnia; CBT-P =Cognitive Behavioral Therapy for Pain; ACT=Acceptance and Commitment Therapy; ACT-ED= acceptance and commitment therapy plus migraine education; S-ED= support plus migraine education; GE= grupo experimental; GC= grupo control; TAU= Tratamiento As Usual; HIT-6=Impacto de dolor de cabeza; MIDAS= Migraine Disability Assessment; FIQR=Impacto de fibromialgia; VAS= Escala de Análisis Visual; PPS= Percepción de dolor; PCS=The Pain Catastrophizing Scale; HDI= Discapacidad de dolor de cabeza; DSM-IV (SCID-I) =Entrevista Clínica Estructurada para el dolor de cabeza; The McGill Pain Questionnaire-short form= SF-MPQ; The Chronic Pain Acceptance Questionnaire-Revised=CPAQ-R; El Diario de Migraña y Cefalea (Headache Diary); General Severity Index=GSI; FM= Fibromialgia; P= nivel de significación. El valor F representa el estadístico utilizado en el análisis.

Enlace de Excel para acceder más información de las variables.

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1xzBPmP_Tmjk1EiqNxyyIRs7__24h1-eh/edit?usp=share_link&oid=111947985692203343935&rtfop=true&sd=true

Discusión y conclusiones

Es cierto que la fibromialgia y las migrañas han sido objeto de controversia y un desafío para la comunidad médica debido a la complejidad de su diagnóstico y tratamiento, así como a la falta de interés en su estudio en el pasado. Además, la carga económica que suponen los pacientes crónicos con estas condiciones también ha sido un tema de preocupación según Castrillón Bustamante et al. (2021).

El propósito de este estudio fue realizar una revisión sistemática de estudios que empleen las técnicas de Terapia Cognitivo-Conductual y Terapias de tercera generación (ACT y Mindfulness), como tratamiento de dolor crónico en adultos de 18-65 años, centrándonos en abordaje de individuos afectados por la fibromialgia y migrañas. Después de revisar cuidadosamente 13 estudios relevantes, se encontraron resultados significativos y positivos en la disminución del dolor crónico en esta población tratada con estas terapias, tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento a largo plazo.

Para cumplir con los objetivos específicos planteados en este estudio, se han comparado los beneficios de las distintas terapias una vez implementadas en pacientes con migrañas y fibromialgia. Se han evaluado los resultados de cada intervención para determinar cuál es más efectiva en la reducción del dolor y la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Los hallazgos obtenidos permiten establecer una comparación entre las diferentes terapias y evaluar sus beneficios de manera objetiva.

Se ha encontrado que la TCC muestra un mayor efecto en lo que se refiere a la reducción de los síntomas del dolor, la frecuencia de los episodios de dolor y la intensidad del dolor (Crawford et al., 2020; McCrae et al., 2019; Smitherman et al., 2018). Esto se podría explicar por la enseñanza de habilidades de afrontamiento específicas que los pacientes aprenden en la TCC, como reestructuración cognitiva, técnicas de relajación,

actividades físicas gradual y estrategias de afrontamiento como la visualización (Crawford et al., 2020; McCrae et al., 2019; Smitherman et al., 2018). Estas habilidades pueden ayudar a prevenir la aparición de los episodios de dolor crónico al abordar los factores que contribuyen al dolor crónico, como los patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales.

Estos mismos resultados se ven reflejadas en la MBSR (Seminowicz et al., 2020; Simshäuser et al., 2020). En suma, tanto, en TCC como en terapias de tercera generación, tiene lugar una disminución de los niveles de ansiedad, depresión, estrés y de la catastrofización del dolor que a menudo son comórbidos con el dolor crónico.

Es importante señalar que las terapias de la tercera generación (ACT y Mindfulness) no tienen como objetivo principal la reducción de los síntomas del dolor crónico, sino que se enfocan en aumentar el funcionamiento y la calidad de vida del paciente (Dindo et al., 2020; Wells et al., 2021). La ACT enseña a los pacientes a aceptar su dolor y a aprender a convivir con él en lugar de intentar eliminarlo por completo (Dindo et al., 2020; Grazzi et al., 2021b; Simister et al., 2018). Los pacientes aprenden a desarrollar una mayor flexibilidad cognitiva y emocional, lo que les permite adaptarse mejor a los desafíos de la vida diaria y a aumentar su bienestar psicológico y social. Por otro lado, a través de la práctica de mindfulness, los pacientes aprenden a desarrollar una mayor conciencia del momento presente con una actitud de aceptación y sin juicio, llegando a reducir la influencia de pensamientos y emociones negativas que pueden aumentar el sufrimiento.

En resumen, tanto Mindfulness como ACT, han demostrado tener un impacto positivo en el funcionamiento y la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico (Simister et al., 2018; Andrés-Rodríguez et al., 2019; Pérez-Aranda et al., 2019; Dindo et al., 2020; Wells et al., 2021).

Igualmente, se destacan los resultados de esta revisión como consecuencia del tipo de terapia utilizada. En este caso, la TCC se enfoca en el aumento de habilidades de afrontamiento para que los pacientes aprendan a manejar mejor los desafíos asociados con el dolor crónico. Por otro lado, la ACT se busca mejorar la flexibilidad psicológica en los pacientes, y el Mindfulness se centra en fomentar la atención plena y la conciencia del momento presente en los pacientes. Esta flexibilidad psicológica en los pacientes tiene una asociación significativa con la aceptación del dolor (Simister et al., 2018).

Las terapias de tercera generación (ACT y Mindfulness) nos ofrecen resultados de mayor éxito en la reducción significativa alta de la discapacidad funcional en casi todos los estudios analizados de terapias de tercera generación. En la misma línea, en referencia al incremento de calidad de vida, flexibilidad psicológica, funcionamiento, bienestar emocional, y la disminución funcional del impacto del dolor en los pacientes con dolor crónico, las terapias de tercera generación muestran ventaja frente a TCC.

La ACT y el mindfulness son dos terapias de tercera generación que han sido investigadas como tratamientos para pacientes con migrañas y fibromialgia. Si bien la TCC sigue siendo el enfoque principal para el tratamiento del dolor crónico, estas terapias más recientes están ganando popularidad y pueden ser consideradas como opciones complementarias o alternativas para algunos pacientes.

No hay respuesta definitiva a la pregunta ¿Son iguales de eficacia y generan el mismo nivel de bienestar al paciente el uso las terapias de la tercera generación frente a la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento del dolor crónico?, ya que la eficacia y el nivel de bienestar que generan estas terapias dependen de muchos factores, como la gravedad y la duración del dolor crónico, la edad y el género del paciente, la habilidad y experiencia del terapeuta, entre otros, es importante tener en cuenta que los resultados de cualquier terapia psicológica pueden variar de un paciente a otro, y lo que funciona para

uno puede no funcionar para otro. Por lo tanto, es necesario realizar más investigaciones para determinar la eficacia y la efectividad de estas terapias en diferentes poblaciones y en diferentes contextos clínicos.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones de esta revisión es la imposibilidad de llevar a cabo una comparación directa entre ambas terapias debido a que cada una tiene objetivos específicos y generales distintos, lo que impide una evaluación exhaustiva de todas las variables, dado que no todas son comunes en ambas terapias. Por tanto, se ha realizado un análisis de los resultados de cada terapia para determinar los beneficios que ofrece cada una en el tratamiento del dolor crónico en las poblaciones consideradas, con el objetivo general de evaluar su eficacia.

Por otro lado, otra limitación del presente estudio radica en que no se han encontrado investigaciones que se centren exclusivamente en mujeres con diagnóstico de migrañas y fibromialgia. La falta de información específica sobre estas poblaciones limita la posibilidad de obtener conclusiones más precisas y detalladas en cuanto a la efectividad de las terapias de tercera generación en esta población en particular. Por otro lado, debido a la mayor prevalencia de dolor crónico en este género, especialmente en el caso de la fibromialgia y las migrañas, la exclusión de estudios que se centre solo en mujeres puede limitar la generalización de los resultados de esta revisión. Por tanto, se sugiere la necesidad de realizar investigaciones más específicas y exhaustivas en este campo para poder obtener una visión más completa y detallada de la eficacia de estos tratamientos en mujeres con fibromialgia y migrañas.

Otra limitación destacable de esta revisión es la desigualdad en cuanto al número de estudios disponibles para cada terapia. En particular, se observó que el número de estudios encontrados para la MBSR es significativamente mayor que los hallados para la

ACT y de TCC. Por tanto, esta revisión de la literatura ha revelado que el número de estudios encontrados para las terapias de tercera generación, como ACT y mindfulness, es mayor que los hallados para la terapia cognitivo-conductual. Esta discrepancia puede deberse a que la terapia de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso y la terapia basada en mindfulness, es un área de investigación más reciente y en constante crecimiento lo que podría haber generado un mayor interés en la comunidad científica llevado a una mayor investigación en esta área. Por otro lado, la terapia cognitivo-conductual ha sido ampliamente utilizada y estudiada durante varias décadas, lo que podría haber llevado a un menor número de nuevos estudios sobre esta terapia en comparación con las terapias más recientes. Sin embargo, es importante destacar que la cantidad de estudios no siempre implica una mayor eficacia, y se necesitan más investigaciones para comparar y evaluar adecuadamente la eficacia de estas terapias en el tratamiento del dolor crónico.

Una limitación importante por considerar es la variabilidad de los instrumentos utilizados para evaluar los resultados. En algunos casos, se utilizaron herramientas diferentes para medir la misma variable, lo que podría haber influido en las diferencias encontradas en los resultados. Es importante destacar que la elección del instrumento de evaluación debe ser cuidadosamente considerada para garantizar la fiabilidad y validez de los resultados obtenidos.

En relación con las líneas de futura de investigación, se destaca la necesidad de realizar estudios comparativos entre TCC y terapias de tercera generación para determinar cuál es más eficaz en el tratamiento del dolor crónico en estos pacientes. Asimismo, realizar estudios sobre la implementación de las terapias de tercera generación en diferentes contextos y poblaciones con el fin de evaluar su eficacia en la práctica clínica y entender si estas terapias pueden ser adaptadas y utilizadas en distintas poblaciones.

Otro aspecto con necesidad de investigación es la eficacia de intervenciones basadas en tecnología, como aplicaciones móviles y programas de terapia online, para mejorar el acceso a la terapia en pacientes con migrañas y fibromialgia y evaluar su efectividad en comparación con la terapia tradicional.

Finalmente, podemos subrayar que en los últimos años ha habido un aumento en la investigación y la conciencia sobre estas condiciones, lo que ha llevado a mejoras en el diagnóstico y el tratamiento. La fibromialgia y las migrañas son condiciones médicas reales y debilitantes que pueden afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes. Es importante que los pacientes con fibromialgia y migrañas reciban la atención y el tratamiento adecuados, y que se les brinden el apoyo necesario para manejar su enfermedad. La educación y la conciencia pública también pueden ayudar a reducir el estigma y la discriminación que a menudo enfrentan estos pacientes.

Referencias Bibliográficas

- Adler-Neal, A. L., & Zeidan, F. (2017). Mindfulness Meditation for Fibromyalgia: Mechanistic and Clinical Considerations. *Current Rheumatology Reports, 19*(9). Doi: 10.1007/s11926-017-0686-0
- Alonso-Fernández, M., López-López, A., Losada, A., González, J. L., & Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and Commitment Therapy and Selective Optimization with Compensation for Institutionalized Older People with Chronic Pain. *Pain medicine (Malden, Mass.), 17*(2), 264–277. Doi:10.1111/pme.12885
- American Psychiatric Association. (2002). DSM IV TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado. Masson.
- Amigo Vázquez, I. (2020). *Manual de Psicología de la Salud* (3a. ed.). Madrid: Piramide.
- Andrés-Rodríguez, L., Borràs, X., Feliu-Soler, A., Pérez-Aranda, A., Rozadilla-Sacanell, A., Montero-Marin, J., Maes, M., & Luciano, J. V. (2019). Immune-inflammatory pathways and clinical changes in fibromyalgia patients treated with Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): A randomized, controlled clinical trial. *Brain, Behavior, and Immunity, 80*, 109–119. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.02.030>
- Barbosa-Torres, C., López-López, L., & Cubo-Delgado, S. (2018). El síndrome de fibromialgia y su tratamiento. *Ciencias Y Humanidades De La Salud, 5*(3), 103-115.
- Barcia-Mejía, C., González-González, Y., Da Cuña-Carrera, I., & Alonso-Calvete, A. (2021). TENS in chronic pain: A systematic review | Estimulación nerviosa transcutánea en el manejo del dolor crónico: Una revisión sistemática. *Archivos de Neurociencias, 25*(2), 67–79

- Bilbeny, N. (2019). DOLOR CRÓNICO EN CHILE. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(6), 397–406. Doi:10.1016/j.rmclc.2019.08.002
- Binkiewicz-Glińska, A., Bakula, S., Tomczak, H., Landowski, J., Ruckemann-Dziurdzińska, K., Zaborowska-Sapeta, K., Kowalski, I., & Kiebzak, W. (2015). Fibromyalgia Syndrome - a multidisciplinary approach. *Psychiatria polska*, 49(4), 801–810. <https://doi.org/10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/4>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain (London, England)*, 10(4), 287–333. Doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Bustabad S, Díaz González F. Estudio EPISER 2016. el porqué de un nuevo estudio epidemiológico. *Reumatología Clínica*. 2017; 13(1):1-3.
- Caballero Molina, F. M., & Bernal García, A. (2020). TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA FIBROMIALGIA: EL EJERCICIO FÍSICO EN MUJERES ADULTAS. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 427. Doi: 10.55166/reefd.vi427.867
- Cáceres-Matos, R., Gil-García, E., Barrientos-Trigo, S., Porcel-Gálvez, A. M., & Cabrera-León, A. (2020). Consequences of Chronic Non-Cancer Pain in adulthood. Scoping Review. *Revista De Saúde Pública*, 54(39), 1-13. Doi 10.11606/s1518-8787.2020054001675
- Chabusa Martínez, K. L., Carbo Baculima, S. E., Guerrero Ramirez, J. R., & Perez Mendoza, K. K. (2020). Manejo de cefalea migrañosa. *RECIMUNDO*, 4(1(Esp), 122-132. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).esp.marzo.2020.122-132](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).esp.marzo.2020.122-132)

- Camargo L, D. M., Bibiana Jiménez, J., Archila, E., & Villamizar, M. S. (2004). El dolor: una perspectiva epidemiológica. *Salud UIS*, 36(1). Recuperado a partir de <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/712>
- Carme Valls, L. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina* (4ª.ed.). Desvelando nuestra salud.
- Castrillón Bustamante, D., Secco, A., Campos, O. P., Rodríguez Bossio, E., & Callahuara Noel, C. (2021). Frequency and severity of symptoms in patients with Fibromyalgia and Migraine. [Frecuencia y severidad de los síntomas en pacientes con Fibromialgia y Migraña]. *Revista Colombiana de Reumatología*, 28(3), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.05.005>
- Climent, C., Ballester, M., y Cantus, D. (2019). Calidad de vida en pacientes con Fibromialgia. Revisión bibliográfica. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, (8).
- Crawford, M. R., Luik, A. I., Espie, C. A., Taylor, H. L., Burgess, H. J., Jones, A. L., Rush University Sleep Research Team, & Ong, J. C. (2020). Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Women With Chronic Migraines. *Headache*, 60(5), 902–915. <https://doi.org/10.1111/head.13777>
- Grazzi, L., Andrasik, F., Rizzoli, P., Bernstein, C., Sansone, E., & Raggi, A. (2021). Acceptance and commitment therapy for high frequency episodic migraine without aura: Findings from a randomized pilot investigation. *Headache*, 61(6), 895–905. <https://doi.org/10.1111/head.14139>
- Darnall, B. D. (2019). *2019. Psychological treatment for patients with chronic pain*. American Psychological Association. Doi: 10.1037/0000104-000
- Díaz-Insa, S., Navarro-Zornoza, M., Sánchez-de la Rosa, R., & Guerrero, A. (2022). Caracterización del manejo del paciente con migraña en Atención Primaria en España.

Análisis de los resultados del proyecto europeo My-LIFE anamnesis. *Neurología*. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.10.012>

Diers, M. (2019). Neuroimaging the pain network—Implications for treatment. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 33(3), 101418. Doi: [10.1016/j.berh.2019.05.003](https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.05.003)

Dueñas, M., Salazar, A., Ojeda, B., Fernández-Palacín, F., Micó, J. A., Torres, L. M., & Failde, I. (2015). A nationwide study of chronic pain prevalence in the general spanish population: identifying clinical subgroups through cluster analysis. *Pain medicine*, 16(4), 811–822. Doi:org/10.1111/pme.12640

Espinosa, X. & Pérez-Acosta, A. (2017). Evolución del concepto de Psicología de la Salud y su diferenciación con otros campos de acción profesional. *Documentos de Investigación*, 24(1), 7-27. Doi:10.48713/10336_12870

Fernandez-Martin, L. C., Fombellida-Velasco, C., Montero-Fernandez, C., Fernandez-Lazaro, C. I., & Miron-Canelo, J. A. (2019). Caso de aplicación de un protocolo cognitivoconductual para el manejo del dolor crónico [Application of a case study cognitive-behavioral protocol for the management of chronic pain]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 356–362. Doi:10.24205/03276716.2019.1120

Flores-Fernández, C., Aguilera-Eguía, R., Saldivia-Saldivia, A.M., Gutiérrez-Parra, V., Pérez-Galdavini, V.M., & Torres-Morera, L.M. (2018). Análisis bibliométrico de la Revista de la Sociedad Española del Dolor: 2007-2016. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(3), 170-177. Doi: 10.20986/resed.2018.3627/2017

Folch-Marín, B., & Palop-Larrea, V. (2020). Dolor crónico en la mujer. *AMF*, (16), 289-294. Doi:

Francisco López Timoneda, (2014). UCPD Segovia. Dolor. *Definición y clasificación*. p. 1-58.

- Garrido Cumbreña, M. (2019). Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018. Impacto y situación de la Migraña en España: *Atlas 2018*. Editorial Universidad de Sevilla.
<https://doi.org/10.12795/9788447228324>
- Garzón, A., & Caro, I. (2014). Evolution and future of health psychology. *Anales de Psicología*, 30(1), 1–8. Doi:[10.6018/analesps.30.1.170491](https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.170491)
- Gayà, T. F., Ferrer, C. B., Mas, A. J., Seoane-Mato, D., Reyes, F. Á., Sánchez, M. D., Dubois, C. M., Sánchez-Fernández, S. A., Vargas, L. M. R., García Morales, P. V., Olivé, A., Muñoz, P. R., Larrosa, M., Navarro Ricós, N., Sánchez-Piedra, C., Díaz-González, F., & Bustabad-Reyes, S. (2020). Prevalence of fibromyalgia and associated factors in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 38(1), 47–52.
- GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017; 390 (10100): 1211-59. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC public health*, 11, 770. Doi:10.1186/1471-2458-11-770
- González, P.A, 2017. Psiquiatría y Dolor Crónico. *Psicosomática y Psiquiatría (1)* 1:70-80.
- Grau, J. & Hernández, E. (2005). Psicología de la Salud: aspectos históricos y conceptuales. En E. Hernández y J. Grau (Comps.), *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud (1) 33-84.
- Guillemet, G. & Guy-Coichard, C. (2016). Principios de tratamiento del dolor crónico. *EMC - Kinesiterapia - Medicina Física*, 37(3), 1–12. Doi:[10.1016/S1293-2965\(16\)78902-X](https://doi.org/10.1016/S1293-2965(16)78902-X)

- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, (1)1-25.
Doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hidalgo Martínez, B. D., Pérez Ortiz, V., Olivera Cardoso, M. C., López Arística, L., Betancourt Castellanos, L., & Loo Navarrete, M. A. (2020). Terapia cognitivo-conductual en la fibromialgia. *QhaliKay. Revista de Ciencias de la Salud* ISSN: 2588-0608, 4(1), 19. Doi.org/10.33936/qkracs.v4i1.1699
- Hooten WM, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, Myers C, Noonan MP, Owens J, Saeger L, Schweim K, Shteyman G, Walker N. Institute for Clinical Systems Improvement. Assessment and Management of Chronic Pain. Updated November 2013.
- Lakhan, S. E., & Schofield, K. L. (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 8(8), e71834.
Doi:10.1371/journal.pone.0071834
- León, J. M., Medina, S., Barriga, S. Ballesteros, A. y Barrera, I. M. (2014). Psicología de la Salud y de la calidad de vida. Barcelona: UOC.
- Londoño C., & Flórez-Alarcón, L. (2010). Formación en psicología de la salud en Colombia. *Psychologia*, 4(1), 55-61. Doi:[10.21500/19002386.1158](https://doi.org/10.21500/19002386.1158)
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-66).
Doi:[10.33776/amc.v42i165-66.2791](https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2791)
- Margarita González, A. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610–617. Doi:10.1016/S0716-8640(14)70081-1

- McCracken, L. M., & Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain, 148*(1), 141–147. Doi: 10.1016/j.pain.2009.10.034
- McCrae, C. S., Mundt, J. M., Curtis, A. F., Craggs, J. G., O’Shea, A. M., Staud, R., Berry, R. B., Perlstein, W. M., & Robinson, M. E. (2018). Gray Matter Changes Following Cognitive Behavioral Therapy for Patients With Comorbid Fibromyalgia and Insomnia: A Pilot Study. *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine, 14*(9), 1595–1603. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7344>
- Melzack, R.; Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science, 150*(3699), 971–978. Doi:10.1126/science.150.3699.971
- Moioli Bruno. (2013). Fibromialgia el reto se supera: *Evidencias, experiencias y medios para el afrontamiento (1.ed)*. Desclée De Brouwer
- Moix, J., Casado, M. I., & del Manual del Dolor, C. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico [Psychological therapies to treat chronic pain]. *Clínica y Salud, 22*(1), 41–50. Doi:10.5093/cl2011v22n1a3
- Muñoz-Sanjosé, A., Palao Tarrero, Á., Torrijos Zarcero, M., María Del Río, M. D. R., & Rodríguez Vega, B. (2019). Intervenciones Basadas en Mindfulness y Compasión en Dolor Crónico. *Revista de Investigación y Educación En Ciencias de La Salud (RIECS), 4*(S1), 112–122. Doi:10.37536/riecs.2019.4.s1.130
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *AV. PSICOL, 16*(1), 9-38. Doi:
- Olla, D., Sawyer, J., Sommer, N., & Moore, J. B. (2020). Migraine Treatment. *Clinics in Plastic Surgery, 47*(2), 295-303. Doi: 10.1016/j.cps.2020.01.003

- Olsson, G., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., Ingvar, M. & Wicksell, R. (2012). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Pain*, 3(3), 183-183. Doi: 10.1016/j.sjpain.2012.05.027
- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Toronto, Ontario, Canadá: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública.
- Ortiz, Lina; Velasco, Maritza (2017). Dolor Crónico y Psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 866–873. Doi: 10.1016/j.rmclc.2017.10.008
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Palao Tarrero, A. y Rodríguez Vega, B. (2016). Intervenciones Basadas en Mindfulness para el Dolor Crónico. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 21-35. Doi: 10.33898/rdp.v27i103.102
- Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., & Van-der Hofstadt-Román, C. J. (2021). Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 100197. Doi: 10.1016/j.ijchp.2020.08.001
- Pérez-Aranda, A., Feliu-Soler, A., Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Andrés-Rodríguez, L., Borràs, X., Rozadilla-Sacanell, A., Peñarrubia-Maria, M. T., Angarita-Osorio, N., McCracken, L. M., & Luciano, J. V. (2019). A randomized controlled efficacy trial of mindfulness-based stress reduction compared with an active control group and usual care

for fibromyalgia: The EUDAIMON study. *Pain*, 160(11), 2508–2523.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001655>

Perez-Laborde, L. E., & Moreyra-Jiménez, L. (2017). El quehacer del profesional de la psicología de la salud: Definiciones y Objetivos. *Revista digital internacional de psicología y ciencia social*, 3(2), 136-155. Doi: 10.22402/j.rdipycs.unam.3.2.2017.81.136-155

Rodríguez-Terán, R. (2021). Importancia de la psicología de la salud en la atención primaria, promoción y prevención de la salud. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 10(19), 49-53.
<https://doi.org/10.29057/icsa.v10i19.7669>

Ruggeri, M., Drago, C., Rosiello, F., Orlando, V., & Santori, C. (2020). Economic Evaluation of Treatments for Migraine: An Assessment of the Generalizability Following a Systematic Review. *Pharmacoeconomics*, 38(5), 473-484. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00879-1>

Sánchez Herrera, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan*. Facultad de Enfermería. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2106543&info=resumen&idioma=SPA>

Seminowicz, D. A., Burrowes, S. A. B., Kearson, A., Zhang, J., Krimmel, S. R., Samawi, L., Furman, A. J., Keaser, M. L., Gould, N. F., Magyari, T., White, L., Goloubeva, O., Goyal, M., Peterlin, B. L., & Haythornthwaite, J. A. (2020). Enhanced mindfulness-based stress reduction in episodic migraine: A randomized clinical trial with magnetic resonance imaging outcomes. *Pain*, 161(8), 1837–1846.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001860>

- Seng, E. K., Singer, A. B., Metts, C., Grinberg, A. S., Patel, Z. S., Marzouk, M., Rosenberg, L., Day, M., Minen, M. T., Lipton, R. B., & Buse, D. C. (2019). Does Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Migraine Reduce Migraine-Related Disability in People with Episodic and Chronic Migraine? A Phase 2b Pilot Randomized Clinical Trial. *Headache*, 59(9), 1448–1467. <https://doi.org/10.1111/head.13657>
- Sephton, S. E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., et al. (2007). Mindfulness Meditation Alleviates Depressive Symptoms in Women with Fibromyalgia: Results of a Randomized Clinical Trial. *Arthritis Rheum.* 57, 77–85. Doi:10.1002/art.22478
- SER [Sociedad Española de Reumatología]. (22 de enero de 2019). Se ha presentado el Estudio EPISER 2016 en la sede del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. SER. <https://www.ser.es/se-ha-presentado-el-estudio-episer-2016-en-la-sede-del-ministeriode-sanidad-consumo-y-bienestar-social/>
- Serrat, M., Sanabria-Mazo, J. P., Almirall, M., Musté, M., Feliu-Soler, A., Méndez-Ulrich, J. L., Sanz, A., & Luciano, J. V. (2021). Effectiveness of a Multicomponent Treatment Based on Pain Neuroscience Education, Therapeutic Exercise, Cognitive Behavioral Therapy, and Mindfulness in Patients With Fibromyalgia (FIBROWALK Study): A Randomized Controlled Trial. *Physical Therapy*, 101(12), pzab200. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab200>
- Simshäuser, K., Lüking, M., Kaube, H., Schultz, C., & Schmidt, S. (2020). Is Mindfulness-Based Stress Reduction a Promising and Feasible Intervention for Patients Suffering from Migraine? A Randomized Controlled Pilot Trial. *Complementary Medicine Research*, 27(1), 19–30. <https://doi.org/10.1159/000501425>

- Smitherman, T. A., Kuka, A. J., Calhoun, A. H., Walters, A. B. P., Davis-Martin, R. E., Ambrose, C. E., Rains, J. C., & Houle, T. T. (2018). Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Reduce Chronic Migraine: A Sequential Bayesian Analysis. *Headache*, 58(7), 1052–1059. <https://doi.org/10.1111/head.13313>
- Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P. J., Fernández, E., Garcia-Basteiro, A. L., Benavides, F. G., Glenn, S. D., Krish, V., Lazarus, J. V., Martínez-Raga, J., Masana, M. F., Nieuwenhuijsen, M. J., Ortiz, A., Sánchez-Niño, M. D., Serrano-Blanco, A., Tortajada-Girbés, M., Tyrovolas, S., . . . Tyrovolas, S. (2018). La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*, 151(5), 171-190. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>
- Sturgeon, J. A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 115-124. Doi: [10.2147/PRBM.S44762](https://doi.org/10.2147/PRBM.S44762)
- Taberner, M. ^a M. T., Pareja, J. P., Amorós, M. M. M., Pol, A. P., & Abad, A. S. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295–320. Retrieved from <http://redalyc.org/articulo.oa?id=180617473003>
- Thielke, S., Thompson, A., & Stuart, R. (2011). Health psychology in primary care: recent research and future directions. *Psychology research and behavior management*, 4, 59–68. Doi: 10.2147/PRBM.S12996
- Tormo, J., Marín, L., González, M., Ruiz, M., Robles, J., Vivar, M. (2017). Prescripción de fármacos opioides mayores en pacientes con dolor no oncológico: descripción de sus características en una zona de salud de atención primaria. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 24 (1), 19-26. doi:10.20986/resed.2016.3471/2016

- Treede R. D. (2018). The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain reports*, 3(2), e643. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000643>
- Treede, R.D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., . . . Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. Doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015
- Van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M. D. (2015). Towards a second generation of mindfulness-based interventions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 591-592. Doi: [10.1177/0004867415577437](https://doi.org/10.1177/0004867415577437)
- Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533–542. Doi: 10.1016/j.pain.2010.11.002
- Vicente Herrero, M. T., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre, M. V., Ruiz de la Torre, E., & Reinoso Barbero, L. (2022). Terapias complementarias en migraña y variables relacionadas. Encuesta Europea. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 21(2). Doi: 10.30554/archmed.21.2.4138.2021
- Vidyamala, B. (2008). *Vivir bien con el dolor y la enfermedad. Mindfulness para liberarte del sufrimiento*. (1a. ed.). Nirvana Libros, S.A. de C.V.

- Wells, R. E., O'Connell, N., Pierce, C. R., Estave, P., Penzien, D. B., Loder, E., Zeidan, F., & Houle, T. T. (2021). Effectiveness of Mindfulness Meditation vs Headache Education for Adults With Migraine: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, *181*(3), 317–328. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.7090>
- WHO Expert Committee on Community Prevention and Control of Cardiovascular Diseases. (1986). Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad: informe de un Comité de Expertos de la OMS [se reunió en Ginebra del 10 al 17 de diciembre de 1984]. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40108>
- Williams, A. C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, *11*(11). Doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub3
- Wisconsin Medical Society Task Force on Pain Management (2004). Guidelines for the assessment and management of chronic pain. *WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, *103*(3), 13–42.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., Tugwell, P., Campbell, S.M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A.G., Farber, S.J., Fiechtner, J.J., Michael Franklin, C., Gatter, R.A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A.S., Masi, A.T., ... y Sheon, R.P. (1990). The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, *33*(2), 160-172
- Young, Laura A. (2011). Mindfulness Meditation: A Primer for Rheumatologists. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, *37* (1), 63-75. Doi: 10.1016/j.rdc.2010.11.010