



THE COCHRANE  
COLLABORATION®

## Intervenciones psicológicas para la esclerosis múltiple

**Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R**

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, Número 4

Producido por



Si desea suscribirse a "La Biblioteca Cochrane Plus", contacte con:

Update Software Ltd, Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX2 7LG, UK

Tel: +44 (0)1865 513902 Fax: +44 (0)1865 516918

E-mail: [info@update.co.uk](mailto:info@update.co.uk)

Sitio web: <http://www.update-software.com>



Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.

Ningún apartado de esta revisión puede ser reproducido o publicado sin la autorización de Update Software Ltd.

Ni la Colaboración Cochrane, ni los autores, ni John Wiley & Sons, Ltd. son responsables de los errores generados a partir de la traducción, ni de ninguna consecuencia derivada de la aplicación de la información de esta Revisión, ni dan garantía alguna, implícita o explícitamente, respecto al contenido de esta publicación.

El copyright de las Revisiones Cochrane es de John Wiley & Sons, Ltd.

El texto original de cada Revisión (en inglés) está disponible en [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com).

## ÍNDICE DE MATERIAS

RESUMEN.....	1
RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS.....	2
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	5
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	5
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	6
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	8
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	10
CALIDAD METODOLÓGICA.....	10
RESULTADOS.....	10
DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	32
AGRADECIMIENTOS.....	33
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	34
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	34
REFERENCIAS.....	34
TABLAS.....	39
Characteristics of included studies.....	39
Characteristics of excluded studies.....	52
Characteristics of ongoing studies.....	53
CARÁTULA.....	54
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	56
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	56
01 Cognitive behavioural therapy versus care as usual for people with MS with depression.....	56
01 Medida autoinformada de la depresión.....	56

# Intervenciones psicológicas para la esclerosis múltiple

Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R

## Esta revisión debería citarse como:

Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R. Intervenciones psicológicas para la esclerosis múltiple (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:

<http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

**Fecha de la modificación significativa más reciente:** 11 de noviembre de 2005

## RESUMEN

### Antecedentes

La naturaleza variable e impredecible de la Esclerosis Múltiple (EM) y la posibilidad de una discapacidad en aumento significa que un diagnóstico puede tener consecuencias psicológicas considerables.

### Objetivos

Evaluar la efectividad de las intervenciones psicológicas para las personas con EM.

### Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en 19 bases de datos hasta diciembre de 2004; Registro Especializado del Grupo Cochrane de Esclerosis Múltiple (Cochrane MS Group Specialised Register), Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE, PsychINFO, CINAHL y otras<sup>14</sup>. Se realizaron búsquedas en las listas de referencias de los artículos, se escribió a los autores correspondientes de los 13 estudios identificados en junio de 2004 y se buscaron los ensayos en curso mediante 3 registros de investigación.

### Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios de intervenciones descritas como basadas completa o principalmente en teoría y práctica psicológica, en personas con EM. Las medidas de resultado principales eran específicas de la enfermedad y la calidad de vida general, los síntomas psiquiátricos, el funcionamiento psicológico, la discapacidad y los resultados cognitivos. Las medidas de resultado secundarias fueron número de recaídas, dolor, fatiga, utilización de asistencia sanitaria, cambios en la medicación y cumplimiento de otros tratamientos.

### Recopilación y análisis de datos

Un autor identificó los estudios relevantes a partir de los resúmenes. Cuatro autores compararon de forma independiente los documentos completos con los criterios de selección. Los detalles clave se extrajeron de los documentos relevantes en un formato estándar y los estudios recibieron una puntuación de tres dimensiones de calidad. La revisión se organiza en cuatro minirevisiones (MR) dependientes de la población objetivo de la intervención; personas con deficiencias cognitivas (MR1), personas con discapacidad moderada a grave (MR2), personas con EM (sin otros criterios) (MR3) y personas con depresión (MR4).

### Resultados principales

En general, se identificaron e incluyeron 16 estudios. MR1: tres ensayos (n = 145). Algunas pruebas de efectividad de la rehabilitación cognitiva en los resultados cognitivos, aunque fueron difíciles de interpretar debido al gran número de medidas de resultado utilizadas. MR2: tres ensayos (n = 80). Un ensayo pequeño que indicaba que la psicoterapia puede ayudar a la depresión. MR3: siete estudios (n = 688). Algunas pruebas de que la terapia cognitivo-conductual puede ayudar a las personas a adaptarse y sobrellevar la EM (tres ensayos). La naturaleza de los otros ensayos fue diversa y algunos fueron difíciles de interpretar debido a las múltiples medidas de resultado. MR4: tres ensayos (n = 93). Dos estudios pequeños de la terapia cognitivo-conductual revelaron mejoras significativas en la depresión.

### Conclusiones de los autores

La diversidad de las intervenciones psicológicas identificadas indica las muchas maneras en las cuales pueden ayudar potencialmente a las personas con EM. No se pueden extraer conclusiones definitivas a partir de esta revisión. Sin embargo, hay pruebas razonables de que los enfoques cognitivo-conductuales son beneficiosos en el tratamiento de la depresión y en la ayuda que brindan a las personas a adaptarse y sobrellevar la EM.



## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Las terapias psicológicas podrían ayudar a las personas con esclerosis múltiple (EM) y la evidencia a favor de un beneficio es razonable.

En muchos países la EM es el trastorno neurológico más frecuente entre los adultos jóvenes. Su repercusión puede ser abrumadora cuando la persona se enfrenta con la probabilidad de una función física reducida y de la discapacidad, con consiguientes interrupciones en la educación, el empleo, el funcionamiento sexual y familiar, las amistades y las actividades de la vida diaria. La EM puede tener una repercusión considerable sobre el sentido de sí mismo del individuo, especialmente cuando el individuo ya no puede realizar las actividades anteriormente valoradas. También pueden ocurrir efectos secundarios desagradables como consecuencia de la medicación. Los trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad, son frecuentes en las personas con EM, y suelen ser resultado de dificultades para superar y sobrellevar el trastorno. También se puede ver afectado el funcionamiento cognitivo (los procesos mentales de memoria, concentración, razonamiento y juicio). Por consiguiente, un diagnóstico de EM puede tener consecuencias psicológicas apreciables.

Los autores de esta revisión querían evaluar la efectividad de las intervenciones psicológicas (como aquellas que abordan el funcionamiento cognitivo, los pensamientos, el estado de ánimo y los comportamientos) para las personas con EM. Esta evaluación se realizó mediante la consideración de su efecto no sólo sobre la calidad de vida, el estado de ánimo, el funcionamiento cognitivo y la discapacidad en particular, sino también sobre el dolor, la fatiga y el uso de otros servicios y tratamientos relacionados con la salud.

Se identificaron e incluyeron en esta revisión dieciséis estudios relevantes. Se han investigado distintas intervenciones, con diferentes finalidades, y por lo tanto, no se puede llegar a una única conclusión definitiva general. Sin embargo, los autores concluyen cautelosamente que la terapia cognitivo-conductual, una terapia que aborda tanto el pensamiento y el comportamiento, puede ayudar a las personas con EM a adaptarse y sobrellevar la EM, y puede ayudarlos si sufren de depresión.

Las intervenciones psicológicas pueden ayudar potencialmente a las personas con EM en muchos aspectos, incluido el tratamiento de los síntomas como el dolor y la fatiga. Se necesitan estudios adicionales, en particular que incluyan grandes números de pacientes.



## ANTECEDENTES

La esclerosis múltiple (EM) es el trastorno neurológico más frecuente entre los adultos jóvenes y afecta a aproximadamente 85 000 personas en el Reino Unido (Graham 2002). Es una enfermedad crónica y a menudo incapacitante que comienza habitualmente entre los 20 y 40 años. Es más frecuente en mujeres que en hombres por una proporción de aproximadamente 3:2. La causa y la aparición temprana de la enfermedad no se comprenden plenamente pero actualmente se cree que es un trastorno autoinmunitario que afecta a los individuos genéticamente susceptibles, posiblemente desencadenado por factores ambientales u otros. La EM está caracterizada por la inflamación y la desmielinización del sistema nervioso central. Se pueden ver afectadas prácticamente todas las funciones inervadas por el SNC. Los síntomas

frecuentes incluyen, entre otros, pérdida de función o sensibilidad en las extremidades, pérdida del control intestinal o vesical, disfunción sexual, fatiga debilitante, ceguera debida a neuritis óptica, pérdida del equilibrio, dolor, disfunción cognitiva y trastornos del estado de ánimo (Mohr 2001a). Actualmente no existe cura y sólo se puede alcanzar un mínimo alivio sintomático.

La EM es una enfermedad con un curso impredecible y el pronóstico es difícil de predecir. Se pueden distinguir tres tipos básicos de curso clínico de la EM:

1. La EM de recaída-remisión se caracteriza por fases estables alternadas con recaídas. Las recaídas tienden a ser impredecibles y sus causas están poco claras. Pueden durar horas, días, semanas o meses, y variar de leves a graves. Durante una recaída pueden ocurrir nuevos síntomas o pueden regresar síntomas

anteriores. Las remisiones pueden durar varios años. Aproximadamente el 25% de las personas con EM tiene esta forma de la enfermedad.

2. La EM progresiva secundaria comienza con un curso inicial de recaída remisión que luego es seguido por una fase progresiva que se caracteriza por una situación de empeoramiento constante. Aproximadamente el 40% de las personas con EM desarrolla la forma secundaria, generalmente cerca de 15 a 20 años después de la aparición inicial de la EM.

3. En el caso de la EM progresiva primaria no hay un modelo diferenciado de las recaídas y las remisiones. La enfermedad comienza con síntomas de empeoramiento constante y discapacidad progresiva que puede nivelarse o continuar deteriorándose. Aproximadamente el 15% de las personas con EM tiene esta forma de la enfermedad.

Además del curso de la EM estos tipos de EM difieren en varias características como la edad de la aparición, el grado de discapacidad, la duración de la enfermedad y la tasa de progresión. A medida que la EM avanza, la naturaleza y la gravedad de los síntomas del individuo se tornan cada vez más heterogéneas. Algunos pueden experimentar pocas exacerbaciones de la enfermedad mientras que otros pueden experimentar una disminución rápida de la función y con el tiempo convertirse en personas dependientes de una silla de ruedas. De igual manera, mientras algunos individuos pueden experimentar deficiencia cognitiva mínima, en otros puede haber deterioro grave.

## FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

Un diagnóstico de EM tiene profundas consecuencias sociales y psicológicas. Dado que la EM afecta generalmente a los individuos en sus años más productivos, su impacto puede ser abrumador (Scheinberg 1984). La naturaleza variable e impredecible de la EM puede hacer que sea particularmente difícil de aceptar. La persona se enfrenta en primer lugar con la repercusión de recibir el diagnóstico de una enfermedad que es crónica, tiene un curso impredecible y afecta a muchas esferas del funcionamiento. Se enfrenta con la probabilidad de una función física reducida y de discapacidad en el futuro. Es probable que ocurran interrupciones en la educación, el empleo, el funcionamiento sexual y familiar, las amistades y las actividades de la vida diaria. La imposibilidad de predecir la salud diaria en la EM de recaída y remisión puede afectar enormemente la calidad de vida (Mullins 2001). Los individuos pueden, además, presentar efectos secundarios desagradables de la medicación.

La EM puede tener una repercusión considerable sobre el sentido de sí mismo del individuo (LaRocca 1993). Los cambios físicos y las limitaciones funcionales pueden provocar un sentido de pérdida de la identidad o tensión de rol, especialmente cuando el individuo ya no puede realizar las actividades anteriormente valoradas (Mullins 2001). Puede ser necesario redefinir la imagen de sí mismo a fin de incorporar

las limitaciones impuestas por la EM. Siempre que el individuo experimenta una nueva pérdida funcional, este sentido de pérdida puede renovarse (LaRocca 1993). Debido a la discapacidad en aumento, los individuos con EM pueden tener problemas con el aislamiento (O'Brien 1993, Walsh 1989), el apoyo social percibido (Miles 1979, O'Brien 1993) y los contactos sociales (Gilchrist 1994, McIvor 1984). La pérdida del apoyo social y la función social también han demostrado estar asociadas con la depresión (Mohr 2004).

Las percepciones del individuo de la incertidumbre y variabilidad de la enfermedad, y su naturaleza intrusiva en las actividades diarias están todas relacionadas con la depresión y la adaptación a la enfermedad (Mullins 2001). Aunque los factores relacionados con la enfermedad (como el deterioro neurológico y la discapacidad funcional) pueden contribuir parcialmente a cuán bien se adapta la persona con EM, la respuesta psicológica a la naturaleza sumamente estresante de esta enfermedad es probable que también sea importante.

Individuos con EM presentan una prevalencia mayor de los trastornos del estado de ánimo en relación con los individuos con grados equivalentes de discapacidad física (Rao 1992, Minden 1991, Pollock 1990, Schiaffino 1996; Schubert 1993). Los trastornos del estado de ánimo se refieren a una "emoción sostenida y generalizada que influye en la percepción de sí mismo, los otros y el mundo como depresión o ansiedad" (Minden 2000). La investigación ha tendido a centrarse en la depresión; sin embargo, también se han encontrado personas con EM con niveles altos de ansiedad (Maurelli 1992).

La depresión es uno de los síntomas psicológicos más frecuentes y debilitantes en la EM (Thompson 1996). La prevalencia durante la vida del trastorno depresivo mayor (TDM) es aproximadamente del 50% (Joffe 1987; Minden 1987; Sadovnick 1991). Las estimaciones de la prevalencia puntual son menos claras, con una variación del 14% al 57% según el instrumento de evaluación, los criterios y las muestras de pacientes utilizadas (Schiffer 1983; Schubert 1993; Surridge 1969; Whitlock 1980). Las tasas de depresión son mayores que en otras enfermedades crónicas (Minden 1987; Surridge 1969) o trastornos neurológicos (Rabins 1986; Whitlock 1980). La alta prevalencia de depresión en la EM puede tener etiologías múltiples (Mohr 2001a) incluidos los factores psicosociales como la pérdida del apoyo social o la función social (Barnwell 1997; Gilchrist 1994; Gulick 1997) y el tratamiento inadecuado (Aikens 1997; Mohr 1997a; Pakenham 1997; Pakenham 1999). También puede ser un fenómeno concomitante de desregulación inmune asociado con exacerbaciones de la EM (Dalos 1983; Fassbender 1998) y la aparición de lesiones cerebrales (Franklin 1988; Pujol 1997). Por lo tanto, la depresión puede ser tanto una complicación asociada con la EM como un síntoma de la EM. La bibliografía psiconeuroinmunológica indica que la depresión puede provocar anomalías de las funciones inmunitarias que son pertinentes para la EM (Mohr 2001b). También hay pruebas (aunque equívocas) de que la depresión es un efecto secundario iatrogénico de los fármacos de EM



modificadores de la enfermedad (Mohr 1996; Mohr 1998; Mohr 1999a). Otro factor de complicación es que muchos de los síntomas de la depresión están confundidos con la EM (p.ej. fatiga, agitación psicomotora o retardo, cambios en los patrones del sueño y capacidad de concentración disminuida). Por lo tanto, la relación de los trastornos del estado de ánimo con la EM es multifactorial y compleja, y continúa siendo incierto el grado en que son consecuencias directas del proceso de la enfermedad o reacciones psicológicas hacia la misma. Tales temas tienen implicaciones importantes para el enfoque terapéutico adoptado.

Es posible que la relación entre las variables médicas y psicológicas sea compleja: El estado psicológico de un individuo puede afectar su cumplimiento con los regímenes médicos (Mohr 1996), ejerciendo de este modo un efecto indirecto sobre los procesos de la enfermedad. Los estados psicológicos también pueden afectar directamente a la EM. El estrés que surge del conflicto interpersonal y la interrupción de la rutina puede aumentar la probabilidad de contraer nuevas lesiones cerebrales (Mohr 2002) y la depresión puede aumentar la actividad autoinmune relacionada con la EM (Mohr 1999b, Mohr 2001b).

La bibliografía sobre otros problemas emocionales en las personas con EM es escasa. Aunque se reconoce que además de la depresión pueden registrarse respuestas emocionales como ira y ansiedad, se han realizado muchos menos estudios sobre estos aspectos del funcionamiento psicológico. La investigación existente indica que la prevalencia puntual de los problemas con ansiedad varía de un 19% a un 34% (Minden 1991; Pepper 1993; Stenager 1994). Un estudio de Feinstein (Feinstein 1999) encontró que la ansiedad es más frecuente que la depresión. La ansiedad coexistente y la depresión se asociaron con tasas elevadas de ideación suicida en comparación con los pacientes deprimidos con poca o ninguna ansiedad (Feinstein 1999).

#### FACTORES COGNITIVOS

Los factores cognitivos son aquellos relacionados con los procesos mentales de memoria, concentración, razonamiento y juicio. Los problemas cognitivos son frecuentes en los individuos con EM y las estimaciones de prevalencia puntual varían del 43% al 72% (Prosiegal 1993). Se ha reconocido que los tipos de pacientes estudiados, la duración de la enfermedad y los cursos de la enfermedad probablemente dan cuenta del amplio rango de estimaciones (Nelson 1988; Rao 1991). Las poblaciones comunitarias y aquellos con EM de recaída-remisión tienen tasas inferiores (Rao 1991; Heaton 1985), mientras que aquellos que asisten al hospital, las más altas. La investigación ha revelado que la memoria, el aprendizaje, el razonamiento conceptual, la velocidad de procesamiento de información y el tiempo de reacción, la atención, la concentración y la función ejecutiva se ven afectados mientras que la memoria de reconocimiento, el aprendizaje implícito y la comprensión del habla permanecen intactos (ver Brassington 1998). El grado de deficiencia cognitiva evidente en los individuos con EM no parece estar

relacionado con su estado de discapacidad neurológica o con la duración de la enfermedad (Maurelli 1992; Penman 1991; Rao 1991). Se ha encontrado que la deficiencia cognitiva está relacionada con los resultados sociales y laborales más deficientes (Rao 1991), el mal estado de ánimo (Gilchrist 1994), la disfunción sexual, una mayor deficiencia funcional (Amato 1995) y la psicopatología. Estos resultados indican que la disfunción cognitiva es un factor principal para determinar la calidad de vida de las personas con EM. La deficiencia cognitiva grave presenta una barrera principal en los programas de rehabilitación porque los individuos pueden ser incapaces de retener el asesoramiento o tener dificultad para adquirir nuevas aptitudes. A menudo la deficiencia cognitiva en la EM no se detecta o se atribuye erróneamente a otros problemas (Lincoln 2002). Rao y cols. (Rao 1991) informó que las familias y los cuidadores a menudo atribuyen las deficiencias cognitivas a la depresión o a otras formas de disfunción psicológica.

#### INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

La finalidad de esta investigación es realizar una revisión sistemática de los ensayos controlados aleatorios de las intervenciones psicológicas para los adultos con EM. Las intervenciones psicológicas se definen ampliamente e incluyen las que tratan el estado de ánimo y las que tratan la cognición.

La bibliografía indica que las personas con EM no reciben un tratamiento adecuado por sus trastornos del estado de ánimo (Minden 1987). El tratamiento eficaz de los trastornos del estado de ánimo quizá mejore el estado funcional, la autoestima, la calidad de vida y el cumplimiento del tratamiento médico (Spitzer 1995; Mohr 1997b). Las intervenciones psicológicas pueden mejorar el bienestar psicológico y físico de los individuos con EM mediante el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión (con posibles beneficios en la función inmunitaria [Mohr 2001b]), la mejora del autocuidado y el cumplimiento, el aumento de la autoeficacia y la autoestima, la reducción del estrés, la mejora de las capacidades de adaptación y la calidad de vida en general. El tratamiento psicológico individual puede ayudar a las personas a que desarrollen capacidades para sobrellevar las emociones, los pensamientos y la adaptación al diagnóstico y a los síntomas de la EM (Minden 1992). El tratamiento grupal a menudo se utiliza para disminuir los sentimientos de alienación, facilitar la expresión de las emociones relacionadas con la enfermedad y proporcionar el apoyo de compañeros.

La realización de evaluaciones cognitivas puede ayudar a los individuos a que reestructuren los aspectos de sus vidas para maximizar sus fortalezas cognitivas. Esto podría provocar una disminución en la repercusión funcional de la enfermedad (Langdon 1996), ayudar en la planificación de otros servicios de rehabilitación y disminuir la dependencia. Las evaluaciones de intervenciones específicas para los problemas cognitivos han demostrado efectos beneficiosos en otros grupos tales como pacientes con accidente cerebrovascular y lesión cerebral traumática (Wilson 1999). Sin embargo, hasta la fecha, se ha

realizado poca investigación para evaluar los beneficios de la rehabilitación cognitiva en los individuos con EM.

Ha habido varios estudios de intervención para examinar la efectividad de las intervenciones psicológicas en los individuos con EM (Mohr 1999c). Se ha utilizado una variedad de intervenciones psicológicas incluido el tratamiento grupal (Barnes 1954; Bolding 1960; Day 1953; Hartings 1976), Terapias cognitivo conductuales individuales (Crawford 1987; Foley 1987; Larcombe 1984), Terapia cognitivo conductual administrada por teléfono (Mohr 2000), psicoterapia grupal orientada a la reflexión (Crawford 1985), entrenamiento en las capacidades de adaptación en comparación con el apoyo telefónico de compañeros (Schwartz 1999), relajación e imágenes (Maguire 1996), y rehabilitación cognitiva (Lincoln 2002). Un estudio reciente por Mohr y cols. comparó la terapia cognitivo-conductual individual con la terapia grupal expresiva de apoyo y el antidepresivo sertralina (Mohr 2001c). Algunas intervenciones psicológicas se centraron en individuos con EM y depresión (p.ej. Larcombe 1984), algunas en individuos con déficit cognitivos (Benedict 2000), algunas se administraron en forma personalizada (Foley 1987), algunas en contextos grupales (p.ej. Crawford 1985), y otras por teléfono (Mohr 2000).

Antes de que comenzar esta revisión varios desafíos metodológicos eran evidentes. En primer lugar, en el contexto de todos los ensayos controlados aleatorios en la EM, la medición de la enfermedad y la función puede ser problemática, en particular cuando la condición tiene un curso de recaída y remisión y los períodos de seguimiento son cortos. En segundo lugar las intervenciones psicológicas se pueden dar en diferentes momentos, con diferentes propósitos, a diferentes subgrupos de personas, en diferentes estadios de su enfermedad. Pueden variar el tipo de intervención, el contenido, la base teórica, la intensidad, la extensión, la duración de cada sesión, ya sea personalizada o en grupos, como también la profesión y la experiencia de la persona que administra la intervención, y la ubicación. Esta heterogeneidad podría dificultar combinar los resultados de diferentes estudios. En tercer lugar, tanto en la práctica clínica como en los ensayos aleatorios, las intervenciones psicológicas a menudo incorporan una mezcla de diferentes componentes, por ejemplo una interacción de componentes de rehabilitación cognitiva con componentes de psicoterapia. Esta superposición dificulta la realización de una serie de revisiones Cochrane separadas que cubra y resuma de manera adecuada la base de pruebas de los ensayos aleatorios. En cuarto lugar, en los ensayos, las intervenciones psicológicas quizá se comparen con otras intervenciones psicológicas, el tratamiento farmacéutico, un placebo o la atención habitual. Cada uno aborda diferentes preguntas de investigación y de esta manera todos suponen una interpretación diferente de los resultados. La solución a los últimos tres problemas ha sido realizar una revisión que sea amplia en su alcance, pero que contenga una serie de minirevisiones que se centran en las diferentes intervenciones, los tratamientos de comparación y

los grupos de población objetivos. El metanálisis, si se realizó, se ha limitado al interior de cada minirevisión. Esta medida proporciona un marco flexible que acomoda fácilmente las pruebas nuevas a medida que éstas surgen.

Se ha prestado particular atención a dar a la revisión una estructura y disposición clara y lógica. Esto debe permitir al lector de la revisión, a pesar de la complejidad mencionada anteriormente, encontrar su camino hacia las pruebas que más le interesan (p.ej. beneficios a largo plazo de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión). También ayuda a detectar los vacíos en la base de la evidencia. Para los autores, la estructura facilitará la actualización estandarizada de la revisión en los próximos años, en particular si la tasa de publicación de los estudios pertinentes sigue aumentando.

## OBJETIVOS

Evaluar el efecto de las intervenciones psicológicas sobre el bienestar mental y físico en las personas con esclerosis múltiple

## CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

### Tipos de estudios

Ensayos controlados aleatorios y componente previo al cruzamiento de los ensayos cruzados (cross-over) aleatorios. Los estudios no se excluyeron en base al tipo de grupo control (es decir, atención habitual o atención estándar, placebo, controles en lista de espera, otra intervención psicológica, otra intervención).

### Tipos de participantes

Personas con un diagnóstico de esclerosis múltiple (p.ej. mediante criterios reconocidos como Poser 1983, Schumacher 1965). En la revisión se incluyeron estudios independientemente del curso clínico o el período de tiempo desde el diagnóstico de EM. Se incluyeron estudios basados en subgrupos de personas con EM como aquellas con depresión y con deficiencia cognitiva, con discapacidad física grave, y se consideraron en minirevisiones separadas. Si se hubieran encontrado estudios que incluyeran a personas con EM junto con personas con otros trastornos médicos y si el número de personas en el estudio con EM hubiera valido la pena (es decir, más de 20), se habría establecido contacto con los autores para intentar conseguir los resultados para el subgrupo de EM.

### Tipos de intervención

Intervenciones descritas como basadas completa o principalmente en teoría y práctica psicológica. Las intervenciones podrían haber sido administradas por psicólogos, consejeros, personal médico, enfermeras, terapeutas ocupacionales u otros profesionales de la salud y se incluían independientemente del número de sesiones de tratamiento o

de si las sesiones eran personalizadas o grupales. A continuación se proporciona una idea de los tipos de intervenciones que estaban incluidas o que podrían haber estado incluidas:

Terapia psicoanalítica: recordar eventos pasados a fin de adquirir comprensión

Terapia conductual: variedad de técnicas que intentan modificar el comportamiento, incluidos el manejo del estrés y la relajación.

Terapia cognitiva: variedad de técnicas que intentan modificar actitudes, percepciones y modos de pensamiento.

Educacional: enseñanza de la teoría psicológica en relación con la enfermedad

Orientación: enfoque no directivo que incluye la conversación de los problemas

Rehabilitación cognitiva: variedad de técnicas que intentan reducir la repercusión de las deficiencias cognitivas

Otra: p.ej. Terapia Familiar, etc.

En ocasiones, las intervenciones evaluadas constaban de una combinación de estas técnicas. Las intervenciones que fueron considerablemente diferentes se consideraron bajo subtítulos separados dentro de cada minirevisión.

### Tipos de medidas de resultado

Principales:

1. Calidad de vida específica de la enfermedad: perspectiva de la persona afectada por la EM (p.ej. MS Impact Scale [MSIS-29] [Escala de Repercusión de la EM] [Hobart 2001], MSQOL-54 [Vickrey 1995], MS Quality of Life Inventory [MSQLI] [Inventario de calidad de vida de la EM] [LaRocca 1996], Health Related Quality of Life Questionnaire for Multiple Sclerosis [HRQOL-MS] [Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en la esclerosis múltiple] [Pfenning 1999]).

2. Calidad de vida general: perspectiva de la persona afectada por la EM (p.ej. Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey [SF-36] [Encuesta de salud con formulario corto de 36 elementos para el estudio de los resultados médicos] [Ware 1993], Euro-QoL [EQ5D] [EuroQoL Group 1990]).

3. Síntomas psiquiátricos incluida la ansiedad y la depresión (p.ej. subescalas de ansiedad y depresión del Delusion-States-Symptoms-Inventory [Inventario de Delirios, Estados y Síntomas] [Bedford 1978]) calificados por la persona con EM o por el médico.

4. Funcionamiento psicológico incluidas las emociones (p.ej. Profile of Mood States [Perfil de los estados de ánimo] McNair 1981), la autoeficacia (p.ej. Schwarzer 1995), la autoestima (p.ej. Rosenberg 1965), etc.) - calificado por la persona con EM.

5. Medidas de la discapacidad (p.ej. Kurtzke Expanded Disability Status Scale [EDSS] [Escala de estado de discapacidad ampliada de Kurtzke] [Kurtzke 1983], Guy's Neurological Disability Scale [GNDS] [Escala Guy de

discapacidad neurológica] [Sharrack 1999]) - calificados por el médico.

6. Resultados cognitivos incluidos la memoria, el lenguaje, la concentración, la función ejecutiva superior, etc. - calificados por el médico o la persona con EM.

Dado el amplio rango de intervenciones en esta revisión, fue importante incluir un rango acorde de medidas de resultado primarias. Sin embargo, se admite que no todas las medidas de resultado primarias tienen la misma relevancia para todas las intervenciones.

Secundarias:

Recaídas/exacerbaciones (p.ej. número de recaídas, tiempo transcurrido hasta la primera recaída)

Dolor

Fatiga

Utilización de asistencia sanitaria y evaluación económica

Cambio en la necesidad de medicación

Cumplimiento con otros tratamientos (p.ej. tratamientos farmacológicos)

Los resultados se clasificaron dependiendo de si se habían medido (i) dentro del mes posterior al tratamiento ("inmediatamente después del tratamiento"), (ii) entre uno y seis meses después del tratamiento ("seguimiento a corto plazo"), (iii) entre siete y 12 meses después del tratamiento ("seguimiento a medio plazo") y (iv) más de 12 meses después del tratamiento ("seguimiento a largo plazo").

### ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Para identificar estudios apropiados que incluyeran a personas con esclerosis múltiple, se utilizó la estrategia de búsqueda desarrollada por el Grupo Cochrane de Esclerosis Múltiple. Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos:

1. el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Esclerosis Múltiple (hasta diciembre de 2004)
2. el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL) (The Cochrane Library número 4, 2004)
3. MEDLINE (enero 1966 hasta diciembre 2004)
4. EMBASE (enero 1974 hasta diciembre 2004)
5. PsychINFO (enero 1887 hasta diciembre 2004)
6. CINAHL (enero 1982 hasta diciembre 2004)
7. BNID (enero 1994 hasta diciembre 2004)
8. AMED (enero 1985 hasta diciembre 2004)
9. CareData (enero 1920 hasta diciembre 2004)
10. ASSIA (enero 1987 hasta diciembre 2004)
11. IBSS (enero 1951 hasta diciembre 2004)
12. Web of Science (enero 1981 hasta diciembre 2004)
13. CAB (enero 1973 hasta diciembre 2004)
14. PapersFirst (OCLC) (enero 1993 hasta diciembre 2004)
15. ProceedingsFirst (OCLC) (enero 1993 hasta diciembre 2004)



16. ASLIP (enero 1970 hasta diciembre 2004)
17. Zetoc (enero 1993 hasta diciembre 2004)
18. EBSCO HOST Academic Search Elite (enero 1985 hasta diciembre 2004)
19. LISA (enero 1969 hasta diciembre 2004)

La estrategia de búsqueda para MEDLINE mediante Dialog DataStar fue la siguiente:

1.  
(DEMYELINATING-DISEASES#.DE.) OR  
(OPTIC-NEURITIS#.DE.) OR (MULTIPLE ADJ  
SCLEROSIS.TI,AB.) OR (MYELITIS ADJ  
TRANSVERSE.TI,AB.) OR (OPTIC ADJ NEURITIS.TI,AB.)  
OR (NEUROMYELITIS ADJ OPTICA.TI,AB.) OR  
(DISSEMINATED ADJ SCLEROSIS.TI,AB.) OR  
(ADEM.TI,AB.) OR (DEVIC.TI,AB.)
2.  
(PT=RANDOMIZED-CONTROLLED-TRIAL OR  
CONTROLLED-CLINICAL-TRIAL OR CLINICAL-TRIAL)  
OR (CLINICAL-TRIALS#.DE.) OR  
(RESEARCH-DESIGN#.DE.) OR  
(SINGLE-BLIND-METHOD#.DE.) OR  
(CROSS-OVER-STUDIES#.DE.) OR (CROSSOVER ADJ  
STUD\$.TI,AB.) OR (CLINICAL ADJ TRIAL\$.TI,AB.) OR  
((SINGLE OR DOUBLE OR TREBLE) ADJ (BLIND\$ OR  
MASK\$).TI,AB.) OR (RANDOM\$.TI,AB.)
3.  
(PSYCHOTHERAPY#.DE.) OR (COUNSELING#.DE.) OR  
(PATIENT-EDUCATION#.DE) OR (SELF-EFFICACY#.DE.)  
OR (SELF-CONCEPT#.DE.)
4.  
(PSYCHO\$ OR COUNSEL\$ OR DEPRESSIS\$ OR  
INTERPERSONAL OR ART OR AVERSION OR BEHAVIO\$  
OR (COLO\$ OR COLOU\$) OR DANCE OR GESTALT OR  
MUSIC OR MILIEU OR PLAY OR REALITY OR  
SUPPORTIV\$ OR BRIEF OR FAMILY OR GROUP OR  
COGNITIV\$ OR NONDIRECT\$ OR (PROBLEM ADJ  
SOLV\$) AND THERAP\$.TI,AB.
5.  
(BALINT OR BEHAVIO\$ OR COPING OR (CRISIS ADJ  
INTERVENTION) OR (ASSERT\$ NEAR TRAIN\$) OR (SELF  
ADJ CONTROL) OR (PERSON ADJ CENT\$) OR (CLIENT  
ADJ CENT\$) OR PSYCHODRAMA\$ OR (PARADOXIC\$  
ADJ TECHN\$) OR (RATIONAL ADJ EMOTIS) OR (ROLE  
ADJ PLAY) OR (SOCIO THERAP\$) OR  
SOCIOENVIRONMENT\$ OR TRANSACTIONAL OR  
ALEXITHYMI\$ OR (ANGER ADJ MANAG\$) OR  
BIOFEEDBACK OR (CONSTRUCT ADJ THEOR\$) OR  
DEBRIEF\$ OR (EMOTION ADJ FOCUS) OR (EXPERT ADJ  
PATIENT\$) OR EXPOSURE OR FEEDBACK OR  
FLOODING OR FREUD\$ OR (FUNCTIONAL ADJ  
ANALYSIS) OR HYPNOSIS OR JUNG\$ OR KLEIN\$ OR  
MINDFULNESS OR MOOD OR MULTIMODAL OR  
(OBJECT ADJ RELATION) OR PENNEBAKER OR  
REINFORCEMENT OR RELAX\$ OR ROGERIAN OR

(SCHEMA ADJ FOCUSS\$) OR (SELF ADJ MANAG) OR  
(SELF ADJ MONITOR\$) OR (SELF ADJ TALK\$) OR (SELF  
ADJ MONITOR\$) OR (SELF ADJ DISCLOS\$) OR (SELF  
ADJ NARRATIVE) OR SOCIO THERAP\$ OR (STRESS ADJ  
CONTROL\$) OR (STRESS ADJ MANAG\$) OR  
SYSTEMIC).TI,AB.

6.  
3 or 4 or 5
7.  
1 and 2
8.  
7 and 6

La estrategia de búsqueda para CENTRAL utilizó las mismas palabras clave y términos MESH.

La estrategia de búsqueda para EMBASE mediante Dialog DataStar fue la siguiente:

- 1  
(MULTIPLE-SCLEROSIS#.DE.) OR (MULTIPLE ADJ  
SCLEROSIS.TI,AB.) OR (MYELITIS ADJ  
TRANSVERSE.TI,AB.) OR (OPTIC ADJ NEURITIS.TI,AB.)  
OR (NEUROMYELITIS ADJ OPTICA.TI,AB.) OR  
(DISSEMINATED ADJ SCLEROSIS.TI,AB.) OR  
(ADEM.TI,AB.) OR (DEVIC.TI,AB.)
- 2  
(RANDOMIZED-CONTROLLED-TRIAL.DE.) OR  
(CONTROLLED-STUDY.DE.) OR (CLINICAL-TRIAL.DE.)
- 3  
(CONTROL\$ ADJ TRIAL.TI,AB.) OR (CROSSOVER ADJ  
STUD\$.TI,AB.) OR (CLINICAL ADJ TRIAL\$.TI,AB.) OR  
((SINGLE OR DOUBLE OR TREBLE) ADJ (BLIND\$ OR  
MASK\$).TI,AB.) OR (RANDOM\$.TI,AB.)
- 4  
2 or 3
- 5  
PSYCHOTHERAPY#.DE.
- 6  
PSYCHO\$ OR COUNSEL\$ OR DEPRESSIS\$ OR  
INTERPERSONAL OR ART OR AVERSION OR BEHAVIO\$  
OR (COLO\$ OR COLOU\$) OR DANCE OR GESTALT OR  
MUSIC OR MILIEU OR PLAY OR REALITY OR  
SUPPORTIV\$ OR BRIEF OR FAMILY OR GROUP OR  
COGNITIV\$ OR NONDIRECT\$ OR (PROBLEM ADJ  
SOLV\$)
- 7  
6 and THERAP\$.TI,AB.
- 8  
(BALINT OR COPING OR (CRISIS ADJ INTERVENTION)  
OR (ASSERT\$ NEAR TRAIN\$) OR (SELF ADJ CONTROL)  
OR (PERSON ADJ CENT\$) OR (CLIENT ADJ CENT\$) OR  
PSYCHODRAMA\$ OR (PARADOXIC\$ ADJ TECHN\$) OR  
(RATIONAL ADJ EMOTIS) OR (ROLE ADJ PLAY) OR  
SOCIO THERAP\$ OR SOCIOENVIRONMENT\$ OR  
TRANSACTIONAL OR ALEXITHYMI\$ OR (ANGER ADJ  
MANAG\$).TI,AB.

9  
(BIOFEEDBACK OR (CONSTRUCT ADJ THEOR\$) OR DEBRIEF\$ OR (EMOTION ADJ FOCUS) OR (EXPERT ADJ PATIENT\$) OR FLOODING OR FREUD\$ OR (FUNCTIONAL ADJ ANALYSIS) OR HYPNOSIS OR JUNG\$ OR KLEIN\$ OR MINDFULNESS OR MOOD OR (OBJECT ADJ RELATION)).TI,AB.

10  
(PENNEBAKER OR ROGERIAN OR (SCHEMA ADJ FOCUS\$) OR (SELF ADJ MONITOR\$) OR (SELF ADJ TALK\$) OR (SELF ADJ DISCLOS\$) OR (SELF ADJ NARRATIVE) OR SOCIOThERAP\$ OR (STRESS ADJ CONTROL\$) OR (STRESS ADJ MANAG\$)).TI,AB.

11  
5 or 7 or 8 or 9 or 10

12  
1 and 4 and 11

En la próxima actualización de la revisión se intentará agregar términos de búsqueda adicionales relevantes para identificar los estudios de rehabilitación cognitiva.

Para la investigación no publicada en inglés, se buscó ayuda con la traducción o se estableció contacto con el autor respectivo.

Se inspeccionaron las listas de referencias de los documentos identificados en busca de ensayos relevantes adicionales. En junio de 2004 se escribió a quienes ya habían realizado ensayos en esta área para identificar otros ensayos publicados o inéditos. Se buscó en los registros de ensayos en curso (National Research Register, [www.controlled-trials.com](http://www.controlled-trials.com) y [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)) y se estableció contacto con el investigador principal.

## MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Cuatro autores llevaron a cabo la revisión (uno con experiencia metodológica, otro con pericia psicológica, otro con experiencia clínica en esclerosis múltiple y el último con experiencia en investigación en enfermería). A fin de ayudar a obtener una visión más amplia del contexto, el diseño, la realización y la interpretación de la revisión, los autores recibieron ayuda de un grupo de asesoramiento. El grupo de asesoramiento incluyó los autores y un psicólogo/investigador clínico, un neurofisiólogo/investigador clínico, un bibliotecario superior y dos consumidores.

Un autor examinó los resúmenes de los estudios identificados a fin de detectar aquellos que parecieran relevantes: en esta etapa se excluyeron los estudios que claramente no eran ensayos controlados o ensayos controlados aleatorios, aquellos que no habían incluido a personas con EM o evaluado intervenciones de naturaleza psicológica. Posteriormente, cuatro autores compararon los documentos completos de los mismos (incluidos aquellos que tenían cierta incertidumbre) con los criterios anteriores. Cuando había desacuerdos entre los autores o

incertidumbres, se resolvían mediante discusión seguida de consenso o un voto mayoritario. Si seguía el desacuerdo o la incertidumbre, los autores consultaban a otros miembros del grupo de asesoramiento. Se habría establecido contacto con los autores de haberse necesitado clarificación o información adicional para llegar a una decisión.

Cada estudio fue asignado a una minirevisión basada en la población objetivo. Posteriormente, se abordaron diferentes tipos de intervención en las subsecciones de cada minirevisión. Se eligió esta estructura en lugar de una que basara cada minirevisión en un tipo de intervención, debido a las dificultades en la clasificación de algunas intervenciones, la naturaleza ecléctica de algunas intervenciones y la diversidad general de las intervenciones. Actualmente las minirevisiones son:

Minirevisión 1: Personas con EM y deterioro cognitivo

Minirevisión 2: Personas con EM y discapacidad de moderada a grave

Minirevisión 3: Personas con EM

Minirevisión 4: Personas con EM y depresión

La estructura de la revisión permite que se añadan otras minirevisiones a medida que se dispone de nuevas pruebas de investigación. Otras posibilidades para las poblaciones objetivo incluyen, personas con EM y fatiga, personas con EM y dolor, personas con EM y ansiedad, y así sucesivamente.

### Calidad del estudio

La medida principal de calidad del ensayo fue si se había ocultado adecuadamente la asignación aleatoria. Se ha mostrado que las estimaciones del efecto del tratamiento están sobrestimadas cuando los estudios con ocultamiento deficiente de la asignación se incluyen en un metanálisis (Moher 1998). El ocultamiento de la asignación se calificó según el Manual Cochrane del Revisor (Clarke 2000); A (adecuado: p.ej. asignación al azar central o independiente, sobres opacos cerrados), B (poco claro: método no descrito o descrito pero incierto), C (inadecuado: listas de números aleatorios abiertas, alternancia, fecha de nacimiento u otro procedimiento que sea transparente antes de la asignación), o D (no realizado).

También se evaluaron y se registraron otros componentes de la calidad del estudio:

- Método de generación de la asignación al azar; A (adecuado, como tabla de números aleatorios, números aleatorios generados por computadora), B (parcial, como sobres cerrados pero no se proporcionaron detalles adicionales), C (inadecuado, como fecha de nacimiento, alternancia) o D (desconocido, simplemente se utilizó el término aleatorio).
- El número de retiros o abandonos de cada brazo del estudio, junto con una puntuación de calidad; A (adecuado con el número que se asignó y que se retiró de cada grupo junto con las razones), B (parcial, con especificación de los números pero no de las razones, o viceversa), C

(inadecuado, sin detalles sobre los números asignados al azar ni especificaciones de cada grupo), o D (sin detalles)

La naturaleza de las intervenciones evaluadas hizo improbable que el investigador o el médico que administraron la intervención hubieran sido enmascarados. El enmascaramiento del investigador que realizó las evaluaciones o de la persona con EM era posible aunque difícil. Muchas de las medidas de resultado principales se habían completado por la persona con EM que registraba su propia perspectiva y por lo tanto, el enmascaramiento del evaluador no se habría logrado a menos que se haya enmascarado a la persona con EM. Pudo haber sido posible enmascarar a las personas que llevaban a cabo el análisis de los datos y la interpretación de los resultados.

### Extracción de los datos

Los cuatro autores extrajeron de forma independiente los datos para la revisión, y los desacuerdos y las incertidumbres se trataron con el criterio mencionado anteriormente. Se extrajo la siguiente información mediante una hoja de extracción de datos:

Fecha, país y contexto clínico del ensayo.

Descripción de la población objetivo

Procedimientos de reclutamiento, criterios de inclusión y exclusión

Diagrama de flujo que muestra el flujo de participantes por todos los estadios del estudio

Características de los participantes (edad, sexo, años desde el diagnóstico, tipo de EM, grado de discapacidad y diagnósticos psiquiátricos).

Descripción de la intervención, duración, frecuencia, manera de administración, persona que la administró, formato de administración, entrenamiento de la persona que la administró, si logró adaptación para la EM y si se administraron intervenciones concomitantes.

Tipo de grupo(s) control y, si fuera apropiado, descripción de la duración, frecuencia, manera de administración, persona que la administró, formato de administración, entrenamiento de la persona que la administró, si logró adaptación para la EM y si se administraron intervenciones concomitantes.

Comparabilidad de las características iniciales entre el tratamiento y los grupos control.

Descripción del seguimiento

Variables de resultado medidas, principales o secundarias, y cuándo se registraron

Cantidad de pacientes incluidos en el ensayo y en cada grupo

Presencia del cálculo del tamaño de la muestra

Número incluido en cada seguimiento en cada grupo

Intentos de enmascaramiento

Descripción de la asignación al azar y ocultamiento de la asignación al azar

Número y razones de los abandonos y retiros en cada grupo

Si se realizó un análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis)

Para los resultados nominales (denominador y numerador en cada categoría para cada grupo)

Para los datos de intervalos y datos ordinales (N, media, DE para cada grupo) o (N, mediana, IQR o rango) según sea apropiado.

Si se había realizado el análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat) y el análisis por protocolos, sólo se extraían los datos del primero.

### Análisis estadístico

El metanálisis sólo se llevó a cabo dentro de las minirevisiones y sólo cuando su realización parecía lógica; o sea, cuando los grupos, las intervenciones, los grupos control, los resultados y la duración del seguimiento fueron suficientemente similares. Cuando el metanálisis fue apropiado, se utilizó una prueba de heterogeneidad a fin de evaluar si los resultados de los diferentes estudios fueron (estadísticamente) lo suficientemente similares como para combinarlos.

Para los resultados medidos en una escala dicotómica, los resultados se presentan como odds-ratios y como diferencias de riesgo, la homogeneidad se evaluó mediante una prueba de ji cuadrado y los odds-ratios/la diferencia de riesgo se combinaron mediante el procedimiento de Mantel-Haenszel.

Para los resultados medidos en una escala de intervalos u ordinal, los resultados se presentan como medias y desviaciones estándar; se utilizó una prueba de ji cuadrado a fin de evaluar la homogeneidad y los resultados de diferentes estudios se combinaron mediante diferencias de medias ponderadas. Se utilizaron los tamaños del efecto estandarizado mediante el valor ajustado de Hedges para resumir las diferencias de medias entre los grupos. Así se permite la comparación de los tamaños del efecto entre diferentes medidas de resultado. A menos que se indique lo contrario, los tamaños del efecto estandarizados positivos indican que la intervención produce más beneficios para los participantes que el grupo de comparación.

Si dos o más estudios miden el resultado en la misma dimensión pero utilizan una herramienta diferente, entonces se consideró la estandarización de las puntuaciones (mediante la desviación estándar agrupada dentro del grupo) y luego la combinación de los estudios como se indica anteriormente.

Por defecto, se utilizó un modelo de efectos fijos para combinar los estudios. Si las pruebas para la heterogeneidad fueron estadísticamente significativas y la inspección de los resultados individuales indicó que todavía parecía lógico combinar los resultados, entonces se utilizó un modelo de efectos aleatorios. La precisión estadística se resumió mediante intervalos de confianza del 95%.

Dentro de una minirevisión, no se realizaron análisis de subgrupos.

Si se hubieran combinado los resultados de tres o más estudios dentro de una minirevisión, entonces se habría considerado un análisis de sensibilidad. Esto habría adoptado dos formas (a) la

eliminación secuencial de los ensayos del análisis de acuerdo con su nivel de ocultamiento de la asignación (es decir, estudios tipo D eliminados primero, luego estudios tipo C y luego tipo B) para ver cómo se afectaron los resultados; (b) segundo análisis de los datos mediante el peor de los casos, el mejor de los casos y caso aleatorio para los participantes sin datos de resultado para evaluar la solidez de los resultados.

La revisión se realizó con el software RevMan 4.2

## DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

La estrategia de búsqueda identificó 26 ensayos relevantes, de los cuales, seis fueron excluidos tras leer los artículos completos, (ver tabla "Características de los estudios excluidos"), dos, identificados entre enero y mayo 2005, están a la espera de evaluación, (ver lista de referencias de los estudios a la espera de evaluación) y dos están en curso (ver tabla "Características de estudios en curso"). Los 16 ensayos restantes, publicados en 17 artículos (un ensayo se publicó en dos artículos [Mohr 2001, Mohr 2003]), son todos ensayos controlados aleatorios, están incluidos en la revisión y se describen detalladamente en la tabla "Características de los estudios incluidos". Un estudio adicional (Mohr 2004), enumerado en la tabla de "Características de los estudios excluidos", contenía datos adicionales para un estudio que se incluyó en la revisión (Mohr 2001), pero ninguno de los resultados informados cumplió con los criterios de inclusión de la revisión. Uno de los seis estudios excluidos pareció no cumplir con la definición de una intervención psicológica, uno se excluyó porque no incluía medidas de resultado apropiadas y cuatro se excluyeron porque parecían no ser aleatorios. Los 16 estudios incluidos se han agrupado juntos en cuatro Minirevisiones. Sólo dos de los estudios en una de las minirevisiones fueron suficientemente similares en cuanto al tipo de participante, el tipo de intervención, el tipo de grupo de comparación y la medida de resultado para poder llevar a cabo un metanálisis. El número de participantes por estudio varió desde 15 a 240, mediana 37, con un total de 1006 en los 16 estudios. Doce estudios tenían un diseño con dos grupos y cuatro un diseño con tres (Crawford 1985, Lincoln 2002, Mohr 2001 (aunque se excluyó un grupo porque no era aleatorio), Rigby 2003). La duración del seguimiento desde el inicio del tratamiento varió desde cinco semanas hasta cuatro años.

Un estudio utilizó una medida de calidad de vida específica de la EM, dos midieron la calidad de vida general, 12 midieron los síntomas psiquiátricos, diez midieron la función psicológica, dos midieron la discapacidad, cinco midieron los resultados cognitivos, tres estudios midieron la fatiga, un estudio midió el dolor, otro midió un aspecto de la utilización de asistencia sanitaria (ninguno realizó una evaluación económica), uno midió los cambios en el uso de medicación y otro midió el cumplimiento de la medicación. Ninguno midió las recaídas de EM. Quince estudios midieron el resultado inmediatamente después del tratamiento, nueve midieron el resultado a corto

plazo, tres midieron el resultado a medio plazo y otro midió el resultado a largo plazo.

## CALIDAD METODOLÓGICA

La calidad del estudio se proporciona en la columna "Métodos" en la tabla "Características de los estudios incluidos" en el orden (i) método de generación de la asignación al azar, (ii) método de ocultamiento de la asignación al azar y (iii) descripción de los retiros.

El método de generación de la asignación al azar no se informó en 11 estudios, fue adecuado en tres estudios y parcialmente adecuado en dos estudios.

El ocultamiento de la asignación fue adecuado en tres estudios, incierto en 12 estudios e inadecuado en un estudio.

La información sobre los abandonos y pérdidas fue adecuada en cinco estudios, parcial en siete, inadecuada en tres y no informada en un estudio.

## RESULTADOS

### MINIREVISIÓN 1: Personas con EM y deterioro cognitivo

#### (a) Asistencia neuropsicológica

##### (i) Asistencia neuropsicológica versus psicoterapia

Un estudio Benedict 2000; un estudio de dos grupos de 15 personas con deficiencia cognitiva y trastorno de la conducta notables (y sus cuidadores), comparó el entrenamiento compensatorio neurológico individualizado (que mejora la comprensión de la deficiencia cognitiva, el entrenamiento de las aptitudes sociales y la terapia cognitivo-conductual para ayudar a regular el comportamiento social) con la psicoterapia de apoyo no específica.

#### Resultados primarios:

##### *Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

##### *Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

##### *Síntomas psiquiátricos:*



Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio Benedict (Benedict 2000) el cambio medio en la depresión autonotificada entre el pretratamiento y el postratamiento inmediato no difirió entre los brazos de tratamiento ( $p > 0,05$ ; ninguna media informada después del tratamiento). Sin embargo, el tamaño de la muestra general fue pequeño ( $n = 15$ ).

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### **Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### **(b) Rehabilitación cognitiva + neuropsicoterapia**

##### **(i) Rehabilitación cognitiva + neuropsicoterapia versus placebo**

Un estudio (Jonsson 1993); un estudio de dos grupos de 48 personas que comparó la rehabilitación cognitiva individual (compensación, sustitución y entrenamiento) y la neuropsicoterapia dirigida por objetivos (basada en problemas personales y perfil de prueba) con una intervención individual de placebo.

#### **Resultados primarios:**

##### *Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Jonsson y cols. (Jonsson 1993) la mejoría en la depresión entre el pretratamiento y el postratamiento inmediato fue significativamente mayor en el grupo que recibió rehabilitación cognitiva y neuropsicología (mejoría media 2,4 versus 0,0;  $p = 0,04$ ; no se proporcionaron detalles adicionales). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y de placebo en la ansiedad actual (mejoría medida entre el pretratamiento y el postratamiento inmediato 5,6 versus 2,7 respectivamente,  $p = 0,17$ ; no se proporcionaron otros detalles) o la ansiedad general (mejoría media 3,8 versus 3,5 respectivamente,  $p = 0,92$ ; no se proporcionaron otros detalles).

Seguimiento a corto plazo: en el estudio de Jonsson y cols. (Jonsson 1993) la mejoría en la depresión entre el pretratamiento y el seguimiento a corto plazo fue significativamente mayor en el grupo que recibía rehabilitación cognitiva y neuropsicología (mejoría media 1,1 versus -2,7;  $p = 0,03$ ; no se proporcionaron detalles adicionales). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y de placebo en la ansiedad actual (mejoría media entre pretratamiento y seguimiento a corto plazo 1,1 versus -1,6 respectivamente,  $p = 0,42$ ; no se proporcionaron otros detalles) o la ansiedad general (mejoría media 1,5 versus 0,6 respectivamente,  $p = 0,75$ ; no se proporcionaron otros detalles).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos



Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: el estudio de Jonsson y cols. (Jonsson 1993) utilizó 20 medidas de cognición en combinación con 11 factores para el análisis (ver "Tabla de estudios incluidos"). Todos los factores se transformaron en edad, sexo y t-puntuaciones ajustadas al estado de educación basadas en datos de una muestra de personas sanas sin EM donde la t-puntuación media = 50 y EM = 10. Uno de estos 11 factores es una combinación de cuatro factores (capacidad de la memoria, aprendizaje verbal, memoria visuoespacial y velocidad visuomotora). Este factor combinado no demostró diferencias en la mejoría entre el pretratamiento y el postratamiento inmediato en el grupo de intervención en comparación con el grupo control (mejoría media 1,8 versus 1,1 respectivamente,  $p = 0,53$ ; no se proporcionaron otros detalles). No hubo diferencias significativas en los cuatro factores que constituyeron este factor combinado. Hubo una mejoría más importante en la percepción visual en el grupo de intervención en comparación con el grupo control (mejoría media 2,0 versus 0,6 respectivamente,  $p = 0,04$ ; no se proporcionaron otros detalles), pero no en la inteligencia verbal (mejoría media 1,0 versus 0,7 respectivamente,  $p = 0,91$ ; no se proporcionaron otros detalles), ni en el rendimiento de EIAW (mejoría media 5,2 versus 7,3 respectivamente,  $p = 0,42$ ). Ningún resultado informó sobre la memoria de reconocimiento, la concentración o la fluidez verbal.

Seguimiento a corto plazo: el estudio de Jonsson y cols. (Jonsson 1993) utilizó 20 medidas de cognición combinadas en 11 factores (ver "Tabla de estudios incluidos"). Todos los factores se transformaron en edad, sexo y t-puntuaciones ajustadas al estado de educación basadas en datos de una muestra de personas sanas sin EM donde la t-puntuación media = 50 y EM = 10. Uno de estos 11 factores es una combinación de otros cuatro factores (capacidad de la memoria, aprendizaje verbal, memoria visuoespacial y velocidad visuomotora). Este factor combinado no demostró diferencias en la mejoría entre el pretratamiento y el postratamiento inmediato en el grupo de intervención en comparación con el grupo control (mejoría media 1,6 versus -0,5 respectivamente,  $p = 0,09$ ; no se proporcionaron otros detalles). Al comparar los cuatro factores que constituyen esta medida general, uno fue de significación estadística marginal (mejoría media en la memoria visuoespacial desde el pretratamiento al seguimiento a corto plazo 2,7 versus 0,2;  $p = 0,05$ ; no se proporcionaron detalles adicionales). No hubo diferencias entre la intervención y los grupos control en la percepción visual (mejoría media 2,2 versus 1,0 respectivamente,  $p = 0,09$ ; no se proporcionaron otros detalles), inteligencia verbal (mejoría media 1,5 versus 2,1 respectivamente,  $p = 0,81$ ; no se proporcionaron otros detalles) o rendimiento de EIAW (mejoría media 3,7 versus 4,2 respectivamente,  $p = 0,87$ ). Ningún resultado informó sobre la memoria de reconocimiento, la concentración o la fluidez verbal.

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*(c) Rehabilitación cognitiva*

*(i) Rehabilitación cognitiva versus placebo*

Un estudio (Solari 2004); un estudio de dos grupos de 82 personas que comparó el reentrenamiento asistido por computadora de la memoria y la atención con el reentrenamiento simulado.

**Resultados primarios:**

*Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Solari y cols. (Solari 2004) se informaron los datos sobre salud mental y las subescalas cognitivas de calidad de vida específicas de la EM y se analizaron como cambios de porcentaje desde el inicio, y los análisis estadísticos se ajustaron para las medidas iniciales, la edad, la educación y el centro de estudio. El porcentaje de mejoría en la subescala de salud mental fue significativamente mejor en el grupo de rehabilitación cognitiva que en el grupo de placebo (media [DE] = 27% (73%) versus 9% (41%) respectivamente,  $p = 0,04$ ), pero no hubo diferencias significativas para la subescala cognitiva (36% [86%] versus 43% [123%] respectivamente,  $p = 0,51$ ).

Seguimiento a corto plazo: en el estudio de Solari y cols. (Solari 2004) se informaron los datos sobre la salud mental y las subescalas cognitivas de calidad de vida específicas de la EM y se analizaron como cambios de porcentaje desde el inicio, y los análisis estadísticos se ajustaron para las medidas iniciales, la edad, la educación y el centro de estudio. El porcentaje de mejoría en la subescala de salud mental no fue significativamente diferente en el grupo de rehabilitación cognitiva que en el grupo de placebo (media [DE] = 16% [47%] versus 23% [69%] respectivamente,  $p = 0,84$ ), y tampoco hubo una diferencia significativa para la subescala cognitiva (43% [126%] versus 56% [140%] respectivamente,  $p = 0,59$ ).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Solari y cols. (Solari 2004) se informaron los datos sobre la subescala de estado de ánimo del inventario de depresión de estado de ánimo y se analizaron como cambios de porcentaje desde el inicio, y los análisis estadísticos se ajustaron para las medidas iniciales, la edad, la educación y el centro de estudio. El porcentaje de mejoría en esta escala no difirió significativamente entre la rehabilitación cognitiva y los grupos de placebo (media [DE] = 2% [19%] versus 0% [20%] respectivamente,  $p = 0,67$ ).

Seguimiento a corto plazo: en el estudio de Solari y cols. (Solari 2004) se informaron los datos sobre la subescala de estado de ánimo del inventario de depresión de estado de ánimo y se analizaron como cambios de porcentaje desde el inicio, y los análisis estadísticos se ajustaron para las medidas iniciales, la edad, la educación y el centro de estudio. El porcentaje de mejoría en esta escala no difirió significativamente entre la rehabilitación cognitiva y los grupos de placebo (media [DE] = 6% [19%] versus 5% [21%] respectivamente,  $p = 0,87$ ).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Solari y cols. (Solari 2004) se presentaron los datos sobre las siete subescalas de la Batería Repetitiva Breve de Pruebas Neuropsicológicas y se analizaron como cambios de porcentaje desde el valor inicial, y los análisis estadísticos se ajustaron para las medidas iniciales, la edad, la educación y el centro de estudio. No se encontraron diferencias significativas entre la rehabilitación cognitiva y los grupos de placebo para la Buschke Selective Reminding (prueba de recuerdo selectivo de Buschke) (aprendizaje verbal y memoria) - memoria consistente a largo plazo (media [DE] = 138% [310%] versus 92% [218%] respectivamente,  $p = 0,54$ ), Buschke Selective Reminding - memoria diferida (media [DE] = 160% [317%] versus 25% [68%] respectivamente,  $p = 0,78$ ), Symbol Digit Modalities

Test (Prueba de las modalidades digitales simbólicas) (atención sostenida y velocidad en el procesamiento de la información) (media [DE] = 13% [25%] versus 9% [29%] respectivamente,  $p = 0,37$ ), Paced Auditory Serial Addition Test (Prueba de la adición auditiva consecutiva ritmada) (atención compleja y concentración) (media [DE] = 24% [56%] versus 33% [85%] respectivamente,  $p = 0,97$ ), 10/36 Spatial Recall Test (Prueba de memoria espacial) (aprendizaje visuoespacial) memoria inmediata (24% [47%] versus 28% [69%], respectivamente,  $p = 0,69$ ) y 10/36 memoria espacial - memoria diferida (20% [48%] versus 81% [146%] respectivamente,  $p = 0,33$ ). Se encontró una diferencia significativa para la Word List Generation Test (Prueba de generación de lista de palabras) (fluidez verbal y atención sostenida) con una mayor mejoría en el grupo de rehabilitación cognitiva en comparación con el grupo de placebo (media [DE] = 6% [45%] versus -17% [27%] respectivamente,  $p = 0,02$ ). Dado el gran número de pruebas cognitivas presentadas, no se puede descartar la posibilidad de que éste sea un error de tipo 1. La proporción de pacientes en el grupo de rehabilitación cognitiva y en el grupo de placebo que indicó una mejoría de al menos el 20% en dos o más de estas medidas fue del 45% y el 43% respectivamente ( $p = 0,88$ ).

Seguimiento a corto plazo: en el estudio de Solari y cols. (Solari 2004) se presentaron datos sobre las siete subescalas de la Batería Repetitiva Breve de Pruebas Neuropsicológicas y se analizaron como cambios de porcentaje desde el inicio, y los análisis estadísticos se ajustaron para las medidas iniciales, la edad, la educación y el centro del estudio. No se encontró ninguna diferencia significativa entre la rehabilitación cognoscitiva y los grupos de placebo para la Buschke Selective Reminding Test - memoria consistente a largo plazo (media [DE] = 160% [317%] versus 143% [288%] respectivamente,  $p = 0,67$ ), la Buschke Selective Reminding Test - (aprendizaje verbal y memoria) - memoria diferida (media [DE] = 10% [40%] versus 44% [99%] respectivamente,  $p = 0,06$ ), Symbol Digit Modalities Test (atención sostenida y velocidad en el procesamiento de la información) (media [DE] = 15% [27%] versus 17% [37%] respectivamente,  $p = 0,57$ ), Paced Auditory Serial Addition Test (atención compleja y concentración) (media [DE] = 16% [50%] versus 39% [103%] respectivamente,  $p = 0,19$ ), 10/36 Spatial Recall (aprendizaje visuoespacial) - memoria inmediata (17% [54%] versus 27% [68%], respectivamente,  $p = 0,68$ ) y 10/36 memoria espacial - memoria diferida (12% [64%] versus 77% [152%] respectivamente,  $p = 0,30$ ). Se encontró una diferencia significativa para la Word List Generation Test (fluidez verbal y atención sostenida), con una mayor mejoría en el grupo de rehabilitación cognitiva en comparación con el grupo de placebo (media [DE] = 32% [47%] versus 0% [30%] respectivamente,  $p = 0,03$ ). Dado el gran número de pruebas cognitivas presentadas, no se puede descartar la posibilidad de que éste sea un error de tipo 1. La proporción de pacientes en el grupo de rehabilitación cognitiva y en el grupo de placebo que indicó una mejoría de al menos el 20% en dos o más de estas medidas fue del 48% y el 54% respectivamente ( $p = 0,57$ ).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**MINIREVISIÓN 2: Personas con EM y discapacidad de moderada a grave**

*(a) Psicoterapia*

*(i) Psicoterapia versus placebo*

Un estudio Crawford 1985; un estudio de tres grupos de 32 personas que comparó la psicoterapia grupal orientada a la reflexión con una terapia grupal "simulada" y un grupo de atención habitual.

**Resultados primarios:**

*Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Síntomas psiquiátricos:*

Inmediato después del tratamiento: en el estudio de Crawford (Crawford 1985) el grupo que recibió psicoterapia obtuvo una calificación significativamente inferior en la puntuación de depresión que el grupo de placebo (puntuación media después del tratamiento 19,3 versus 23,5 respectivamente,  $p < 0,05$  ajustado para la depresión inicial, sin detalles adicionales). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad ( $p > 0,05$ ; no se proporcionaron detalles adicionales).

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Crawford (Crawford 1985) no hubo diferencias estadísticamente

significativas en el locus de control (puntuación media después del tratamiento 28,3 en el grupo de psicoterapia; 30,7 en el grupo de placebo;  $p > 0,05$ ; no se informaron otros detalles), o autoestima ( $p > 0,05$ ; no se informaron otros detalles).

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*(ii) Psicoterapia versus atención habitual*

Un estudio Crawford 1985; un estudio de tres grupos de 32 personas que comparó la psicoterapia grupal orientada a la reflexión con una terapia grupal "simulada" y un grupo de atención habitual.

**Resultados primarios:**

*Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Crawford (Crawford 1985) el grupo que recibió psicoterapia obtuvo una calificación significativamente inferior en la puntuación de la depresión que el grupo de atención habitual (puntuación promedio 19,3 versus 23,5 respectivamente,  $p < 0,05$  ajustado para la depresión inicial, sin detalles adicionales). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad ( $p > 0,05$ ; no se proporcionaron detalles adicionales).

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Crawford (Crawford 1985) el grupo que recibió psicoterapia estuvo más internamente orientado después del tratamiento que el grupo de atención habitual (locus de control medio 28,3 versus 37,0 respectivamente;  $p < 0,05$  ajustado para el locus de control inicial, no se informaron otros detalles). No hubo diferencias en la autoestima ( $p > 0,05$ ; no se informaron otros detalles).

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### **Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### **(b) Entrenamiento de las aptitudes sociales**

##### **(i) Entrenamiento de las aptitudes sociales versus atención habitual**

Un estudio (Gordon 1997); un estudio de dos grupos con 26 personas que comparó el entrenamiento de las aptitudes sociales dirigidas a relajar la tensión de interacción entre las personas con y sin discapacidad con el tratamiento habitual.

#### **Resultados primarios:**

##### *Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

##### *Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

##### *Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

##### *Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Gordon y cols. (Gordon 1997) no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y control en la autoeficacia media (DE) (79,4 [15,0] versus 72,1 [28,8] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = 0,31 [IC del 95%: -0,54; 1,15]), la autoestima (352 [16] versus 337 [36] respectivamente, diferencia medias estandarizada = 0,52 [IC del 95%: -0,33; 1,37]), trastorno social (24,6 [8,3] versus 26,5 [9,3] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = 0,21 [IC del 95%: -0,63; 1,05]), evitación social (24,0 [8,4] versus 24,3 [8,6] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = 0,03 [IC del 95%: -0,80; 0,87]), ansiedad social mediante pensamientos positivos (57,8 [11,3] versus 45,5 [17,7] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = 0,80 [IC del 95%: -0,08; 1,67]) o ansiedad social mediante pensamientos negativos (25,8 [6,2] versus 28,9 [7,9] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = 0,42 [IC del 95%: -0,43; 1,27]). Debe señalarse que en este estudio los autores encontraron que los niveles iniciales del trastorno social y la autoestima fueron razonablemente normales, y que ésta puede ser una explicación para la aparente falta de efecto del tratamiento.

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos



Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**(c) Evaluación y rehabilitación cognitiva**

**(i) Evaluación y rehabilitación cognitiva versus atención habitual**

Un estudio (Mendoza 2001); 20 personas en un establecimiento de enfermería a largo plazo, que comparó una estrategia de rehabilitación cognitiva que incluye entrevistas diarias con personal de enfermería y un cuaderno de memoria, con atención habitual. .

**Resultados primarios:**

*Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: Mendoza y cols. (Mendoza 2001) encontró que la depresión media era 5,5 en el grupo de intervención y 8,6 en el grupo control (no se notificó información adicional).

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: Mendoza y cols. (Mendoza 2001) midió algunos resultados cognitivos (estado mental, lectura adulta y aprendizaje verbal). Lamentablemente, no se presentan datos.

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**MINIREVISIÓN 3: Personas con EM**

**(a) Terapia cognitivo-conductual**

**(i) Terapia cognitivo-conductual versus psicoterapia mínima**

Un estudio (Foley 1987) de 41 personas comparó el entrenamiento en inoculación de estrés individual (tratamiento cognitivo-conductual y relajación) con la atención habitual que incorporó dos horas de psicoterapia de apoyo.

**Resultados primarios:**

*Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos



*Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Foley y cols. La depresión media de (Foley 1987) fue significativamente inferior en el grupo de intervención que en el grupo control (media después del tratamiento 13,2 [10,5] versus 21,6 [14,2] respectivamente, diferencia de medias estandarizada no ajustada para la depresión inicial = 0,66 [IC del 95%: -0,02; 1,33], valor de p después de tener en cuenta la depresión inicial < 0,001), como lo fue la ansiedad (rasgo) general (medias después del tratamiento 37,2 [13,8] versus 50,5 [13,0] respectivamente, diferencia de medias estandarizada no ajustada para la ansiedad inicial = 0,97 [IC del 95%: 0,27; 1,67], valor de p después de tener en cuenta la ansiedad inicial = 0,015), y trastorno percibido (medias después del tratamiento 57,5 [37,6] versus 89,2 [67,1] respectivamente, diferencia de medias estandarizada sin tener en cuenta el trastorno inicial = 0,57 [-0,10; 1,24], valor de p después de tener en cuenta el trastorno inicial = 0,02). La diferencia entre los grupos en la ansiedad (estado) actual no fue estadísticamente significativa (puntuaciones medias después del tratamiento 46,2 [13,1] en el grupo de intervención, 51,9 [13,4] en el grupo control, diferencia de medias estandarizada sin tener en cuenta la ansiedad inicial = 0,42 [IC del 95%: -0,24; 1,08], valor de p después de tener en cuenta la ansiedad inicial = 0,08).

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Foley y cols. (Foley 1987) los individuos en el grupo de intervención tendieron a obtener una calificación más alta en la puntuación de afrontamiento centrada en el problema (puntuación media después del tratamiento 16,2 [4,8] que en el grupo de intervención, 11,8 [4,6] en el grupo control, diferencia de medias estandarizada sin tener en cuenta la puntuación de afrontamiento previa al tratamiento = 0,92 [IC del 95%: 0,22; 1,61], valor de p después de tener en cuenta el afrontamiento inicial = 0,01). No hubo diferencias en el locus del control promedio ( $p > 0,05$ ; no se informaron otros detalles)

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**(ii) Terapia cognitivo-conductual versus control con placebo**

Un estudio, Rigby 2003; un estudio de tres grupos de 147 personas que comparó la terapia cognitiva grupal centrada en el afrontamiento con un grupo de discusión social simulado y un grupo de atención habitual (todos los grupos también recibieron un folleto de información).

**Resultados primarios:***Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: el estudio de Rigby 2003 no encontró diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad mediana (IQR) entre los que recibían TCC y los que recibían placebo (5,5 [5,3] versus 6,0 [4,0] respectivamente,  $p > 0,05$ ), ni en la depresión (IQR) mediana (5,0 [5,3] versus 5,0 [5,0] respectivamente,  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento

no hubo diferencias significativas en la ansiedad o la depresión entre los grupos.

Seguimiento a corto plazo: el estudio de Rigby 2003 no encontró diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad mediana (IQR) entre los que recibían TCC y los que recibían placebo (7,0 [7,0] versus 6,0 [5,0] respectivamente al mes después del tratamiento,  $p > 0,05$ ; 9,0 [6,5] versus 5,0 [6,0] respectivamente a los tres meses,  $p > 0,05$ ; 7,0 [7,0] versus 6,5 [6,0] respectivamente a los seis meses,  $p > 0,05$ ) no diferencias en la depresión mediana (IQR) (5,0 [6,0] versus 4,0 [5,0] respectivamente al mes después del tratamiento,  $p > 0,05$ ; 6,0 [5,5] versus 5,0 [5,0] respectivamente a los tres meses,  $p > 0,05$ ; 5,0 [5,0] versus 5,0 [7,3] respectivamente a los seis meses,  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento no hubo diferencias significativas en la ansiedad o la depresión entre los grupos.

Seguimiento a medio plazo: el estudio de Rigby 2003 no encontró diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad mediana (IQR) entre los que recibían TCC y los que recibían placebo (6,0 [7,0] versus 5,0 [5,0] respectivamente,  $p > 0,05$ ), ni diferencias en la depresión mediana (IQR) (6,5 [6,3] versus 4,0 [4,5] respectivamente,  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento no hubo diferencias significativas en la ansiedad o la depresión entre los grupos.

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: el estudio de Rigby 2003 no encontró diferencias significativas de la autoeficacia entre los que recibieron TCC y los que recibieron placebo (mediana [IQR] para MSSS = 50,0 [14,0] versus 50,0 [15,0] respectivamente,  $p > 0,05$ ; mediana [IQR] para MSSE [subescala de control] = 530 [253] versus 590 [280],  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento no hubo diferencias significativas en ambas medidas de autoeficacia (MSSS y MSSE) entre los grupos. No se encontraron diferencias en la recuperación total de la predisposición entre los grupos de TCC y de placebo, ni en dos (Compromiso y Control) de las tres subescalas de recuperación de la predisposición (puntuación total mediana [IQR] = 86,0 [21,3] versus 88,0 [16,3];  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Compromiso = 31,5 [10,0] versus 34,0 [7,0];  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Control = 31,0 [9,0] versus 32,0 [5,0];  $p > 0,05$ ). La subescala de Desafío fue significativamente mayor en el grupo que recibió TCC (mediana [IQR] = 27,0 [8,0] versus 22,0 [7,3];  $p < 0,05$ ; lo que sugirió mayor recuperación) que en el que recibió placebo. Un

análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento no hubo diferencias significativas en la recuperación total de la predisposición ni en las subescalas de Compromiso y Control entre los dos grupos, pero nuevamente, el grupo que recibió TCC tendió a tener mejores puntuaciones en la subescala de Desafío.

Seguimiento a corto plazo: el estudio de Rigby 2003 no encontró diferencias significativas en la autoeficacia entre los que recibieron TCC y los que recibieron placebo (mediana [IQR] para MSSS = 52,0 [11,3] versus 53,0 [17,0] respectivamente al mes; 49,0 [13,0] versus 51,0 [15,0] a los tres meses; 53,0 [11,0] versus 50,0 [16,0] a los seis meses, todos los  $p > 0,05$ ; mediana [IQR] para MSSE = 590 [240] versus 590 [320] respectivamente al mes; 510 [223] versus 580 [230] a los tres meses; 540 [205] versus 580 [228] a los seis meses, todos los  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento no hubo diferencias significativas en ambas medidas de autoeficacia entre los grupos. No se encontraron diferencias en la recuperación total de la predisposición entre los grupos de TCC y de placebo, ni en las tres subescalas de la misma variable (puntuación total mediana [IQR] = 89,0 [19,0] versus 88,0 [18,0] respectivamente al mes; 86,0 [20,0] versus 91,0 [15,0] a los tres meses; 89,0 [22,5] versus 90,0 [18,0] a los seis meses; todos los  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Compromiso = 32,0 [10,0] versus 32,0 [9,0] al mes; 32,0 [8,0] versus 34,0 [9,0] a los tres meses; 32,0 [10,5] versus 32,0 [8,0] a los seis meses; todos los  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Control = 32,0 [8,0] versus 32,0 [7,0] al mes; 31,0 [7,0] versus 33,0 [6,0] a los tres meses; 31,0 [8,3] versus 33,0 [5,0] a los seis meses; todos los  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Desafío = 26,0 [6,0] versus 24,0 [7,0] respectivamente al mes; 26,0 [5,0] versus 25,0 [7,0] a los tres meses; 26,0 [6,5] versus 24,0 [7,0] a los seis meses; todos los  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento no hubo diferencias significativas en la recuperación total de la predisposición, ni en las subescalas de Compromiso y Control entre los grupos, pero los grupos que recibieron TCC tendieron a tener mejores puntuaciones en la subescala de Desafío.

Seguimiento a medio plazo: el estudio de Rigby 2003 no encontró diferencias significativas en la autoeficacia entre los que recibieron TCC y los que recibieron placebo (mediana [IQR] para MSSS = 47,0 [14,3] versus 56,0 [11,0] respectivamente,  $p > 0,05$ ; mediana [IQR] para MSSE = 510 [200] versus 640 [255],  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento

no hubo diferencias significativas en ambas medidas de autoeficacia entre los grupos. No se encontraron diferencias en la recuperación total de la predisposición entre los grupos de TCC y de placebo, ni en cualquiera de las tres subescalas de la misma variable (puntuación total mediana [IQR] = 89,0 [20,5] versus 90,0 [15,0],  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Compromiso = 33,0 [10,0] versus 33,0 [8,0],  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Control = 32,0 [6,5] versus 34,0 [5,0],  $p > 0,05$ ; subescala de Desafío mediana [IQR] = 26,0 [7,5] versus 24,0 [5,0],  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento no hubo diferencias significativas en la recuperación total de la predisposición, ni en las subescalas de Compromiso y Control entre los grupos, pero los grupos que recibieron TCC tendieron a tener mejores puntuaciones en la subescala de Desafío.

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**(iii) Terapia cognitivo-conductual versus ningún tratamiento**

Dos estudios; Rigby 2003 (un estudio de tres grupos de 147 personas que comparó la terapia cognitiva grupal centrada en el afrontamiento con un grupo de discusión social simulado y un grupo de atención habitual) y Wassem 2003 (un estudio de dos grupos de 27 personas que comparó un programa apuntado a aumentar la autoeficacia para los comportamientos de adaptación [a la EM], con la atención habitual).

**Resultados primarios:**

*Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: el estudio de Rigby 2003 no encontró diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad mediana (IQR) entre los que recibieron TCC y los que recibieron información (5,5 [5,3] versus 6,0 [5,0] respectivamente,  $p > 0,05$ ) ni en la depresión mediana (IQR) (5,0 [5,3] versus 3,5 [5,0] respectivamente,  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento hubo niveles significativamente inferiores de ansiedad ( $p < 0,01$ ) en el grupo de TCC, pero ninguna diferencia en la depresión.

Seguimiento a corto plazo: el estudio de Rigby 2003 no encontró diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad mediana (IQR) entre los que recibieron TCC y los que recibieron información (7,0 [7,0] versus 7,0 [4,5] respectivamente al mes después del tratamiento,  $p > 0,05$ ; 9,0 [6,5] versus 6,0 [4,0] respectivamente a los tres meses,  $p > 0,05$ ; 7,0 [7,0] versus 6,0 [6,3] respectivamente a los seis meses,  $p > 0,05$ ), ni en la depresión mediana (IQR) (5,0 [6,0] versus 4,5 [3,5] respectivamente al mes después del tratamiento,  $p > 0,05$ ; 6,0 [5,5] versus 6,0 [4,0] respectivamente a los tres meses,  $p > 0,05$ ; 5,0 [5,0] versus 5,0 [5,3] respectivamente a los seis meses,  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento hubo niveles significativamente inferiores de ansiedad ( $p < 0,01$ ) en el grupo de TCC, pero ninguna diferencia en la depresión.

Seguimiento a medio plazo: el estudio de Rigby 2003 no encontró diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad mediana (IQR) entre los que recibieron TCC y los que recibieron información (6,0 [7,0] versus 6,0 [5,0] respectivamente,  $p > 0,05$ ), ni en la depresión mediana (IQR) (6,5 [6,3] versus 5,0 [4,0] respectivamente,  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento hubo niveles significativamente inferiores de ansiedad ( $p < 0,01$ ) en el grupo de TCC, pero ninguna diferencia en la depresión.



Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

Funcionamiento psicológico:

Inmediatamente después del tratamiento: el estudio de Rigby 2003 no encontró diferencias significativas en la autoeficacia entre los que recibieron TCC y los que recibieron información (mediana [IQR] para MSSS = 50,0 [14,0] versus 49,0 [18,5] respectivamente,  $p > 0,05$ ; mediana [IQR] para MSSE = 530 [253] versus 520 [260],  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento hubo una diferencia significativa en MSSE, de manera tal que el grupo de intervención tuvo una autoeficacia más alta ( $p < 0,01$ ), pero ninguna diferencia en MSSS ( $p > 0,05$ ). No se encontraron diferencias en la recuperación total de la predisposición entre los grupos de TCC y de información, ni en cualquiera de las tres subescalas de la misma variable (puntuación total mediana [IQR] = 86,0 [21,3] versus 89,0 [13,5],  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Compromiso = 31,5 [10,0] versus 33,5 [6,0],  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Control = 31,0 [9,0] versus 30,0 [6,0],  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Desafío = 27,0 [8,0] versus 25,0 [7,0],  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento hubo mayor recuperación de la predisposición en el grupo de TCC que en el grupo de información, según se midió por la puntuación total ( $p < 0,01$ ), la puntuación de Compromiso ( $p < 0,01$ ) y la puntuación de Desafío ( $p < 0,05$ ) pero no la puntuación de Control ( $p > 0,05$ ).

A corto plazo seguimiento: el estudio de Rigby 2003 no encontró diferencias significativas en la autoeficacia entre los que recibieron TCC y los que recibieron información (mediana [IQR] para MSSS = 52,0 [11,3] versus 51,5 [14,3] respectivamente al mes; 49,0 [13,0] versus 46,0 [11,0] a los tres meses; 53,0 [11,0] versus 48,0 [11,0] a los seis meses, todos los  $p > 0,05$ ; mediana [IQR] para MSSE = 590 [240] versus 510 [250] respectivamente al mes; 510 [223] versus 560 [210] a los tres meses; 540 [205] versus 510 [305] a los seis meses, todos los  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento hubo una diferencia significativa en MSSE, de manera tal que el grupo de intervención tuvo una autoeficacia más alta ( $p < 0,01$ ), pero ninguna diferencia en MSSS ( $p > 0,05$ ). No se encontraron diferencias en la recuperación total de la predisposición entre los grupos de TCC y de información, ni en cualquiera de las tres subescalas de la misma variable (puntuación total mediana [IQR] = 89,0 [19,0] versus 92,0 [20,0] respectivamente al mes; 86,0 [20,0] versus 90,5 [12,5] a los tres meses; 89,0 [22,5] versus 91,0 [17,0] a los seis meses, todos los  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Compromiso = 32,0 [10,0] versus

33,0 [7,0] al mes; 32,0 [8,0] versus 35,0 [6,0] a los tres meses; 32,0 [10,5] versus 33,0 [6,5] a los seis meses, todos los  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Control = 32,0 [8,0] versus 32,0 [6,5] al mes; 31,0 [7,0] versus 31,0 [6,3] a los tres meses; 31,0 [8,3] versus 32,0 [7,0] a los seis meses, todos los  $p > 0,05$ ; puntuación mediana [IQR] de Desafío = 26,0 [6,0] versus 23,0 [7,0] respectivamente al mes; 26,0 [5,0] versus 23,5 [7,5] a los tres meses; 26,0 [6,5] versus 24,0 [7,5] a los seis meses, todos los  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento hubo mayor recuperación de la predisposición en el grupo de TCC que en el grupo de información, según se midió por la puntuación total ( $p < 0,01$ ), la puntuación de Compromiso ( $p < 0,01$ ) y la puntuación de Desafío ( $p < 0,05$ ) pero no la puntuación de Control ( $p > 0,05$ ).

El estudio de Wassem y cols. (Wassem 2003) informó sobre dos medidas de adaptación a la EM (la Psychosocial Adjustment to Illness Scale [Escala psicossocial de adaptación a la enfermedad] y la suma de escalas analógicas visuales de adaptación psicológica, social y física), y una medida de autoeficacia (la Self Efficacy for Adjustment Behaviours scale [Escala de autoeficacia para los comportamientos de adaptación]) en diez ocasiones desde el inicio al seguimiento a largo plazo a los cuatro años. Los datos del inicio y todos los seguimientos se analizaron juntos mediante un análisis de medidas repetidas del modelo de covarianza y la eficacia de la intervención probada mediante el grupo por interacción de ocasión en este modelo. Los efectos se ajustaron para la edad en el momento de diagnóstico y la gravedad de la enfermedad. Los valores de  $p$  para las medidas, en el mismo orden que aquél descrito anteriormente en el párrafo, son  $p > 0,10$ ;  $p = 0,72$  y  $p = 0,55$  respectivamente. No se proporcionan detalles de las medias (DE) en el seguimiento a corto plazo. Los resultados para la medición de autoeficacia podrían combinarse potencialmente con los de Rigby (Rigby 2003), pero no se proporcionaron suficientes detalles para que esta combinación fuera posible.

Seguimiento a medio plazo: el estudio de Rigby 2003 no encontró diferencias significativas en la autoeficacia entre los que recibieron TCC y los que recibieron información (mediana [IQR] para MSSS = 47,0 [14,3] versus 47,0 [15,0] respectivamente,  $p > 0,05$ ; mediana [IQR] para MSSE = 510 [200] versus 480 [245],  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento hubo una diferencia significativa en MSSE, de manera tal que el grupo de intervención tuvo una autoeficacia más alta ( $p < 0,01$ ), pero ninguna diferencia en MSSS ( $p > 0,05$ ). No se encontraron diferencias en la recuperación total de la predisposición entre los grupos de TCC y de información, ni en cualquiera de las tres subescalas (puntuación total mediana

[IQR] = 89,0 [20,5] versus 92,0 [15,0],  $p > 0,05$ ; puntuación mediana (IQR) de Compromiso = 33,0 [10,0] versus 33,0 [8,0],  $p > 0,05$ ; puntuación mediana (IQR) de Control = 32,0 [6,5] versus 32,0 [8,0],  $p > 0,05$ ; subescala mediana (IQR) de Desafío = 26,0 [7,5] versus 23,0 [8,0],  $p > 0,05$ ). Un análisis estadístico complejo, que resumía todas las mediciones iniciales y después del tratamiento hasta los 12 meses mediante el "área bajo la curva", sugirió que durante el período completo del seguimiento hubo mayor recuperación de la predisposición en el grupo de TCC que en el grupo de información, según se midió por la puntuación total ( $p < 0,01$ ), la puntuación de Compromiso ( $p < 0,01$ ) y la puntuación de Desafío ( $p < 0,05$ ) pero no la puntuación de Control ( $p > 0,05$ ).

El estudio de Wassem y cols. (Wassem 2003) informó sobre dos medidas de adaptación a la EM (la Psychosocial Adjustment to Illness Scale y la suma de escalas analógicas visuales de adaptación psicológica, social y física), y una medida de autoeficacia (la Self Efficacy for Adjustment Behaviours scale) en diez ocasiones desde el inicio al seguimiento a largo plazo a los cuatro años. Los datos del inicio y todos los seguimientos se analizaron juntos mediante un análisis de medidas repetidas del modelo de covarianza y la eficacia de la intervención probada mediante el grupo por interacción de ocasión en este modelo. Los efectos se ajustaron para la edad en el momento de diagnóstico y la gravedad de la enfermedad. Los valores de  $p$  para las medidas, en el mismo orden en el que se describieron anteriormente en el párrafo, son  $p > 0,10$ ;  $p = 0,72$  y  $p = 0,55$  respectivamente. No se proporcionan detalles de las medias (DE) en el seguimiento a medio plazo. Los resultados para la medición de autoeficacia podrían combinarse potencialmente con los de Rigby (Rigby 2003), pero no se proporcionan suficientes detalles para que esta combinación fuera posible.

Seguimiento a largo plazo: el estudio de Wassem y cols. (Wassem 2003) informó sobre dos medidas de adaptación a la EM (la Psychosocial Adjustment to Illness Scale y la suma de escalas analógicas visuales de adaptación psicológica, social y física), y una medida de autoeficacia (la Self Efficacy for Adjustment Behaviours scale) en diez ocasiones desde el inicio al seguimiento a largo plazo a los cuatro años. Los datos del inicio y todos los seguimientos se analizaron juntos mediante un análisis de medidas repetidas del modelo de covarianza y la eficacia de la intervención probada mediante el grupo por interacción de ocasión en este modelo. Los efectos se ajustaron para la edad en el momento de diagnóstico y la gravedad de la enfermedad. Los valores de  $p$  para las medidas, en el orden anterior del párrafo, son  $p > 0,10$ ;  $p = 0,72$ , y  $p = 0,55$  respectivamente. No se proporcionan detalles de las medias (DE) en el seguimiento a largo plazo.

#### *Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### **Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo: en el estudio de Wassem y cols. (Wassem 2003) se midieron la fatiga y el dolor mediante una escala analógica visual en diez ocasiones desde el inicio al seguimiento de cuatro años. No se presentan datos para cada seguimiento individual y los autores utilizaron un análisis de medidas repetidas de covarianza para probar la eficacia del tratamiento mediante las diez ocasiones simultáneamente, con un ajuste para la edad en el momento de diagnóstico y la gravedad de la enfermedad. La interacción entre la ocasión y el brazo de tratamiento no fue estadísticamente significativa para la fatiga ( $p = 0,09$ ), ni el dolor ( $p > 0,10$ ).

Seguimiento a medio plazo: en el estudio de Wassem y cols. (Wassem 2003) se midieron la fatiga y el dolor mediante una escala analógica visual en diez ocasiones desde el inicio al seguimiento de cuatro años. No se presentan datos para cada seguimiento individual y los autores utilizaron un análisis de medidas repetidas de covarianza para probar la eficacia del tratamiento mediante las diez ocasiones simultáneamente, con un ajuste para la edad en el momento de diagnóstico y la gravedad de la enfermedad. La interacción entre la ocasión y el brazo de tratamiento no fue estadísticamente significativa para la fatiga ( $p = 0,09$ ), ni el dolor ( $p > 0,10$ ).

Seguimiento a largo plazo: en el estudio de Wassem y cols. (Wassem 2003) se midieron la fatiga y el dolor mediante una escala analógica visual en diez ocasiones desde el inicio al seguimiento de cuatro años. No se presentan datos para cada seguimiento individual y los autores utilizaron un análisis de medidas repetidas de covarianza para probar la eficacia del tratamiento mediante las diez ocasiones simultáneamente, con un ajuste para la edad en el momento de diagnóstico y la gravedad de la enfermedad. La interacción entre la ocasión y el brazo de tratamiento no fue estadísticamente significativa para la fatiga ( $p = 0,09$ ), ni el dolor ( $p > 0,10$ ).

#### *(b) Evaluación y rehabilitación cognitiva*

##### *(i) Evaluación y rehabilitación cognitiva versus atención habitual*

Un estudio Lincoln 2002; un estudio de tres grupos de 240 personas que comparó un grupo que no recibió evaluación o rehabilitación psicológica con un grupo que recibió evaluación cognitiva, (con retroalimentación [feedback] sobre los resultados de los pacientes y los profesionales de salud) y un grupo que



recibió evaluación cognitiva y rehabilitación cognitiva proyectada basadas en los resultados de la evaluación.

### Resultados primarios:

#### *Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo: Lincoln y cols. (Lincoln 2002) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media de salud física (calidad de vida general) entre los grupos de intervención y control (31,5 [10,0] versus 31,9 [9,4] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = -0,04 [-0,36; 0,28]) o en la puntuación media de salud mental (calidad de vida general) (media 45,4 [11,9] versus 46,5 [13,2] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = -0,09 [-0,41; 0,23]). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida general (mediana [IQR] = 6,0 [4 a 8] en el grupo de intervención, 6,5 [5 a 8] en el grupo control,  $p > 0,05$ ), ni en la satisfacción con la calidad de vida (mediana [IQR] = 4,0 [3 a 5] en el grupo de intervención, 5,0 [4 a 8] en el grupo control,  $p > 0,05$ ). En todos los casos las puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida.

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo: en el estudio de Lincoln y cols. (Lincoln 2002) no hubo diferencias estadísticamente significativas en el estado de ánimo medio entre el grupo de rehabilitación más evaluación y el grupo de atención habitual (media 27,0 [15,7] versus 24,9 [14,7] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = -0,14 [-0,46; 0,18],  $p > 0,05$ ).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo: Lincoln y cols. (Lincoln 2002) no demostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y control en la alteración del funcionamiento ejecutivo (mediana [IQR] = 18,0 [10 a 29] versus 16,5 [9 a 32] respectivamente,  $p > 0,05$ ); memoria diaria (mediana [IQR] = 15,0 [6 a 32] versus 14,0 [7 a 37] respectivamente,  $p > 0,05$ ); y compensación para el deterioro de la memoria (mediana [IQR] = 10,0 [5 a 14] versus 10,0 [7 a 14] respectivamente,  $p > 0,05$ ).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

### Resultados secundarios:

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *(ii) Evaluación y rehabilitación cognitiva versus evaluación cognitiva*

Un estudio Lincoln 2002; un estudio de tres grupos de 240 personas que comparó un grupo que no recibió evaluación o rehabilitación psicológica con un grupo que recibió evaluación cognitiva, (con retroalimentación [feedback] sobre los resultados de los pacientes y los profesionales de salud) y un grupo que recibió evaluación cognitiva y rehabilitación cognitiva proyectada basadas en los resultados de la evaluación.

### Resultados primarios:

#### *Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo: Lincoln y cols. (Lincoln 2002) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media de salud física (calidad de vida general) entre el grupo de rehabilitación más evaluación y el de evaluación

únicamente (31,5 [10,0] versus 33,0 [11,1] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = -0,14 [-0,47; 0,18]) ni en la puntuación media de salud mental (calidad de vida general) (media 45,4 [11,9] versus 45,4 [13,7] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = 0,00 [-0,33; 0,33]). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida general (mediana [IQR] = 6,0 [4 a 8] en el grupo de rehabilitación más evaluación; 6,0 [4 a 7] en el grupo de evaluación únicamente,  $p > 0,05$ ), ni en la satisfacción con la calidad de vida (mediana [IQR] = 4,0 [3 a 5] en el grupo de rehabilitación más evaluación; 4,0 [3 a 5] en el grupo control,  $p > 0,05$ ).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Lincoln y cols. (Lincoln 2002) no hubo diferencias estadísticamente significativas en el estado de ánimo entre el grupo de rehabilitación más evaluación y el grupo de evaluación únicamente (media 27,0 [15,7] versus 27,3 [15,7] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = 0,02 [-0,31; 0,35],  $p > 0,05$ ).

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo: Lincoln y cols. (Lincoln 2002) no demostró diferencias estadísticamente significativas los grupos de rehabilitación más evaluación y de evaluación únicamente en la alteración del funcionamiento ejecutivo (mediana [IQR] = 18,0 [10 a 29] versus 18,0 [7 a 31] respectivamente,  $p > 0,05$ ), memoria diaria (mediana [IQR] = 15,0 [6 a 32] versus 15,0 [5 a 31] respectivamente,  $p > 0,05$ ), y compensación para el

deterioro de la memoria (mediana [IQR] = 10,0 [5 a 14] versus 9,0 [6 a 15] respectivamente,  $p > 0,05$ ).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### **Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *(c) Evaluación cognitiva*

##### *(i) Evaluación cognitiva versus atención habitual*

Un estudio Lincoln 2002; un estudio de tres grupos de 240 personas que comparó un grupo que no recibió evaluación o rehabilitación psicológica con un grupo que recibió evaluación cognitiva, (con retroalimentación [feedback] sobre los resultados de los pacientes y los profesionales de salud) y un grupo que recibió evaluación cognitiva y rehabilitación cognitiva proyectada basadas en los resultados de las evaluaciones.

#### **Resultados primarios:**

##### *Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

##### *Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo: Lincoln y cols. (Lincoln 2002) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media de salud física (calidad de vida general) entre los grupos de evaluación cognitiva y atención habitual (33,0 [11,1] versus 31,9 [9,4] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = 0,11 [-0,21; 0,43]) o en la puntuación media de salud mental (calidad de vida general) (media 45,4 [13,7] versus 46,5 [13,2] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = -0,08 [-0,40; 0,24]). La calidad de vida general fue significativamente mayor en el grupo de atención habitual que en el grupo de evaluación cognitiva (mediana [IQR] = 6,0 [4 a 7] en el grupo de evaluación cognitiva; 6,5 [5 a 8] en el grupo de atención habitual,  $p < 0,05$ ), como lo fue la satisfacción con la calidad de vida (mediana [IQR] = 4,0 [3 a 5] en el grupo de evaluación cognitiva; 5,0 [4 a 8] en el grupo de atención habitual,  $p < 0,05$ ).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo: en el estudio de Lincoln y cols. (Lincoln 2002) no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de evaluación únicamente y la atención habitual (media 27,3 [15,7] versus 24,9 [14,7] respectivamente, diferencia de medias estandarizada = -0,16 [-0,48; 0,17],  $p > 0,05$ ).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo: Lincoln y cols. (Lincoln 2002) no demostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de evaluación únicamente y el grupo control en la alteración del funcionamiento ejecutivo (mediana [IQR] = 18,0 [7 a 31] versus 16,5 [9 a 32] respectivamente,  $p > 0,05$ ), memoria diaria (mediana [IQR] = 15,0 [5 a 31] versus 14,0 [7 a 37] respectivamente,  $p > 0,05$ ), y compensación para el deterioro de la memoria (mediana [IQR] = 9,0 [6 a 15] versus 10,0 [7 a 14] respectivamente,  $p > 0,05$ ).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**(d) Imágenes + relajación****(i) Imágenes + relajación versus atención habitual**

Un estudio Maguire 1996; un estudio de dos grupos de 33 personas que comparó el tratamiento de imágenes grupal

orientado biológicamente junto con relajación con la atención habitual.

**Resultados primarios:***Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: Maguire (Maguire 1996) encontró que la ansiedad estado era significativamente inferior en el grupo que recibía imágenes (media [DE] = 52,4 [13,0] en el grupo de imágenes; 56,3 [11,8] en el grupo control, diferencia de medias estandarizada = 0,31 [-0,38; 1,0],  $p < 0,05$  después del ajuste para la ansiedad inicial), pero no la ansiedad rasgo (media [DE] = 55,6 (13,7) en el grupo de imágenes; 56,8 [17,2] en el grupo control, diferencia de medias estandarizada = 0,07 [-0,61; 0,76],  $p > 0,05$  después del ajuste para la ansiedad inicial).

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: Maguire (Maguire 1996) no encontró diferencias estadísticamente significativas en cualquiera de las dimensiones de los estados de ánimo (tensión-ansiedad, depresión-desánimo, ira-hostilidad, vigor-actividad, fatiga-inercia, confusión-desconcierto - todos los  $p > 0,05$ ; no se proporcionaron otros detalles).

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**(e) Entrenamiento en las capacidades de adaptación**

**(i) Entrenamiento en las capacidades de adaptación versus apoyo de compañeros**

Un estudio Schwartz 1999; un estudio de dos grupos de 136 personas que comparó las sesiones grupales de capacidades de adaptación directivas junto con apoyo telefónico de compañeros desde el interior del grupo, con apoyo telefónico de compañeros no directivo de personas no especializadas con EM adiestradas en escucha activa.

**Resultados primarios:**

*Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: la satisfacción con la calidad de vida se midió mediante la satisfacción general, la satisfacción con la salud, la satisfacción con la vida familiar, la satisfacción espiritual y la satisfacción con el nivel socioeconómico en el estudio de Schwartz (Schwartz 1999). Se midieron las limitaciones psicosociales del desempeño del rol y las limitaciones físicas del desempeño del rol mediante el Sickness Impact Profile. El método de análisis estadístico fue complejo, incluyó consideración de todo pretratamiento, datos durante el tratamiento y después del tratamiento simultáneamente y dos tipos de análisis estadístico utilizados paralelamente (uno de los cuales se ajustó para el sexo y el cambio en EDSS durante el ciclo de tratamiento). Por consiguiente, no fue posible identificar a partir del informe si había algún efecto específico inmediatamente después del tratamiento. Hubo algunas pruebas de que en el curso de todo el estudio hubo mayores mejoras en la satisfacción general con la calidad de vida, y la satisfacción con la vida familiar en el grupo de imágenes, pero en cada caso esto fue estadísticamente

significativo sólo para uno de los dos métodos de análisis. No se informaron las medias ni las DE.

Seguimiento a corto plazo: como se mencionó anteriormente, para el estudio Schwartz (Schwartz 1999) no fue posible decir si había diferencias específicas a corto plazo.

Seguimiento a medio plazo: como se mencionó anteriormente, para el estudio Schwartz (Schwartz 1999) no fue posible decir si había diferencias específicas a medio plazo.

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: Schwartz (Schwartz 1999) utilizó la Arthritis Impact Measurement Scale (Escala de medición del impacto de la artritis) para medir la depresión y la ansiedad. El método de análisis estadístico fue complejo, incluyó consideración de todo pretratamiento, datos durante el tratamiento y después del tratamiento simultáneamente y dos tipos de análisis estadístico utilizados paralelamente (uno de los cuales se ajustó para el sexo y el cambio en EDSS durante el ciclo de tratamiento). Por consiguiente, no fue posible identificar a partir del informe si había algún efecto específico inmediatamente después del tratamiento. Sin embargo, en el curso de todo el estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas en las mejoras en la depresión y la ansiedad entre los dos grupos. No se informaron las medias ni las DE.

Seguimiento a corto plazo: igual que en el estudio de Schwartz (Schwartz 1999). Nuevamente, no fue posible identificar específicamente los efectos a corto plazo.

Seguimiento a medio plazo: igual que en el estudio de Schwartz (Schwartz 1999). Nuevamente, no fue posible identificar específicamente los efectos a medio plazo.

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: Schwartz midió la autoeficacia específica de la EM (subescalas de control y función), el locus de control, los modos de afrontamiento (solución de problemas, apoyo social, reencuadre, religiosidad, culpar a otros, culparse a sí mismo, evitación y subescalas de pensamientos de deseo) y la felicidad (propósitos en la vida, crecimiento personal, dominio ambiental, relaciones sociales y subescalas de autoaceptación) (Schwartz 1999). El método de análisis estadístico fue complejo, incluyó consideración de todo pretratamiento, datos durante el tratamiento y después del tratamiento simultáneamente y dos tipos de análisis estadístico utilizados paralelamente (uno de los cuales se ajustó para el sexo y el cambio en EDSS durante el ciclo de tratamiento). Por consiguiente, no fue posible identificar a partir del informe si había algún efecto específico inmediatamente después del tratamiento. Sin embargo, durante la realización del estudio hubo diferencias estadísticamente significativas en el locus de control (mayor tendencia hacia locus de control externo en el



grupo de apoyo de compañeros, pero sólo en uno de los dos conjuntos de los análisis) y en culpar a otros como un modo de adaptación (mayor tendencia a no culpar a otros en el grupo de capacidades de adaptación, pero sólo en uno de los dos conjuntos de los análisis). Ninguna otra diferencia fue estadísticamente significativa.

Seguimiento a corto plazo: ver más arriba el estudio de Schwartz (Schwartz 1999). No fue posible identificar específicamente los efectos a corto plazo.

Seguimiento a medio plazo: ver más arriba el estudio de Schwartz (Schwartz 1999). Nuevamente, no fue posible identificar específicamente los efectos a medio plazo.

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: EDSS se midió después del tratamiento en el estudio de Schwartz (Schwartz 1999). Hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de capacidades de adaptación y de apoyo de compañeros, pero no se informa la dirección de la diferencia.

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: el estudio de Schwartz (Schwartz 1999) no informó diferencias en las puntuaciones generales de la batería de pruebas cognitivas entre los dos grupos ( $p > 0,05$  ajustado para la capacidad cognitiva inicial, el sexo y el cambio en EDSS).

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### **Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Schwartz (Schwartz 1999) se midió la fatiga. El método de análisis estadístico fue complejo, incluyó consideración de todo pretratamiento, datos durante el tratamiento y después del tratamiento simultáneamente y dos tipos de análisis estadístico utilizados lado a lado (uno de los cuales se ajustó para el sexo y el cambio en EDSS durante el ciclo de tratamiento). Por consiguiente, no fue posible identificar a partir del informe si había algún efecto específico inmediatamente después del tratamiento. Durante el transcurso de todo el estudio, no pareció haber diferencias en la mejoría de la fatiga entre los dos grupos.

Seguimiento a corto plazo: ver más arriba. No fue posible decir a partir del estudio de Schwartz (Schwartz 1999) si había diferencias específicas a corto plazo en la mejoría de la fatiga.

Seguimiento a medio plazo: ver más arriba. No fue posible decir a partir del estudio de Schwartz (Schwartz 1999) si había diferencias específicas a medio plazo en la mejoría de la fatiga.

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *(f) Terapia de comportamiento de salud*

#### *(i) Terapia de comportamiento de salud versus control en lista de espera*

Un estudio Stuijbergen 2003; un estudio de dos grupos de 142 personas que comparó un programa grupal de bienestar para mujeres basado en modelos de promoción de salud y de psicología de salud de comportamiento y creencias de salud, con un grupo control en lista de espera.

#### **Resultados primarios:**

##### *Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

##### *Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: Stuijbergen 2003 midió nueve dimensiones de calidad de vida general. Las puntuaciones más altas equivalen a mejor salud. La media (DE) en el grupo de intervención, el grupo control en lista de espera y la diferencia de medias estandarizada entre ellos fue 52,6 (28,9); 41,9 (30,8), diferencia de medias estandarizada = 0,36 (-0,02; 0,73) para el funcionamiento físico: 47,2 (42,7); 29,0 (34,3), diferencia de medias estandarizada = 0,47 (0,09; 0,85) para rol físico: 64,9 (27,2); 56,0 (28,0), diferencia de medias estandarizada = 0,32 (-0,06; 0,70) para dolor corporal: 53,6 (23,3); 57,0 (23,2), diferencia de medias estandarizada = -0,15 (-0,52; 0,23) para salud general: 43,3 (23,3); 36,1 (23,7), diferencia de medias estandarizada = 0,30 (-0,07; 0,68) para vitalidad: 72,1 (26,9); 60,5 (28,4), diferencia de medias estandarizada = 0,42 (0,04; 0,80) para funcionamiento social: 72,3 (40,7); 57,7 (44,7), diferencia de medias estandarizada = 0,34 (-0,04; 0,72) para rol emocional: 74,0 (21,4); 69,4 (23,1), diferencia de medias estandarizada = 0,20 (-0,17; 0,58) para salud mental. Por lo tanto, el grupo de intervención tendió a tener mejor calidad de vida según se midió con el rol físico y el funcionamiento social. En el documento, se utilizó el modelo complejo multinivel para analizar simultáneamente todos los puntos de seguimiento (incluidas las mediciones de la intervención media) y para ajustarlos para la calidad de vida inicial y la deficiencia. Los autores llegaron a la conclusión de que al recorrer los puntos temporales, el grupo de intervención tenía una puntuación mayor en la escala de dolor físico (es decir, menos dolor en promedio) y una puntuación mayor en la escala de salud mental (mejor salud mental).

Seguimiento a corto plazo: Stuifbergen 2003 midió nueve dimensiones de calidad de vida general. La media (DE) en el grupo de intervención, el grupo control en lista de espera y la diferencia de medias estandarizada entre ellos fue 51,0 (29,1); 40,2 (30,8), diferencia de medias estandarizada = 0,36 (-0,03; 0,75) para funcionamiento físico: 46,9 (43,8); 41,4 (42,0), diferencia de medias estandarizada = 0,13 (-0,26; 0,51) para rol físico: 66,7 (24,6); 63,8 (28,2), diferencia de medias estandarizada = 0,11 (-0,28; 0,49) para dolor corporal: 57,1 (24,9); 60,4 (23,9), diferencia de medias estandarizada = -0,13 (-0,52; 0,25) para salud general: 44,0 (22,3); 41,2 (21,5), diferencia de medias estandarizada = 0,13 (-0,26; 0,51) para vitalidad: 69,6 (25,9); 70,2 (24,4), diferencia de medias estandarizada = -0,02 (-0,41; 0,36) para funcionamiento social: 76,2 (36,0); 65,5 (42,5), diferencia de medias estandarizada = 0,27 (-0,12; 0,66) para rol emocional y 74,6 (15,0); 71,7 (19,7), diferencia de medias estandarizada = 0,16 (-0,22; 0,55) para salud mental. Por consiguiente, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Sin embargo, en el documento, se utilizó el modelo complejo multinivel para analizar simultáneamente todos los puntos de seguimiento (incluidas las mediciones de la intervención media) y para ajustarlos para la calidad de vida inicial y la deficiencia. Los autores llegaron a la conclusión de que al recorrer los puntos temporales, el grupo de intervención tenía una puntuación mayor en la escala de dolor físico (es decir, menos dolor en promedio) y una puntuación mayor en la escala de salud mental (mejor salud mental).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: Stuifbergen 2003 midió la autoeficacia. La media (DE) en el grupo de intervención, el grupo control en lista de espera y la diferencia estandarizada entre ellos fue 92,6 (14,8); 83,1 (18,8), diferencia de medias estandarizada = 0,56 (0,18; 0,93). Este resultado indica un valor de autoeficacia mayor en las mujeres del grupo de intervención. Este resultado también se reflejó en el modelo complejo multinivel utilizado en el documento, donde la diferencia entre los grupos de intervención y control, en todos los puntos temporales simultáneamente, fue estadísticamente significativa.

Seguimiento a corto plazo: Stuifbergen 2003 midió la autoeficacia. La media (DE) en el grupo de intervención, el grupo control en lista de espera y la diferencia estandarizada

entre ellos fue 93,5 (14,4); 83,6 (19,2), diferencia de medias estandarizada = 0,58 (0,20; 0,96). Este resultado indica un valor de autoeficacia mayor en las mujeres del grupo de intervención. Este resultado también se reflejó en el modelo complejo multinivel utilizado en el documento, donde la diferencia entre los grupos de intervención y control, en todos los puntos temporales simultáneamente, fue estadísticamente significativa.

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo: la incapacidad media fue 14,1 (7,3) en el grupo de intervención y 16,3 (8,9) en el grupo control en lista de espera (diferencia de medias estandarizada = 0,27 [-0,12; 0,65]).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento:

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### **Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento:

Seguimiento a corto plazo: ver más arriba.

Seguimiento a medio plazo: ver más arriba.

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### **MINIREVISIÓN 4: Personas con EM y depresión**

##### *(a) Terapia cognitivo-conductual*

##### *(i) Terapia cognitivo-conductual versus atención habitual*

Dos estudios; Larcombe 1984 (un estudio de dos brazos de 20 personas que comparó la terapia cognitivo-conductual grupal con un grupo control en lista de espera) y Mohr 2000 (un estudio de dos brazos de 32 personas que comparó la terapia cognitivo-conductual individual por teléfono con la atención habitual).

#### **Resultados primarios:**

##### *Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Larcombe y cols. (Larcombe 1984) la depresión autoinformada media (DE) después del tratamiento fue 8,1 (5,0) en el grupo de TCC y 33,4 (9,7) en el grupo control (diferencia de medias estandarizada = 3,07 [IC del 95%: 1,65; 4,49], valor de p ajustado para la depresión previa al tratamiento < 0,01). La depresión media informada por el médico fue 2,0 (1,5) y 17,4 (8,3) respectivamente (diferencia de medias estandarizada = 2,40 [IC del 95%: 1,16; 3,65], valor de p ajustado para la depresión previa al tratamiento < 0,01).

En el estudio de Mohr y cols. (Mohr 2000) el estado de ánimo medio en una subescala de depresión-desánimo fue significativamente más bajo en el grupo de TCC (18,7 [13,8]) que en el grupo control (26,7 [13,7]) (diferencia de medias estandarizada = 0,57 [IC del 95%: -0,14; 1,28], p = 0,01 después que el valor de p se ajustó para el estado de ánimo inicial).

Con el uso de un metanálisis para combinar los resultados de estos dos estudios, la diferencia de medias estandarizada general es 1,07 (0,43; 1,70) mediante un modelo de efectos fijos. La prueba de heterogeneidad que comparó las diferencias medias entre los dos estudios es estadísticamente significativa (p = 0,002), posiblemente debido a las diferencias en el modo de medir la depresión. Con el uso de un modelo de efectos aleatorios cambió la diferencia de medias estandarizada a 1,74 (-0,71; 4,19), p = 0,16. Estas diferencias medias no se ajustan para las medidas iniciales de depresión; en los estudios individuales las diferencias son estadísticamente significativas una vez que se tienen en cuenta las medidas iniciales.

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Larcombe (Larcombe 1984) el "mejor estado de ánimo" medio durante el día en el grupo de TCC y el grupo control fue 44,4 (6,0) y 30,0 (6,8) respectivamente (diferencia de medias estandarizada = 2,15 [IC del 95%: 0,96; 3,33], valor de p ajustado para el estado de ánimo inicial > 0,05), el "peor estado de ánimo" durante el día fue 37,3 (6,5) y 19,6 (5,4) respectivamente (diferencia de medias estandarizada = 2,84 [IC del 95%: 1,48; 4,20], valor de p ajustado para el estado de ánimo inicial < 0,05) y el "estado de ánimo promedio" durante el día fue 42,2 (5,0) y 26,1 (5,8) respectivamente (diferencia de medias

estandarizada = 2,84 [IC del 95%: 1,48; 4,19], valor de p después del ajuste para el estado de ánimo inicial > 0,05).

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

**Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo: en el estudio de Mohr y cols. (Mohr 2000), se había aprobado a todos los pacientes para el tratamiento con interferón beta-1a. En el grupo de TCC 12 de cada 16 tomaban interferón beta-1a después de 12 meses en comparación con seis de cada 15 en el grupo control (p = 0,07 mediante la Fisher Exact Test [prueba exacta de Fisher]).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*(ii) Terapia cognitivo-conductual versus antidepresivos*

Se encontró un estudio que se informó en dos documentos (Mohr 2001, Mohr 2003), un estudio de tres brazos (un brazo no incluido) de 63 personas que comparó la terapia cognitivo-conductual grupal con un grupo que recibía el inhibidor de recaptación específica de serotonina.

**Resultados primarios:***Calidad de vida específica de la enfermedad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

*Calidad de vida general:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Síntomas psiquiátricos:*

Inmediatamente después del tratamiento: en el estudio de Mohr y cols. (Mohr 2001) la depresión media autonotificada en el grupo de TCC y de Sertralina fue 12,9 (8,6) y 13,7 (10,4) respectivamente (diferencia de medias estandarizada = 0,08 [IC del 95%: -0,59; 0,75]) y la depresión media calificada por el médico fue 12,4 (6,6) y 13,9 (5,5) respectivamente (diferencia de medias estandarizada = 0,24 [IC del 95%: -0,43; 0,91]). Al final del período de tratamiento el 50% (10/20) de las personas en el grupo de TCC y el 24% (5/21) en el grupo de Sertralina presentó una mejoría clínicamente significativa en la depresión ( $p = 0,08$  mediante la prueba exacta de Fisher). En el grupo de TCC un 60% (12/20) presentó trastorno depresivo moderado evaluado por la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos DSM-IV Axis 1, en comparación con un 62% (13/21) en el grupo de Sertralina ( $p = 0,88$  mediante la prueba exacta de Fisher).

Seguimiento a corto plazo: en el estudio de Mohr y cols. (Mohr 2001) la depresión media autonotificada en los grupos de TCC y Sertralina fue 12,1 (7,4) y 15,5 (6,9) respectivamente (diferencia de medias estandarizada = 0,47 [IC del 95%: -0,16; 1,09]), y la depresión media calificada por el médico fue 11,3 (5,6) y 12,5 (5,3) respectivamente (diferencia de medias estandarizada = 0,21 [IC del 95%: -0,56; 0,98]). La aparición del trastorno depresivo moderado en los seis meses después del tratamiento no fue significativamente diferente entre los dos grupos (no se informaron detalles adicionales).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Funcionamiento psicológico:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Medidas de la discapacidad:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### *Resultados cognitivos:*

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo:- No hay datos

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

#### **Resultados secundarios:**

Inmediatamente después del tratamiento: sin datos

Seguimiento a corto plazo: la utilización de asistencia sanitaria se resumió en si el participante necesitó comenzar la psicoterapia en el período de seis meses después de la TCC. En el estudio de Mohr y cols. (Mohr 2001), el 24% del grupo de TCC comenzó la psicoterapia durante los seis meses después del tratamiento en comparación con el 13% (1/12) del grupo control ( $p = 0,25$  mediante la prueba exacta de Fisher). El cambio en la medicación se midió mediante si el tratamiento antidepresivo comenzó durante este período. En el grupo de TCC, el 18% (3/17) comenzó el tratamiento antidepresivo en comparación con el 33% (4/12) en el grupo control ( $p = 0,30$  mediante la prueba exacta de Fisher).

La fatiga se midió como parte del mismo estudio, pero se informó en otro documento (Mohr 2003). La fatiga media (DE) total en los grupos de TCC y Sertralina fue 140,4 (22,4) y 139,0 (29,4) respectivamente (diferencia de medias estandarizada = -0,05 [-0,70; 0,59]), la gravedad media (DE) de la fatiga fue 52,5 (12,5) y 51,9 (15,8) respectivamente (diferencia de medias estandarizada = -0,04 [-0,69; 0,60]), las consecuencias medias (DE) de la fatiga fueron 16,4 (3,4) y 15,8 (2,8) respectivamente (diferencia de medias estandarizada = -0,19 [-0,83; 0,46]), la fatiga media (DE) específica por una situación fue 31,2 (6,0) y 32,4 (6,8) respectivamente (diferencia de medias estandarizada = 0,19 [-0,46; 0,83]) y la respuesta media (DE) al descanso/reposo fue 10,1 (3,8) y 10,3 (2,5) respectivamente (diferencia de medias estandarizada = 0,06 [-0,59; 0,70]).

Seguimiento a medio plazo:- No hay datos

Seguimiento a largo plazo:- No hay datos

## **DISCUSIÓN**

### **General**

Aunque la estrategia de búsqueda detectó 16 ensayos aleatorios, hubo poca superposición entre ellos en cuanto a la población, la intervención, el resultado y la sincronización del resultado. Sólo dos estudios fueron lo suficientemente similares como para estar incluidos en un metanálisis y luego sólo para una medida de resultado. Muchas de las conclusiones se basan necesariamente en los resultados de los ensayos individuales. Es evidente que el alcance del uso de las intervenciones psicológicas para ayudar a las personas con EM es amplio, aunque la base de pruebas de ensayos controlados aleatorios para su efectividad es relativamente pequeña. Se deben realizar ensayos adicionales. La flexibilidad del formato de minirevisión utilizado en esta revisión hace que resulte relativamente fácil incorporar la diversidad de ensayos existentes y futuros. Se prevé que se agregarán minirevisiones adicionales a medida que crezca la base de pruebas.



## Metodología

Las intervenciones psicológicas son complejas en que generalmente constan de algunos elementos diferentes. Algunos de estos elementos serán ingredientes activos específicamente incluidos porque se basan en la teoría psicológica. Otros elementos pueden no ser específicos para las intervenciones psicológicas y pueden ser frecuentes para muchos tipos diferentes de intervención (como la interacción con otras personas con EM en un grupo). Incluso otros elementos serán específicos para los terapeutas individuales (por ejemplo, la experiencia y el entusiasmo del terapeuta, y la manera en que interactúa con el cliente). A fin de ayudar en la generalizabilidad de los resultados, las intervenciones se deben describir detalladamente e, idealmente, en forma manual de manera que la misma intervención pueda transferirse fuera del ambiente del estudio. Siempre se debe hacer distinción entre los ensayos que tienen una base pragmática (donde el foco está en si toda la terapia funciona y mide el efecto que se vería si la intervención estuviese introducida en la práctica clínica) y los que tienen un foco terapéutico (donde el objetivo es descubrir aquellos elementos de la intervención que funcionan).

Muchos de los ensayos individuales tenían un tamaño pequeño de la muestra y este hecho plantea la posibilidad de que sus conclusiones sean imperfectas debido a la alta probabilidad de cometer un error de tipo II (con la conclusión incorrecta de que la intervención no tiene efecto). Cuando el estudio es pequeño porque es un estudio piloto, esta información se debe especificar claramente en el título o el resumen. Cuando el estudio no es un estudio piloto es sumamente aconsejable que el protocolo incluya una justificación completa del tamaño de la muestra, incluidos los cálculos formales del tamaño de la muestra, y esta información se debe notificar detalladamente en las publicaciones resultantes. Los resultados de los estudios con poca potencia que reproducen el protocolo de estudios completos existentes se pueden combinar mediante el uso de un metanálisis. En todos los estudios, la presentación de diferencias entre los brazos de tratamiento mediante intervalos de confianza le permitirá al lector medir la influencia del tamaño de la muestra sobre la precisión de los resultados.

Debido a la naturaleza compleja de las intervenciones psicológicas, los investigadores a menudo utilizan un gran número de medidas de resultado diversas, que se midieron en más de una ocasión, para evaluar su efecto. Sin embargo, las pruebas de múltiple significación generan el riesgo en aumento de cometer un error de tipo I (con la conclusión incorrecta de que la intervención tiene un efecto). La mejor manera de disminuir la repercusión de esta multiplicidad es especificar *a priori* en el protocolo una o dos medidas de resultado primarias; a las mismas se les dará luego una importancia particular en las publicaciones resultantes. Otro enfoque que se puede utilizar paralelamente, o como una opción, es ajustar para las pruebas de múltiple significación en el análisis estadístico. Una manera frecuente de hacer esto es mediante la utilización de un nivel de significación crítica ajustado de Bonferroni que disminuye

las posibilidades de cometer un error de tipo I. Debe señalarse que el uso de un procedimiento como este tendrá repercusiones en el aumento de las posibilidades de cometer un error de tipo II y por lo tanto, se deberá aumentar el tamaño de la muestra a fin de tener en cuenta este tema.

Para muchos de los estudios identificados en esta revisión fue difícil manifestar juicios claros acerca de la calidad porque el método de asignación al azar, el método de ocultamiento de la asignación y la descripción de los retiros no se informaron en suficiente detalle. Hasta cierto punto el problema es histórico; tres estudios se publicaron en la década de 1980 y cuatro en la década del 1990. Si se alienta a los investigadores y a los editores de revistas a considerar la orientación en la guía CONSORT, se ayudará a mejorar la notificación de los ensayos nuevos.

Los métodos de análisis estadístico utilizados en los ensayos de intervenciones psicológicas suelen ser muy complejos; por ejemplo, las mediciones realizadas en múltiples ocasiones (medidas repetidas) a menudo se analizan simultáneamente y las mediciones iniciales generalmente se incluyen en el análisis. Sin embargo, la notificación de las estadísticas básicas es a menudo inadecuada y a veces esta dificultad hace imposible completar la herramienta de extracción de datos y prevendría el uso de técnicas de metanálisis adecuadas para otros estudios. Se sugiere que se presenten estadísticas de resumen apropiadas (p.ej. media, DE y n para los resultados de las escalas de intervalos u ordinales, % y n para los resultados dicotómicos) para todas las medidas de resultado (independientemente de si fueron estadísticamente significativas) en cada punto temporal en que se midieron. Esta medida permitiría a los estudios contribuir plenamente con la revisión sistemática.

### Minirevisión 1: personas con EM y deterioro cognitivo.

Sólo se han realizado tres ensayos (Benedict 2000; Jonsson 1993; Solari 2004). Un estudio muy pequeño (Benedict 2000) (n = 15) comparó una medida de síntomas psiquiátricos (depresión) inmediatamente después del tratamiento en un grupo que recibió neuropsicoterapia con un grupo que recibió psicoterapia de apoyo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque la posibilidad de cometer un error de tipo II es alta debido al pequeño tamaño de la muestra. Un segundo estudio (Jonsson 1993) (n = 48) comparó los síntomas psiquiátricos y los resultados cognitivos en un grupo que recibió rehabilitación cognitiva y neuropsicoterapia combinadas con un grupo control de "atención". De tres medidas de síntomas psiquiátricos, la depresión tuvo significación estadística marginal inmediatamente después del tratamiento y durante el seguimiento a corto plazo. Tampoco fue significativa si se la compara con un valor de p crítico ajustado de Bonferroni. De 11 resultados cognitivos, uno presentó significación estadística marginal inmediatamente después del tratamiento y otro presentó significación estadística marginal durante el seguimiento a corto plazo. Nuevamente, ninguno era significativo si se los comparaba con un valor de p crítico

ajustado de Bonferroni. El tercer estudio (Solari 2004) (n = 82) comparó dos medidas de calidad de vida específica de la EM, una medida de síntomas psiquiátricos y ocho medidas de función cognitiva en un grupo que recibió reentrenamiento de la memoria asistido por computadora con una terapia simulada. De las dos medidas de calidad de vida específicas de la EM, una (subescala de salud mental) presentó significación estadística marginal inmediatamente después del tratamiento pero no durante el seguimiento a corto plazo. La única medida de síntomas psiquiátricos (depresión) fue similar entre los dos grupos. De las ocho medidas de función cognitiva, una (prueba de generación de lista de palabras) fue significativamente diferente inmediatamente después del tratamiento y durante el seguimiento a corto plazo, pero ninguna de las siete medidas restantes demostró una diferencia en ninguna de las ocasiones. Tampoco fue significativa si se la compara con un valor de p crítico ajustado de Bonferroni. Los autores preespecificaron una medida de resumen de la función cognitiva como la medida de resultado primaria: la misma no mejoró significativamente como resultado del tratamiento. No hubo datos disponibles para otros tipos de medidas de resultado y en los efectos del tratamiento a medio o largo plazo. Dados los diferentes objetivos de los tres estudios, no fue posible la realización de un metanálisis.

La evaluación y el tratamiento cognitivos son áreas importantes para los psicólogos que trabajan con personas con EM. Los ensayos aleatorios de su efectividad son limitados en número y en la variedad de las intervenciones. Los datos disponibles no son concluyentes, lo que podría explicarse por los tamaños de la muestra relativamente pequeños. Se necesitarían ensayos adicionales en esta área.

### **Minirevisión 2: personas con EM y discapacidad de moderada a grave**

En esta minirevisión se incluyeron tres ensayos (Crawford 1985; Gordon 1997; Mendoza 2001). No hubo intervenciones suficientemente similares entre sí, por lo que no fue posible la realización de un metanálisis. Un ensayo pequeño de psicoterapia versus placebo versus atención habitual (Crawford 1985) (n = 32 más de tres grupos) comparó dos medidas de síntomas psiquiátricos y dos medidas de funcionamiento psicológico inmediatamente después del tratamiento. Las personas en el grupo de psicoterapia estaban menos deprimidas que las de los otros dos grupos. Los otros dos ensayos también fueron pequeños; uno de entrenamiento de las aptitudes sociales que consideraba el funcionamiento psicológico (Gordon 1997), y el otro sobre evaluación y rehabilitación cognitiva combinada que consideraba los síntomas psiquiátricos y los resultados cognitivos (Mendoza 2001). Para el estudio anterior, los participantes tendieron a obtener una puntuación razonablemente buena en las medidas pertinentes, incluso al inicio del estudio, y no hubo diferencias significativas entre los grupos después del tratamiento. Para el último estudio los datos no se presentaron de manera que permitieran la comparación de los dos grupos.

Nuevamente, los datos limitados disponibles sugieren que sería necesaria la realización de ensayos adicionales en esta área.

### **Minirevisión 3: Personas con EM**

Hubo siete ensayos en esta minirevisión (Foley 1987; Lincoln 2002; Maguire 1996; Rigby 2003; Schwartz 1999; Stuifbergen 2003; Wassem 2003). Tres de los estudios evaluaron las intervenciones mediante enfoques cognitivo-conductuales. Un ensayo pequeño (Foley 1987) (n = 41) de terapia cognitivo-conductual individual versus psicoterapia, que utilizó cuatro medidas de síntomas psiquiátricos y dos medidas de funcionamiento psicológico tomadas inmediatamente después del tratamiento, encontró depresión inferior, ansiedad general, trastorno percibido y mejor adaptación en las personas que recibían TCC. Otro ensayo más grande (Rigby 2003) (n = 147), que comparaba la terapia cognitivo-conductual grupal breve con un grupo de discusión social de placebo y con un grupo que recibía un folleto de información, utilizó dos medidas de síntomas psiquiátricos y seis medidas de función psicológica tomadas inmediatamente después del tratamiento, a corto plazo (en tres ocasiones) y a medio plazo. Los datos se analizaron mediante dos métodos diferentes, uno de los cuales utilizó una medida de resumen inicial ajustada de todo el período de seguimiento. Este último análisis indicó que el grupo de TCC tuvo menos ansiedad, mayor autoeficacia (una de esas dos medidas) y mejor recuperación de la predisposición (tres de esas cuatro medidas) que el grupo de folleto de información, no así en comparación con el grupo control de placebo. Un estudio pequeño (Wassem 2003) (n = 27) con cuatro años de seguimiento, comparó un enfoque conductual cognitivo grupal para mejorar el ajuste a la EM, con atención estándar, mediante tres medidas de ajuste y medidas de dolor y fatiga. No hubo diferencias estadísticamente significativas. Los resultados de dos de los ensayos de terapia cognitivo-conductual parecen alentadores, aunque con el estudio grupal no se pudo excluir la posibilidad de que sea el ambiente del grupo el que tenga el efecto en lugar de la terapia *en sí*. Los tres estudios tienen diferentes énfasis (inoculación de estrés; comprensión de emociones, y adaptación; y autoeficacia) pero también parecen tener mucho en común.

Un estudio pequeño de imágenes y relajación guiada (Maguire 1996) encontró una diferencia en un resultado (ansiedad estado inferior) de ocho (dos midieron los síntomas psiquiátricos y seis midieron el funcionamiento psicológico). Un estudio de tamaño medio, que comparó el entrenamiento en las capacidades de adaptación con el apoyo de compañeros (Schwartz 1999), consideró resultados de calidad de vida (siete), síntomas psiquiátricos (dos), funcionamiento psicológico (16), discapacidad (uno), cognitivos (uno) y de fatiga (uno). El método de análisis fue complejo y analizó los resultados inmediatamente después del tratamiento, durante el seguimiento a corto y a largo plazo simultáneamente y de dos maneras diferentes. De los 55 análisis diferentes, cinco fueron estadísticamente significativos (dos calidad de vida, dos funcionamiento psicológico y la medida de discapacidad). Otro

ensayo de tamaño mediano (240 personas en tres grupos) comparó un grupo que recibía evaluación cognitiva y rehabilitación cognitiva con un grupo que recibió evaluación cognitiva únicamente y otro grupo de atención habitual. No hubo diferencias en la calidad de vida (cuatro medidas), el funcionamiento psicológico (una medida) o los resultados cognitivos (tres medidas) entre los grupos, excepto una calidad de vida promedio más deficiente en el grupo de evaluación únicamente. Un estudio de tamaño mediano (Stuifbergen 2003) ( $n = 142$ ) comparó una terapia de cambio de comportamiento de salud con un grupo control en lista de espera mediante nueve medidas de calidad de vida general y una medida de discapacidad. Dos de las medidas de calidad de vida fueron estadísticamente significativas. El ensayo de rehabilitación y evaluación cognitiva (Lincoln 2002) fue de tamaño razonable pero no demostró beneficios; en efecto, hubo indicios de que la evaluación cognitiva únicamente, sin tratamiento de rehabilitación, pueda ser incluso perjudicial. Con frecuencia, los otros ensayos fueron difíciles de interpretar a causa del pequeño número de diferencias encontradas en relación con el número de medidas de resultado consideradas, y ninguno preespecificó un pequeño número de resultados como medidas de resultado primarias.

#### Minirevisión 4:

Hubo tres ensayos en esta minirevisión (Larcombe 1984; Mohr 2000; Mohr 2001; Mohr 2003). Dos ensayos consideraron la terapia cognitivo-conductual versus condiciones de control (Larcombe 1984; Mohr 2000). Ambos estudios consideraron un número pequeño de medidas de resultado y aunque los tamaños de la muestra fueron pequeños, los dos demostraron mejorías significativas en la depresión y el estado de ánimo en el grupo de TCC. Un metanálisis de efectos fijos de estos dos estudios también demostró una mejoría significativa como resultado de la TCC (aunque hubo heterogeneidad significativa entre los dos estudios y el reanálisis mediante un modelo de efectos aleatorios no fue estadísticamente significativo). Una comparación de TCC con antidepressivos (Mohr 2001; Mohr 2003) no demostró diferencias estadísticamente significativas, aunque el tamaño de la muestra fue pequeño ( $n = 41$ ) y no se puede excluir la posibilidad de un error de tipo I. Este último estudio también incluyó a un grupo de pacientes no aleatorios que recibieron terapia grupal expresiva de apoyo. Los niveles de depresión después del tratamiento en este grupo fueron significativamente peores que en los grupos de TCC y de antidepressivos. Los resultados de esta minirevisión son alentadores a pesar del pequeño tamaño de la muestra. La TCC es un tratamiento eficaz para la depresión leve a moderada en la población en general y este hecho aumenta el valor de las pruebas en esta minirevisión.

## CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

### Implicaciones para la práctica

La EM es una enfermedad compleja y, potencialmente, las intervenciones psicológicas pueden brindar beneficios por distintos medios. Este hecho se refleja en la diversidad de los enfoques que se han identificado en esta revisión. Las intervenciones pueden diferir por su población objetivo, la finalidad, si son grupales o personalizadas, las teorías y los modelos psicológicos de las cuales derivan, y así sucesivamente. La revisión muestra que en el desarrollo y la adaptación de estas intervenciones hubo gran participación de factores de creatividad e innovación. La desventaja es que, en general, las intervenciones se han evaluado en estudios únicos solamente, y a menudo con tamaños limitados de la muestra.

La terapia cognitivo-conductual fue el enfoque psicológico utilizado con mayor frecuencia. En todos menos uno de estos siete estudios la finalidad de la intervención fue tratar la depresión o (ampliamente) proporcionar aptitudes a las personas para ayudarlas a convivir con su EM (aunque de diferentes maneras). En general estos resultados fueron alentadores. Además, no deben interpretarse aislados de la investigación que se ha realizado en las personas sin EM o de las pruebas no aleatorias. Por ejemplo, las pruebas sobre la efectividad de los enfoques cognitivo-conductuales al tratar la depresión leve a moderada en la población en general pueden ser pertinentes para las personas con EM y depresión. Una pregunta relacionada es si las personas con EM deben evaluarse regularmente para la depresión y otros problemas psiquiátricos. Se debe contar con tratamientos claramente eficaces antes de que la evaluación regular se torne valiosa.

No hay estudios que se centren en los enfoques psicológicos para controlar los síntomas frecuentes de la EM como la fatiga y el dolor. Sin embargo, hay revisiones sistemáticas Cochrane que indican que los enfoques cognitivo-conductuales pueden ser útiles en adultos con dolor crónico (Ostelo 2004) y en personas con síndrome de fatiga crónica (Price 1998). Está claro que se deberían adaptar estas intervenciones para evaluarlas en personas con EM.

Las pruebas para la efectividad de las intervenciones para ayudar a las personas con deficiencias cognitivas no fueron concluyentes, en parte debido al gran número de medidas de resultado que se utilizan con frecuencia en este tipo de estudio y en parte debido al pequeño tamaño de la muestra. Además, el pequeño número de estudios realmente realizados (los tres probaron intervenciones diferentes) significa que es difícil generalizar acerca de si son útiles los enfoques psicológicos para tratar la deficiencia cognitiva.

Dos de los estudios que califican para esta revisión utilizaron intervenciones que fueron administradas por enfermeras. Se necesitan psicólogos que trabajen en ámbitos hospitalarios para casos agudos del NHS. Podrían ser útiles el entrenamiento y el apoyo de otros profesionales de salud para administrar



intervenciones psicológicas o para administrar intervenciones que incorporen principios psicológicos. Esta medida se debería corroborar mediante pruebas de investigación.

Cuando una intervención psicológica es eficaz, se debe considerar la manera de hacer que dicha intervención se reproduzca en otros sitios con la misma efectividad. La descripción de las intervenciones con algunos detalles (p.ej. en un manual) facilitaría la estandarización de los procedimientos y la adopción generalizada de la intervención.

### Implicaciones para la investigación

Aunque esta revisión ha identificado 16 estudios pertinentes, hay una amplia variedad en ellos y la base de pruebas para el uso de intervenciones psicológicas para las personas con EM tiene grandes vacíos. Hay muchas áreas diferentes que podrían investigarse, pero esta sección se centra en las áreas que probablemente serían fructíferas a corto o medio plazo. Aunque los estudios sobre enfoques cognitivo-conductuales para la depresión son alentadores, los tamaños de la muestra son pequeños y se necesita un estudio más grande con poder estadístico suficiente. También se necesita investigación para evaluar si el cribaje (screening) para la depresión y otros problemas psiquiátricos, en combinación con tratamiento psicológico o farmacológico, es eficaz.

No se encontraron estudios completos que evalúen los tratamientos psicológicos para los síntomas de la EM como la fatiga y el dolor. Se encontró un estudio en curso que evaluaba la terapia cognitivo-conductual personalizada en el tratamiento de la fatiga. El tratamiento de los síntomas es un área donde la investigación en otras enfermedades crónicas es alentadora y donde sería útil el trabajo adicional en la EM.

Parece alentadora la investigación existente sobre la superación y la adaptación. La EM se caracteriza por fases de recaída-remisión o acumulación progresiva de la discapacidad, y la superación y la adaptación se pueden considerar como un proceso en curso a lo largo de toda la enfermedad. Serían útiles enfoques más centrados en la superación y la adaptación, como un análisis en el período inmediato posterior al diagnóstico o la consideración de diferentes tipos de EM.

Hay varios temas que se deben abordar en relación con la administración del tratamiento psicológico. Por ejemplo, ¿cuáles son los méritos relativos de proporcionar tratamiento en grupos o en forma personalizada? ¿Qué posibilidad existe de que otros profesionales no psicólogos, como enfermeras y terapeutas ocupacionales, puedan llevar a cabo las intervenciones psicológicas? ¿Cuándo es más oportuno administrar intervenciones como las que se encargan de la superación y la adaptación a la EM? ¿Es posible identificar subgrupos de personas con EM que se beneficiarían más de los enfoques psicológicos?

Algunas de estas preguntas necesitarán adoptar la forma de un ensayo controlado aleatorio, aunque esta no siempre sea la metodología más apropiada.

Además de las implicaciones para los tipos de investigación a realizar, están también aquellas relacionadas con la notificación de los ensayos controlados aleatorios y la metodología. Hubo mejoras notables con el transcurso del tiempo en la calidad de los documentos examinados. Siempre que sea posible, la notificación de los ensayos debe seguir las guías de CONSORT. Se necesita notificación más clara de los indicadores de calidad como el método de asignación al azar. Dada la naturaleza de estas intervenciones, generalmente no es posible el enmascaramiento de los participantes y los investigadores. Sin embargo, a veces puede ser posible ocultar a la persona que evalúa el resultado, al analista de datos o a la persona que interpreta los resultados, y esta medida ayudaría a disminuir el sesgo. Algunos de los estudios de la revisión han comparado una intervención psicológica con dos grupos control; un grupo de atención habitual y uno de placebo. ¿Este diseño es útil para abordar las preguntas duales de si la intervención es beneficiosa?. En caso de respuesta afirmativa, ¿por qué? Se necesita la notificación más detallada de las estadísticas generales básicas, como las medias y las desviaciones estándar, a fin de que los resultados se puedan incorporar en los metanálisis. Las intervenciones necesitan tener una finalidad clara y ser descritas en suficiente detalle de manera que el lector pueda comprender los principios fundamentales y tener una visión clara de la estructura y el contenido.

Muchos de los estudios en esta revisión son limitados por el pequeño tamaño de la muestra. Rara vez se describieron como estudios piloto y de ninguno se realizó un seguimiento en un ensayo más grande. Los estudios piloto son una fase importante del desarrollo y la evaluación de una intervención psicológica, y deben describirse como tales. El tamaño de la muestra para otros estudios se debe basar en un cálculo formal del mismo. Muchos estudios utilizaron un gran número de medidas de resultado, pero rara vez identificaron un número pequeño, *a priori*, como medidas de resultado primarias. Este hecho facilitaría enormemente la interpretación de los ensayos individuales. Cuando sea apropiado, los estudios deben incluir medidas que sean de relevancia directa para la persona con EM, como medidas de calidad de vida. Las medidas específicas de la EM tienen probabilidad de ser mejores en la obtención de los cambios en la calidad de vida que las medidas genéricas. Los investigadores deben tratar de medir los resultados (particularmente los resultados primarios) incluso cuando los participantes abandonen la intervención. Esta medida permitirá la realización de un análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis) adecuado.

### AGRADECIMIENTOS

John Gill (Bibliotecario principal) y Susan Merner ayudaron a elaborar e implementar la estrategia de búsqueda. Geoff Linder y Kate Burrall proporcionaron una perspectiva de consumidores sobre la pregunta de investigación, el diseño de la revisión y la elección de medidas de resultado. Geoff Linder también formuló



observaciones sobre el protocolo y la revisión completa. El Dr. Jonathan Cole formuló observaciones sobre un primer borrador del protocolo. Nicola Thornton y Silvana Simi formularon observaciones sobre el borrador del protocolo desde la perspectiva de un consumidor. El Dr. Lindsay Vowels formuló observaciones sobre un primer borrador del protocolo. El Grupo Cochrane de Esclerosis Múltiple, en particular Liliana Coco y Maura Moggia, proporcionó asesoramiento y apoyo en la preparación del protocolo y la realización de las actualizaciones de la búsqueda. Silvana Simi elaboró el primer borrador del Plain Language Summary. Sten Fredrikson fue el Editor de la revisión.

## POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

### Recursos externos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

### Recursos internos

- Dorset Research and Development Support Unit, Poole Hospital UK
- Institute of Health and Community Studies, Bournemouth University UK
- Poole Hospital NHS Trust UK

## REFERENCIAS

### Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

#### Benedict 2000 *{published data only}*

Benedict RHB, Shapiro A, Priore R, Miller C, Munschauer F, Jacobs L. Neuropsychological counseling improves social behavior in cognitively-impaired multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis* 2000;**6**:391-6.

#### Crawford 1985 *{published data only}*

Crawford JD, McIvor GP. Group psychotherapy: Benefits in multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1985;**66**:810-3.

#### Foley 1987 *{published data only}*

Foley FW, Bedell JR, LaRocca NG, Scheinberg LC, Reznikoff M. Efficacy of stress-inoculation training in coping with multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987;**55**:919-22.

#### Gordon 1997 *{published data only}*

\*Gordon PA, Lam CS, Winter R. Interaction strain and persons with multiple sclerosis: Effectiveness of a social skills program. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 1997;**28**:5-11.

#### Jonsson 1993 *{published data only}*

Jonsson A, Korfitzen EM, Heltberg A, Ravnborg MH, Byskov-Ottosen E. Effects of neuropsychological treatment in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica* 1993;**88**:394-400.

#### Larcombe 1984 *{published data only}*

Larcombe NA, Wilson PH. An evaluation of cognitive-behaviour therapy for depression in patients with multiple sclerosis. *British Journal of Psychiatry* 1984;**145**:366-71.

#### Lincoln 2002 *{published data only}*

Lincoln NB, Dent A, Harding J, Weyman N, Nicholl C, Blumhardt LD, Playford ED. Evaluation of cognitive assessment and cognitive intervention for people with multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;**72**:93-98.

#### Maguire 1996 *{published data only}*

\*Maguire, B. The effects of imagery on attitudes and moods in multiple sclerosis patients. *Alternative Therapies* 1996;**2**:75-79.

#### Mendoza 2001 *{published data only}*

Mendoza RJ, Pittenger DJ, Weinstein CS. Unit management of depression of patients with multiple sclerosis using cognitive remediation strategies: A preliminary study. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 2001;**15**:9-14.

#### Mohr 2000 *{published data only}*

Mohr DC, Likosky W, Bertagnolli A, Goodkin DE, Van Der Wende J, Dwyer P, Dick LP. Telephone-administered cognitive behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;**68**(2):356-361.

#### Mohr 2001 *{published data only}*

Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE, Bostrom A, Epstein L. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;**69**(6):942-949.

#### Mohr 2003 *{published data only}*

\*Mohr DC, Hart SL, Goldberg A. Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine* 2003;**65**:542-547.

#### Rigby 2003 *{published data only}*

Rigby, S. *Coping with MS*. Liverpool: University of Liverpool, 2003.

#### Schwartz 1999 *{published data only}*

Schwartz CE. Teaching coping skills enhances quality of life more than peer support: Results of a randomised trial with multiple sclerosis patients. *Health Psychology* 1999;**18**:211-220.

#### Solari 2004 *{published data only}*

Solari A, Motta A, Mendozzi L, Pucci E, Forni M, Mancardi G, Pozzilli C. Computer-aided retraining of memory and attention in people with multiple sclerosis: a randomized, double-blind controlled trial. *Journal of the Neurological Sciences* 2004;**222**:99-104.

#### Stuifbergen 2003 *{published data only}*

Stuifbergen AK, Becker H, Blozis S, Timmerman G, Kullberg V. A randomized clinical trial of a wellness intervention for women with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2003;**84**:467-476.

#### Wassem 2003 *{published data only}*

Wassem R, Dudley W. Symptom management and adjustment of patients with multiple sclerosis. *Clinical Nursing Research* 2003;**12**:102-117.

## Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

## Klarskov 1994

Klarskov P, Heely E, Nyholdt I, Rottensten K, Nordenbo A. Biofeedback treatment of bladder dysfunction in multiple sclerosis. A randomised trial. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 1994;Suppl. 157:61-65.

## Mendozzi 1998

\*Mendozzi L, Pugnetti L, Motta A, Barbieri E, Gambini A, Cazzullo CL. Computer-assisted memory retraining of patients with multiple sclerosis. *Italian Journal of Neurological Science* 1998;19:S431-S438.

## Mills 2000

\*Mills N, Allen J. Mindfulness of movement as a coping strategy in multiple sclerosis. A pilot study. *General Hospital Psychiatry* 2000;22:425-431.

## Mohr 2004

\*Mohr DC, Classen C, Barrera M. The relationship between social support, depression and treatment for depression in people with multiple sclerosis. *Psychological Medicine* 2004;34:533-541.

## Rogers 1996

\*Rogers D, Khoo K, MacEachen M, Oven M, Beatty WW. Cognitive therapy for multiple sclerosis: A preliminary Study. *Alternative Therapies* 1996;2(5):70-74.

## Schmid 2004

\*Schmid W, Aldridge D. Active music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients: A matched control study. *Journal of Music Therapy* 2004;41:225-240.

## Tesar 2003

Tesar N, Baumhackl U, Kopp M, Gunther V. Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica* 2003;107:394-399.

## Referencias de los estudios en espera de evaluación

## Chiaravallotti 2005

Chiaravallotti ND, DeLuca J, Moore NB, Ricker JH. Treating learning impairments improves memory performance in multiple sclerosis: a randomized clinical trial. *Multiple Sclerosis* 2005;11:58-68.

## Mohr 2005

Mohr DC, Cox D, Merluzzi N. Self-injection anxiety training: a treatment for patients unable to self-inject injectable medications. *Multiple Sclerosis* 2005;11:182-185.

## Referencias de los estudios en marcha

## Mohr

David C. Mohr dmohr@itsa.ucsf.edu. Telephone administered psychotherapy for the treatment of depression in MS. *Ongoing study* 2001.

Telephone administered psychotherapy for the treatment of depression in multiple sclerosis. *Personal Communication*

## Moss-Morris

Dr Rona Moss-Morris, Health Psychology, Faculty of Medical and Health Sciences, The University of Auckland, Private Bag 92019, Auckland.. A randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for fatigue in patients with multiple sclerosis. *Ongoing study* 1st April 2002.

A randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for fatigue in patients with multiple sclerosis. *Personal Communication*

## Referencias adicionales

## Aikens 1997

Aikens JE, Fischer JS, Namey M, Rudick RA. A replicated prospective investigation of life stress coping and depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of Behavioral Medicine* 1997;20:433-445.

## Amato 1995

Amato MP, Ponziani G, Pracucci G, Siracusa G, Amaducci L. Cognitive impairment in early-onset multiple sclerosis. *Archives of Neurology* 1995;52:168-172.

## Barnes 1954

Barnes RH, Busse EW, Dinken H. The alleviation of emotional problems in multiple sclerosis by group therapy. *Group Psychotherapy* 1954;6:193-201.

## Barnwell 1997

Barnwell AM, Kavanagh DJ. Prediction of psychological adjustment to multiple sclerosis. *Social Science and Medicine* 1997;45:411-418.

## Bedford 1978

Bedford A, Foulds G. *Delusions-Symptoms-States-Inventory*. Windsor: NFER-Nelson, 1978.

## Bolding 1960

Bolding H. Psychotherapeutic aspects in the management of patients with multiple sclerosis. *Diseases of the Nervous System* 1960;21:24-26.

## Brassington 1998

Brassington JC, Marsh NV. Neuropsychological aspects of multiple sclerosis. *Neuropsychological Review* 1998;8:43-77.

## Clarke 2000

Clarke M, Oxman AD. Cochrane Reviewer's Handbook Version 4.1.1 (updated December 2000). Section 6. In: *The Cochrane Library*, 1, 2001. Oxford: Update Software.

## Crawford 1987

Crawford JD, McIvor GP. Stress management for multiple sclerosis patients. *Psychological Reports* 1987;61:423-429.

## Dalos 1983

Dalos NP, Rabins PV, Brooks BR, O'Donnell P. Disease activity and emotional state in multiple sclerosis. *Annals of Neurology* 1983;13:573-583.

## Day 1953

Day M, Day E, Herman R. Group therapy of patients with multiple sclerosis. *Archives of Neurology and Psychiatry* 1953;69:193-196.

## EuroQoL Group 1990

EuroQoL Group. EuroQoL: a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy* 1990;16:199-208.

## Fassbender 1998

Fassbender K, Schmidt R, Mößner R, Kischka U, Kühnen J, Schwartz A, Hennerici M. Mood disorders and dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in multiple sclerosis. *Archives of Neurology* 1998;55:66-72.

## Feinstein 1999

Feinstein A, O'Connor P, Gray T, Feinstein K. The effects of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 1999;5:323-326.

## Franklin 1988

Franklin GE, Heaton RK, Nelson LM, Filley CM, Seibert C. Correlation of neuropsychological and MRI findings in chronic/progressive multiple sclerosis. *Neurology* 1988;38:1826.

## Gilchrist 1994

Gilchrist AC, Creed FH. Depression, cognitive impairment and social stress in multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Medicine* 1994;38:193-201.

## Graham 2002

Graham J. What is MS?. *Multiple Sclerosis Society, UK* 2002:3.

## Gulick 1997

Gulick EE. Correlates among quality of life among persons with multiple sclerosis. *Nursing Research* 1997;46:305-311.

**Hartings 1976**

Hartings MF, Pavlou MM, Davis FA. Group counseling of MS patients in a program of comprehensive care. *Journal of Chronic Diseases* 1976;**29**:65-73.

**Heaton 1985**

Heaton RK, Nelson LM, Thompson DS, Burks JS, Franklin GM. Neuropsychological findings in relapse-remitting multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1985;**53**:103-110.

**Hobart 2001**

Hobart J, Lamping D, Fitzpatrick R, Riazi A, Thompson A. The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29). A new patient-based outcome measure. *Brain* 2001;**124**:962-973.

**Joffe 1987**

Joffe RT, Lippert GP, Gray T, Sawa G, Horwath Z. Mood disorder and multiple sclerosis. *Archives of Neurology* 1987;**44**:376-378.

**Kurtzke 1983**

Kurtzke JF. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983;**33**:1444-1452.

**Langdon 1996**

Langdon DW, Thompson AJ. Cognitive problems in multiple sclerosis. *MS Management* 1996;**3**:5-9.

**LaRocca 1993**

LaRocca NG, Kalb RC, Foley FW, Caruso LS. Assessment of psychosocial outcomes. *Journal of Neurological Rehabilitation* 1993;**7**:109-116.

**LaRocca 1996**

LaRocca NG, Ritvo PG, Miller DM, Fischer JS, Andrews H, Paty DW. "Quality of life" assessment in multiple sclerosis clinical trials: current status and strategies for improving multiple sclerosis clinical trial design. In: Goodkin DE, Rudick RA, editor(s). *Multiple sclerosis: advances in clinical trial design, treatment and future perspectives*. London: Springer-Verlag, 1996:145-160.

**Maurelli 1992**

Maurelli M, Marchioni E, Cerretano R, Bosone D, Bergamaschi R, Citterio A, Martelli A, Sibilla L, Savoldi F. Neuropsychological assessment in MS: Clinical, neurophysiological and neuroradiological relationships. *Acta Neurological Scandinavica* 1992;**86**:124-128.

**McIvor 1984**

McIvor GP, Riklan M, Reznikoff M. Depression in multiple sclerosis as a function of length and severity of illness, age, remissions and perceived social support. *Journal of Clinical Psychology* 1984;**40**:1028-1033.

**McNair 1981**

McNair DM, Lorr M, Droppleman LF. *Profile of Mood States Manual*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service, 1981.

**Miles 1979**

Miles A. Some psycho-social consequences of multiple sclerosis: problems of social interaction and group identity. *British Journal of Medical Psychology* 1979;**52**:321-331.

**Minden 1987**

Minden SL, Orav J, Reich P. Depression in multiple sclerosis. *General Hospital Psychiatry* 1987;**9**:426-434.

**Minden 1991**

Minden SL, Schiffer RB. Depression and mood disorders in multiple sclerosis. *Neuropsychiatry* 1991;**4**:62-77.

**Minden 1992**

Minden SL. Psychotherapy for people with multiple sclerosis. *Neuropsychiatry* 1992;**4**:198-213.

**Minden 2000**

Minden SL. Mood disorders in multiple sclerosis: diagnosis and treatment. *Journal of Neurovirology* 2000;**6** (Suppl 2):S160-S167.

**Moher 1998**

Moher D, Pham B, Jones A, Cook DJ, Jadad AR, Moher M, Tugwell P, Klassen TP. Does quality of reports of randomised trials affect estimates of intervention efficacy reported in meta-analyses?. *Lancet* 1998;**352**:609-613.

**Mohr 1996**

Mohr DC, Goodkin DE, Likosky W, Gatto N, Neilley LK, Griffen C, Stiebling B. Therapeutic expectations of patients with multiple sclerosis upon initiating interferon beta-1b: relationship to adherence to treatment. *Multiple Sclerosis* 1996;**2**:222-226.

**Mohr 1997a**

Mohr DC, Goodkin DE, Gatto N, Van Der Wende J. Depression, coping, and level of neurological impairment in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 1997;**3**:254-258.

**Mohr 1997b**

Mohr DC, Goodkin DE, Likosky W, Gatto N, Baumann MA, Rudick RA. Treatment of depression improves adherence to interferon beta-1b therapy for multiple sclerosis. *Archives of Neurology* 1997;**54**:531-533.

**Mohr 1998**

Mohr DC, Likosky W, Boudewyn AC, Marietta P, Dwyer P, Van Der Wende J, Goodkin DE. Side effect profile and compliance in the treatment of multiple sclerosis with interferon beta-1a. *Multiple Sclerosis* 1998;**4**:487-489.

**Mohr 1999a**

Mohr DC, Likosky W, Dwyer P, Van Der Wende J, Boudewyn AC, Goodkin DE. Course of depression during the initiation of interferon beta-1a for multiple sclerosis. *Archives of Neurology* 1999;**56**:1263-1265.

**Mohr 1999b**

Mohr DC, Genain CP, Boudewyn AC. Relationship between treatment for depression and interferon-gamma in patients with multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine* 1999;**61**:112.

**Mohr 1999c**

Mohr DC, Goodkin DE. Treatment of depression in multiple sclerosis: Review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1999;**6**:1-9.

**Mohr 2001a**

Mohr DC, Cox D. Multiple sclerosis: Empirical literature for the clinical health psychologist. *Journal of Clinical Psychology* 2001;**57**:479-499.

**Mohr 2001b**

Mohr DC, Goodkin DE, Islar J, Hauser SL, Genain CP. Treatment of depression is associated with suppression of non-specific and antigen-specific TH1 responses in multiple sclerosis. *Archives of Neurology* 2001;**58**:1081-1086.

**Mohr 2001c**

Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE, Bostrom A, Epstein L. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;**69**(6):942-949.

**Mohr 2002**

Mohr DC, Goodkin DE, Nelson S, Cox D, Weiner M. Moderating effects of coping on the relationship between stress and the development of new brain lesions in multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine* 2002;**64**:803-809.

**Mullins 2001**

Mullins LL, Cote MP, Fuemmeler BF, Jean VM, Beatty WW, Paul RH. Illness intrusiveness, uncertainty and distress in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology* 2001;**46**(2):139-153.

- Nelson 1988**  
Nelson LM, Franklin GM, Hamman RF, Boteler DL, Baum HM, Burks JS. Referral bias in multiple sclerosis research. *Journal of Clinical Epidemiology* 1988;**41**:187-192.
- O'Brien 1993**  
O'Brien MT. Multiple sclerosis: the relationship among self-esteem, social support, and coping behaviour. *Applied Nursing Research* 1993;**6**:54-63.
- Ostelo 2004**  
Ostelo RWJG, Tulder MW van, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. Behavioural treatment for chronic low back pain. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2004. Chichester: John Wiley & Sons. CD002014.
- Pakenham 1997**  
Pakenham KI, Stewart CA, Rogers A. The role of coping in adjustment to multiple sclerosis-related adaptive demands. *Psychology, Health and Medicine* 1997;**2**:197-211.
- Pakenham 1999**  
Pakenham KI. Adjustment to multiple sclerosis: Application of a stress and coping model. *Health Psychology* 1999;**18**:383-392.
- Penman 1991**  
Penman MF. Assessing the prevalence of cognitive impairment in multiple sclerosis: Implications for patient management. *Axone* 1991;**13**:45-49.
- Pepper 1993**  
Pepper CM, Krupp IB, Friedberg F, Doscher C, Coyle PK. A comparison of neuropsychiatric characteristics in chronic fatigue syndrome, multiple sclerosis and major depression. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1993;**5**:200-205.
- Pfennings 1999**  
Pfennings LE, Van der Ploeg HM, Cohen L, Bramsen I, Polman CH, Lankhorst GJ, et al. A health related quality of life questionnaire for multiple sclerosis patients. *Acta Neurol Scand* 1999;**100**:148-155.
- Pollock 1990**  
Pollock SE, Christian BJ, Sands D. Responses to chronic illness: Analysis of psychological and physiological adaptation. *Nursing Research* 1990;**39**:300-304.
- Poser 1983**  
Poser CM, Paty DW, Scheinburg L, McDonald WI, Davis FA, Ebers GC, Johnson KP, Sibley WA, Silberberg DH, Tourtellotte WW. New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for research proposals. *Annals of Neurology* 1983;**13**:227-231.
- Price 1998**  
Price JR, Couper J. Cognitive behavioural therapy for chronic fatigue syndrome in adults. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1998. Chichester: John Wiley & Sons.
- Prosiegal 1993**  
Prosiegal M, Michael C. Neuropsychology and multiple sclerosis: diagnostic and rehabilitative approaches. *Journal of the Neurological Sciences* 1993;**115**(Suppl):S51-S54.
- Pujol 1997**  
Pujol J, Bello J, Deus J, Marti-Vilalta JL, Capdevila A. Lesions in the left arcuate fasciculus region and depressive symptoms in multiple sclerosis. *Neurology* 1997;**49**:1105-1110.
- Rabins 1986**  
Rabins PV, Brooks BR, O'Donnell P, Pearlson GD, Moberg P. Structural correlates of emotional disorder in multiple sclerosis. *Brain* 1986;**109**:585-597.
- Rao 1991**  
Rao SM, Leo GJ, Bernadin L, Unversagt F. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology* 1991;**41**:685-691.
- Rao 1992**  
Rao SM, Huber SJ, Bornstein RA. Emotional changes with multiple sclerosis and Parkinson's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;**60**:369-378.
- Rosenberg 1965**  
Rosenberg M. Self-esteem scale. In: Rosenberg M, editor(s). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1965.
- Sadovnick 1991**  
Sadovnick AD, Eisen K, Ebers GC, Paty DW. Cause of death in patients attending multiple sclerosis clinics. *Neurology* 1991;**41**:1193-1196.
- Scheinberg 1984**  
Scheinberg LC, Pfennings L, Pouwer F, Cohen L, Ketelaer P, Polman C, Lankhurst G, Van Der Ploeg H. Psychological functioning in primary progressive versus secondary progressive multiple sclerosis. *British Journal of Medical Psychology* 1998;**71**:99-106.
- Schiaffino 1996**  
Schiaffino KM, Shawaryn MS, Blum MA. Assessing the psychosocial impact of multiple sclerosis: learning from research on rheumatoid arthritis. *Journal of Neurologic Rehabilitation* 1996;**10**:81-89.
- Schiffer 1983**  
Schiffer RB, Caine ED, Bamford KA, Levy S. Depressive episodes in patients with multiple sclerosis. *American Journal of Psychiatry* 1983;**140**:1498-1500.
- Schubert 1993**  
Schuber DSP, Foliart RH. Increased depression in multiple sclerosis: a meta-analysis. *Psychosomatics* 1993;**34**:124-130.
- Schumacher 1965**  
Schumacher GA, Beebe G, Kibler RF, et al. Problems of experimental trials of therapy in multiple sclerosis: Report by the panel of the evaluation of experimental trials in multiple sclerosis. *Ann NY Acad Sci* 1965;**122**:552-568.
- Schwarzer 1995**  
Schwarzer R, Jerusalem M. Generalised self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, editor(s). *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Windsor, UK: NFER-Nelson, 1995.
- Sharrack 1999**  
Sharrack B, Hughs RA. The Guy's Neurological Disability Scale (GNDS): a new disability measure for multiple sclerosis. *Mult Scler* 1999;**5**:223-233.
- Spitzer 1995**  
Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JBW, Verloin deGruy III F, Brody D, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 study. *Journal of the American Medical Association* 1995;**274**:1511-1517.
- Stenager 1994**  
Stenager E, Knudsen L, Jensen K. Multiple sclerosis: Correlation of anxiety, physical impairment and cognitive dysfunction. *Italian Journal of Neurological Science* 1994;**15**:99-103.
- Surridge 1969**  
Surridge D. An investigation into some psychiatric aspects of multiple sclerosis. *British Journal of Psychiatry* 1969;**115**:749-764.
- Thompson 1996**  
Thompson AJ. Multiple sclerosis: symptomatic treatment. *Journal of Neurology* 1996;**243**:559-565.
- Vickrey 1995**  
Vickrey BG, Hays RD, Harooni R, Myers LW, Ellison GW. A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Qual Life Res* 1995;**4**:187-206.
- Walsh 1989**  
Walsh A, Walsh PA. Love, self-esteem and multiple sclerosis. *Social Science and Medicine* 1989;**29**:793-798.



**Ware 1993**

Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide*. Boston (MA): Nimrod Press, 1993.

**Whitlock 1980**

Whitlock FA, Siskind MM. Depression as a major symptom of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1980;**43**:861-865.

**Wilson 1999**

Wilson BA. *Case studies in neuropsychological rehabilitation*. New York: Oxford University Press, 1999.

\* *El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio*

## TABLAS

## Characteristics of included studies

Study	Benedict 2000
Methods	A 12-14 week parallel group unmasked RCT. Quality : Randomisation generation = D Allocation concealment = B Withdrawals = A
Participants	People with MS with marked cognitive impairment and behaviour disorder. Recruitment via referral to a Neurology Department for clinical evaluation or by responding to advert for research pertaining to cognitive and emotional problems in MS. Inclusion: (a) Clinically definite progressive MS Exclusion: (a) other neurological disease, (b) drug/ alcohol dependence, (c) "psychiatric disease other than that attributable to MS", (d) clinical MS relapse, (e) Depressive disorder (DSM-1V). Number screened not known, 15 randomised. Mean age (pooled SD) = 45 (10), 10F, 5M, 1 with primary progressive MS, 14 secondary progressive MS, disease duration not stated, mean EDSS (pooled SD) = 5.0 (2.4).
Interventions	Intervention 1: (8 randomised, 8 analysed). Neurological compensatory training. Intervention involved individual and caregiver only. 12 consecutive weekly sessions, 1 hr per week. Conducted by clinical neuropsychologist, site not stated. Three components (i) use of neuropsychological, neuroradiological evidence and caregiver anecdotes to enhance patient and caregiver understanding of neurological basis of cognitive impairment, pathological affect and abnormal social behaviour. (ii) social skills training to improve individuals' capacity to appreciate the perspective of others (iii) cognitive behavioural strategies to enhance self-control and behaviour regulation in order to diminish frequency of socially aggressive behaviour. Intervention 2: (7 randomised, 7 analysed). Non-specific supportive psychotherapy. Intervention involved individual and caregiver only. 12 consecutive weekly sessions of 1 hr. Intervention provided by counsellor trained in general psychotherapy, site not stated. Aim was emotional support and stress modulation by fostering personality growth and behaviour change.
Outcomes	Measured at pre-treatment and immediately post-treatment (within 2 weeks of end of treatment). Primary outcomes: Measure of psychiatric symptoms using the Beck Depression Inventory (self reported). Secondary outcomes: None. Outcomes not included: Caregiver reports of Social Aggression Score (modified from a brain injury scale), Hogan Empathy Scale (adapted), and revised NEO Personality Inventory (neuroticism, extraversion, openness to experience, conscientiousness, agreeableness subscales).
Notes	Mini-review 1. The specific criteria by which participants were selected as having cognitive impairment or behaviour disorder are not defined. However, compared to a healthy control group of volunteers (n=15), the participants with MS scored (statistically) significantly higher on most of a baseline battery of 10 tests of cognition and 7 tests of personality/behaviour. Further all those with MS scored over 4 on the Social Aggression Score and all healthy controls scored less than 4.
Allocation concealment	B

## Characteristics of included studies

Study	Crawford 1985
Methods	A 25 week, 3 group, unmasked RCT. Triads of participants matched for sex, baseline measures, and length of illness were randomised, one to each group. Quality: Randomisation generation = D Allocation concealment = B Withdrawals = C
Participants	People with MS who were inpatients at a large metropolitan hospital. Exclusion criteria: Severe deficits in mental status. 41 people screened, 32 enrolled, randomised and completed. Mean age 47 yrs (range 20-63), 13M, 19F, mean disease duration 18 yrs (range 2-40), all with moderate to severe physical disability.
Interventions	Intervention (10 or 11 analysed): Traditional psychotherapy: One hour, twice per week, for 25 weeks. Group therapy based in hospital. Insight oriented with active encouragement to verbalise and confront issues of conflict. Control 1 (10 or 11 analysed): Current events discussions. One hour twice per week for 25 weeks. Group sessions in hospital. Discussion of newsworthy topics of a didactic or humorous nature. Verbalisations of a personal or emotional nature were discouraged. Control 2 (10 or 11 analysed). No treatment.
Outcomes	Measured at baseline and immediately post-treatment (at 25 weeks). Primary outcome: Psychiatric symptoms measured using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression-30 scale, and the Institute for Personality and Ability Testing Anxiety Scale Questionnaire. Psychological functioning measured using the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Adult Nowicki-Strickland Internal-External Control Scale (measure of locus of control).
Notes	Mini-review 2. It is not clear from the paper whether participants were hospitalised for the entire duration of the study. The number of participants was not divisible by 3 (as would be expected from the method of randomisation that was used) and no explanation is given.
Allocation concealment	B
Study	Foley 1987
Methods	A 5 week parallel group unmasked RCT. Quality: Randomisation generation = D Allocation concealment = B Withdrawals = C
Participants	People with MS who are outpatients at a college of medicine. Inclusion: (a) Confirmed MS diagnosis, (b) EDSS of 8 or less, (c) no major cognitive deficits. Number screened not stated, 41 randomised, 36 analysed. Mean age = 39 yrs, 35F 6M, type of MS and duration not stated, mean EDSS = 6 (range 1 to 8), 60% experiencing MS exacerbations at study entry.

## Characteristics of included studies

Interventions	Intervention: (number randomised and number analysed not stated). Stress inoculation training. Individual intervention, 6 sessions over 5 weeks. Conducted by a supervised advanced clinical psychology graduate in a hospital setting. Manualised cognitive behavioural intervention incorporating progressive deep muscle relaxation. Aims to enhance coping by ameliorating affective distress and preventing maladaptive psychological response to stress. Specially adapted for MS. Techniques included daily self-monitoring with feedback, relaxation, cognitive reinterpretation and role playing. Control (number randomised and number analysed not stated). Current available care, consisting of at least 2 hrs supportive psychotherapy over 5 weeks in a hospital setting. In addition 2 received antidepressants, 2 family counselling and 3 individual counselling. Also all individuals were told they would receive stress inoculation training at end of study.
Outcomes	Measured at pre-treatment and immediately post-treatment (at the end of 5 weeks). Primary outcomes: Psychiatric symptoms (self-reported) measured by Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory (State and Trait subscales). Psychological functioning measured by Ways of Coping Checklist (Problem-Focussed Coping subscore), and Internal-External Locus of Control. Outcomes not included: Hassles Scale.
Notes	Mini-review 3
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Gordon 1997</b>
Methods	An 8 week, parallel group, unmasked RCT. Quality: Randomisation generation = D Allocation concealment = B Withdrawals = B
Participants	People with MS attending a rehabilitation clinic. Inclusion: (a) People with MS, (b) 18-65 yrs old, (c) proficient in English, (d) acceptable cognitive ability (educational level and modified Mini-Mental State Examination). Exclusion: (a) history of mental illness or retardation. 250 people contacted, 42 screened, 26 randomised. Mean age = 45 yrs, 19F 7M, disease type and duration not stated, all but 1 required assistive aids to walk, "several" used wheelchairs.
Interventions	Intervention (13 randomised, 11 analysed). Social skills training programme. Group intervention of 8 consecutive weekly 1.5 hour sessions. Person conducting intervention and site not stated. Focus on easing "interaction strain" between people with and without disability. Including (i) assertiveness training, (ii) presentation of self, (iii) acknowledgement and disclosure of disability and privacy, and (iv) general interpersonal communication. Methods used included role play, modelling, videotaped feedback and homework. Control (13 randomised, 11 analysed). "Care as usual".
Outcomes	Measured at pre-treatment and immediately post treatment (at the end of 8 weeks). Primary outcomes: Psychological functioning (self-reported) measured by the Tennessee Self-Concept Scale (overall measure of self-esteem), Social Avoidance and Distress Scale (social distress and social avoidance subscales with some modification by authors-measures social anxiety experienced in interactive situations), and the Self Efficacy Questionnaire for Social Skills (instructions modified by authors). Secondary outcomes: None. Outcomes not included: The Social Interaction Self-Statement Test (positive statements and negative statements subscores with modifications by authors; assesses thoughts prior to, during and following social interaction).



**Characteristics of included studies**

Notes	Mini-review 2. The authors report that, at baseline, participants in the study had low levels of social avoidance and distress, and had levels of self-esteem that were in "the average range"
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Jonsson 1993</b>
Methods	A 33 week parallel group RCT with attempted masking of some outcome assessments. Quality: Randomisation generation = B Allocation concealment = A Withdrawals = B
Participants	Inpatients in a MS rehabilitation centre with mild to moderate cognitive and behavioural impairment. Inclusion: (a) Diagnosis of MS (Schumacher definition) (b) inpatient at MS Rehab Hospital (c) mild to moderate cognitive impairment. Exclusions: (a) >60 yrs old (b) Signs or symptoms of other neurological or cerebral disease (c) unrelated psychiatric disease (d) severe visual impairment (e) severe motor dysfunction of arms or hands (f) history of alcohol or drug abuse (g) regular user of psychopharmacia or analgesics (h) foreign origin (i) short admission. 130 screened, 48 eligible and randomised. Mean age (SD) =45 yrs (8), 19F 21M, 9 with primary progressive MS, 25 with secondary progressive MS, 6 with relapse-remitting MS, mean disease duration (SD) =15yrs (10), mean EDSS (SD)=5.6 (1.7),
Interventions	Intervention (24 randomised, 20 analysed): Cognitive rehabilitation and neuropsychotherapy. 1-1.5 hrs 3 times a week for mean 6.5 wks (SD=1wk). Individual therapy with close relative where possible, conducted by neuropsychologist in hospital. Cognitive rehabilitation consisted of basic principles of compensation, substitution and direct training. Neuropsychotherapy was goal directed based on neuropsychological test profile and personal problems. Control group (24 randomised, 20 analysed): Non specific mental stimulation for 1-1.5 hrs 3 times a week for average (SD) 6.6 weeks (1 wk). Conducted individually by neuropsychologist in hospital with close relative where possible. General discussion (film, newspapers), playing games, and discussion of personal and disease problems.
Outcomes	Measured at pre-treatment, immediately post-treatment (average of 46 days later), and short-term follow-up (6 months after the end of treatment). Primary outcomes: Psychiatric symptoms (self-reported) measured using the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory (both state and trait scales). Cognitive function, with attempted masking of the assessor, measured using 3 memory span tests, 2 verbal learning tests, 3 visuo-spatial memory tests, 3 visuo-motor speed tests, the sum of these 11 tests, 1 test of verbal intelligence, the WAIS performance test, a recognition memory test, a visual perception test, a concentration test and 4 tests of verbal fluency. Secondary outcomes: None.
Notes	Mini-review 1. Masking reported to be mostly unsuccessful. Mild to moderate cognitive impairment is not specifically defined. Mean pre-treatment scores on cognitive tests tended to be significantly lower than expected (for sex, age and educational status) compared to a sample of brain healthy individuals (n=141).
Allocation concealment	A

## Characteristics of included studies

Study	Larcombe 1984
Methods	A 12 week, parallel group, mostly unmasked RCT Quality: Randomisation generation = D Allocation concealment = B Withdrawals = B
Participants	People with MS with moderate depression recruited from either a MS Community Centre, a specialised MS hospital treatment unit, or via a MS Society Newsletter. Inclusion: (a) 20-65 years old, (b) self-reported depression for at least 3 months, (c) at least 20 on the Beck Depression Inventory, (d) no prior/concurrent treatment with tranquillisers/ lithium, (e) definite or probable depression (Feighner criteria), (f) no other major psychological disorder, (g) low suicide risk (Beck criteria), (h) normal cognitive assessment, (i) Neurologist diagnosis of MS. 20 recruited out of 54 screened. Data available on 19 completers. Mean age 42.5 years, 6M, 13F. Disease duration 10 years or less for n=8, 11-30 years for n=11. 8 require a wheelchair.
Interventions	Intervention (10 randomised, 9 included in analyses) : Standard Cognitive Behavioural Therapy (CBT) . Groups of 4/5, 1.5 hrs per week for 6 weeks by a Clinical Psychologist at a specialist MS centre. In sessions 1-2 the emphasis was on behavioural procedures and based on a behavioural theory of depression. The sessions aimed to increase the frequency, quality and range of activities and social interactions. This included deriving activity schedules, instigating and monitoring engagement in activities, and discussing social interactions. In sessions 3-6 there was increasing emphasis on cognitive procedures aiming to identify depressogenic and distorted cognitions and irrational beliefs, subject them to analysis and empirical testing, and encourage realistic and positive thinking. Participants were trained to monitor positive and negative thoughts; recognise the connection between affect, cognition and behaviour; examine the evidence against negative thoughts and irrational beliefs; substitute more positive interpretations for the negative cognitions; to identify and alter irrational beliefs which predispose to distortion of experiences. Control group: Start of CBT delayed for 6 weeks (waiting list control)
Outcomes	Measured at 1 week pre-treatment and immediately post-treatment (1 week after end of treatment). Primary outcome: Psychiatric symptoms measured by the Beck Depression Inventory (self-reported), and the Hamilton Rating Scale (depression scale scored by masked assessor). Psychological functioning was measured using daily 10 point ratings of "best", "worst" and "average" depressed mood. Secondary outcomes: None. Outcomes not included: Significant-other Rating scale (depression as rated by a "significant other").
Notes	Mini-review 4
Allocation concealment	B
Study	Lincoln 2002
Methods	A 39 week, 3 group RCT with masked assessor. Quality: Randomisation generation = A Allocation concealment = A Withdrawals = B

**Characteristics of included studies**

Participants	<p>People with clinically definite or probable MS (Poser definition) recruited from a University Hospital MS management clinic. Inclusion: Able to co-operate with assessments for 30 mins at a time.</p> <p>240 randomised from 262 giving consent. Data available on 223 completers. Mean (SD) age 43 yrs (10), 70% female, type and duration of MS not stated, median Guy's Neurological Disability Scale = 16.</p>
Interventions	<p>Control group (82 randomised, 77 included in analyses): No psychological assessment or treatment.</p> <p>Assessment group (79 randomised, 72 included in analyses): 3hr cognitive assessment of memory, attention and executive functioning by a supervised assistant psychologist. Further assessments done on the basis of patient's performance (e.g. everyday attention, recognition memory, verbal and spatial reasoning). Appropriate feedback sent to GP, hospital, patients and (where agreed) relatives.</p> <p>Intervention (79 randomised, 74 included in the analyses): Assessment and feedback as previous group together with targeted cognitive rehabilitation for any deficits identified. Various techniques used including diaries, calendars, notebooks, lists, and visual mnemonics. Progress monitored with weekly diaries. Patients visited for up to 6 mths after assessment.</p>
Outcomes	<p>Measured at 4 months after assessment (not included in review as this could be before the end of treatment in the intervention arm) and at short-term follow-up (8 months after recruitment). Primary outcomes: General quality of life (self-reported) was measured using the SF-36 (physical health and mental health composite scores), and 2 items from the SF-54 (overall quality of life and satisfaction with quality of life). Psychological functioning was measured using the GHQ-28 (self-reported mood). Cognitive function was measured using the self-reported Dysexecutive Syndrome Questionnaire and Everyday Memory Questionnaire. Secondary outcomes: None. Outcomes not included: Self-reported carer mood measured by the GHQ-28, carer assessment of patient's cognitive function using the Dysexecutive Syndrome Questionnaire and the Everyday Memory Questionnaire, and patient completed Extended Activities of Daily Living Scale.</p>
Notes	<p>Mini-review 3.</p> <p>Although participants were not selected on the basis of having cognitive impairment, 95% either reported cognitive problems on the Guy's Neurological Disability Scale or had significant impairment on the Brief Repeatable Battery (evaluates verbal memory, visual memory, attention, and speed of information processing).</p> <p>Although the assessor is described as masked, the primary outcomes are all described as patient reported.</p>
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Maguire 1996</b>
Methods	<p>A 2 parallel group unmasked RCT of unknown duration.</p> <p>Quality:</p> <p>Randomisation generation = D</p> <p>Allocation concealment = B</p> <p>Withdrawals = D</p>
Participants	<p>People with MS diagnosis recruited through local chapter of MS Society.</p> <p>Inclusion: (a) "ambulatory", (b) adult</p> <p>Number screened and number randomised not stated. 33 people analysed. Mean age 45 yrs, 25F, 8M, disease duration not stated, all "ambulatory"</p>

**Characteristics of included studies**

Interventions	Intervention: (Unknown number randomised, 15 analysed): Imagery. Group intervention, 6 one hour sessions, period not stated. Person conducting intervention and site not clear. Session 1- general progressive relaxation training. Sessions 2-6 biologically oriented imagery treatment: Imagining repair of damaged myelin and a positive immune system response. Audiotapes of imagery and relaxation protocols provided for daily practice. Use of MS associated imagery drawings. Control (number randomised not known, 18 analysed): Continued standard medical treatment
Outcomes	Measured pre-treatment and immediately post-treatment (1 week after end of treatment). Primary outcomes: Psychiatric symptoms measured using the State-Trait Anxiety Inventory (State and Trait subscales). Psychological functioning measured using the Profile of Mood States (tension, depression, anger, vigor, fatigue, confusion subscales). Secondary outcomes: None. Outcomes not included: MS Symptoms Checklist, and the Health Attribution test (beliefs about causes and cures of illness using the internal, powerful others, and chance subscales)
Notes	Mini-review 3.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Mendoza 2001</b>
Methods	A 2 parallel group unmasked RCT of 2 months duration. Quality: Randomisation generation = D Allocation concealment = B Withdrawals = A
Participants	People with MS resident in a long-term nursing facility. Exclusion: (a) primary admitting diagnosis not MS, (b) poor visual acuity, (c) diagnosis of co-morbid mental disorder, (d) incomprehensible speech, (e) impaired performance on Kaufman Short Neuropsychological Assessment Procedure (Mental status subtest score). Number screened not known, 58 excluded, 20 of the remainder randomly selected and randomised. Mean age 60 years, 6M, 14F, disease duration not stated, all had advanced MS with mean length of time in nursing facility 5 years.
Interventions	Intervention (10 randomised and analysed): Cognitive remediation strategy; Several components including (1) Participants allocated a certified nursing assistant, (2) 4x1hr training of certified nursing assistants on neuroanatomy, project details, rationale for using memory notebooks, review of their allocated patients' treatment protocols, and their cognitive strengths and weaknesses, (3) battery of cognitive tests, (4) participants had memory notebook attached to wheelchair. Participant interviewed daily by nursing assistant to determine their needs and concerns. Other staff encouraged to read and write in notebook. Control (10 randomised, 9 analysed): No change in treatment regime. Participants not assigned individual nursing assistants.
Outcomes	Measured at baseline and immediately post-treatment (2 months after baseline). Primary outcomes: Psychiatric symptoms measured using Beck Depression Inventory (self-reported 21 items). Cognitive functioning measured by the North American New Adult Reading Test, Hopkins Verbal Learning Test and Kaufman Short Neuropsychological Assessment Procedure Mental Status Subtest. Secondary outcomes: None. Outcomes not included: Number of activity events participated in during study.



**Characteristics of included studies**

Notes	Mini-review 2
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Mohr 2000</b>
Methods	A 26 week parallel group RCT with one masked outcome. Quality: Randomisation generation = D Allocation concealment = B Withdrawals = A
Participants	People with relapsing MS newly started on interferon beta-1a and with depression. Inclusion: (a) 15 or more on Profile of Moods Depression-Dejection Scale, and (b) if currently under medical or psychological treatment for depression then must have been so for 3 months or more and intend to continue treatment for duration of study. Exclusion: (a) Dementia, and (b) other neurological disorder. 73 people screened, 32 randomised. Mean age 42 yrs (SD approx 11), 9M 23F, mean disease duration 6 yrs (SD 7 yrs), mean Guy's Neurological Disability Scale=18 (SD=9), 3 use wheelchair, 11 walk with aids, 18 walk unaided. 3 taking anti-depressants, 2 receiving psychotherapy
Interventions	Intervention (16 randomised, 11 completed, 16 analysed): Cognitive behavioural therapy. 8 weekly 50 min one-to-one sessions over the telephone to participant's home. Conducted by 3 advanced Doctoral students in psychology and 1 post-doc fellow. All had 2-5 years of therapy experience and had previously seen MS patients. Based on CBT model originally intended for depressed older adults and modified for use with MS patients. Therapist manual and patient workbook produced. In the first 2 sessions patients identified 3 specific, measurable, achievable goals. In the next 3 sessions they were taught thought monitoring, identification of cognitive distortions and how to challenge them. Additional modules were then available, including increasing pleasant events (n=6 patients) and fatigue management (n=3 patients). The final session addressed the degree to which patients' goals were met, continued care and maintenance of gains. Control (16 randomised, 12 completed, 16 analysed): Usual care. No additional mental health care.
Outcomes	Measured at baseline, immediately post-treatment (8-9 weeks after start of treatment) and short-term follow-up (4 months after end of treatment). Primary outcome: Psychiatric symptoms measured by telephone administered Profile of Mood States, Depression-Rejection Scale (baseline and immediately post-treatment only; authors provide justification for its use as a measure of depressive symptomatology). Secondary outcome: Adherence to other therapies measured by adherence to Interferon Beta-1a for the 6 months post randomisation.
Notes	Mini-review 4. Non-completers included in analyses by using their baseline data.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Mohr 2001</b>
Methods	A 42 week 3 arm parallel group unmasked RCT. Participants in one of the arms of the trial were given Supportive-Expressive Group therapy. However, this was not a randomised group and has not been considered further. Quality: Randomisation generation = D Allocation concealment = B Withdrawals = B

**Characteristics of included studies**

Participants	<p>People with MS with moderate depression.</p> <p>Inclusion: (a) Diagnosis of MS (Poser definition), (b) Relapse-remitting or secondary progressive disease course, (c) Diagnosis of major depressive disorder (DSM-IV), (d) 16 or more on Hamilton Rating Scale for Depression, (e) 16 or more on Beck Depression Inventory, (f) Willing to abstain from additional psychological or pharmacological treatment for depression.</p> <p>Exclusions: (a) Other psychological disorder, (b) Dementia, (c) Severe suicidality, (d) Recent corticosteroid treatment or Interferon, (e) Current MS exacerbation, (f) Other CNS disorders, (g) Pregnancy.</p> <p>63 patients recruited and randomised from 481 screened for depression.</p> <p>Mean age (SD)=43.9 yrs (10.0) , 73% female, average disease duration (range) 7.7 years (0.3, 31.2), mean (range) EDSS 2.4 (0, 8.0). 41 patients randomised to the 2 eligible treatment arms.</p>
Interventions	<p>Intervention (20 randomised and included in analysis): Cognitive behavioural therapy adapted from manualised model used in older adults. Weekly 50 minute sessions for 16 weeks by one of four post-doc psychologists. Included behavioural activation and cognitive restructuring together with specific skills for the management of MS related symptoms and problems (fatigue, mild cognitive impairment, pain, stress, skills for intimacy, communication and sexual dysfunction, and social difficulties).</p> <p>Control (21 randomised and included in analysis): Serotonin-Specific Reuptake Inhibitor (Sertraline), 50-200mg per day for 16 weeks. Includes 15 min dose finding interview with post-doc psychologist every 4 weeks.</p>
Outcomes	<p>Measured at baseline, during treatment at 4, 8, and 12 weeks (not included in review), immediately post-treatment (at end of treatment), and short-term follow-up (6 months post-treatment). Primary outcomes: Psychiatric symptoms measured by Beck Depression Inventory (self-reported), Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) (clinician rated), reduction of 50% or more in HRSD (immediately post-treatment only), Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 Disorders (immediately post-treatment only), and Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (during period of short-term follow-up only). Secondary outcomes: Healthcare utilisation measured by uptake of psychotherapy up to short-term follow-up. Change in medication usage measured by antidepressant use during the period of short-term follow-up.</p>
Notes	Mini-review 4.
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Mohr 2003</b>
Methods	Same study as Mohr 2001
Participants	Same as Mohr 2001, although inclusion criteria (c) and (d) not applied (i.e. study includes a small number of participants with "sub-syndromal depression")
Interventions	See Mohr 2001
Outcomes	Measured at baseline and immediately post-treatment (at end of treatment). Secondary outcomes: Fatigue measured by the Fatigue Assessment Instrument, including Total Score, and 4 subscales; Global Fatigue Severity, Fatigue Consequences, Situation-Specific Fatigue, and Responsiveness to Rest or Sleep.
Notes	This paper is based on the same study as Mohr 2001, and reports data on fatigue. As stated in the "Participants" section, the study includes a small number of people who were excluded from the original Mohr 2001 paper.
Allocation concealment	B

## Characteristics of included studies

Study	Rigby 2003
Methods	A 55 week 3 arm parallel group unmasked randomised controlled trial . Quality: Randomisation generation = B Allocation concealment = B Withdrawals = A.
Participants	People with MS recruited via an MS Clinic, either using an MS research database or from clinic visits. Inclusion: (a) Neurologist diagnosis of MS for at least 6 months, (b) age 20-65 years. Exclusion: (a) Study co-ordinator or doctor felt person would be unable to participate in sessions or complete study questionnaires. 219 assessed for eligibility, 53 allocated to a non-randomised group (not included here), 147 randomised. Type of MS unknown, mean age 44 yrs (SD 10), 91F, 56M, mean disease duration 9 yrs (SD 8), median EDSS in the 3 groups between 5 and 6.
Interventions	Intervention (49 randomised, 43 analysed): Brief coping-focussed cognitive therapy, based on coping theory and cognitive behavioural models, and "MS on your Mind" booklet (given during session 1). 3 x weekly 1.5 hour sessions run in groups of less than 6 by a chartered health psychologist in an MS Clinic setting. Intervention designed specifically for people with MS. Objectives were (a) provide a safe forum for discussing MS issues, (b) recognise and vent feelings, (c) create awareness of own coping strategies, (d) consider different types of coping strategies to help with problems, (e) increase perceived control of situations, and increase confidence, (f) to help understand that feelings experienced are "normal". Session 1: Meeting the group and sharing experiences. Session 2: Flexible coping. Session 3: Feeling good and developing a sense of control. Control 1 (46 randomised, 40 analysed): Social discussion group and "MS on your Mind" booklet (given during first session). 3 x weekly 1.5 hour sessions with up to 6 per group run by study co-ordinator at MS clinic. No formal structure; discussion led by participants. The aim was to enable people with MS to meet others and give them the opportunity to talk about their condition. Control 2 (52 randomised, 48 analysed): Booklet "MS on your mind" (mental and emotional aspects of MS produced by the UK MS Society) sent via the post.
Outcomes	Measured at baseline, immediately post-treatment (1 week post-treatment), short-term follow-up (1, 3 and 6 months post-treatment), and medium term follow-up (12 months post-treatment). Primary outcomes: Psychiatric symptoms measured using the Hospital Anxiety and Depression Scale (self-reported anxiety and depression subscales). Psychological function measured using the Dispositional Resiliency Index (self-reported total score, and commitment, control, and challenge subscales), the MS Self-efficacy Scale (MSSS), and the MS Self Efficacy Scale (MSSE) (control subscale).
Notes	Mini-review 3. Not all participants replied to all follow-ups; 133 provided at least some data. 106, 100, 98, 101, 90 supplied data at 1 wk, 1 month, 3 months, 6 months, 12 months respectively.
Allocation concealment	B
Study	Schwartz 1999
Methods	A 104 week parallel group unmasked RCT. Quality: Randomisation generation = D Allocation concealment = B Withdrawals = B

**Characteristics of included studies**

Participants	<p>People with MS. Inclusion: (a) Neurologist confirmed, (b) EDSS 1-8.5.</p> <p>Exclusion: (a) "Actively psychotic" during interview.</p> <p>172 interviewed, 136 randomised, 124 completed interventions, 132 supplied data at 2 yr follow-up, 132 analysed.</p> <p>76 chronic progressing MS, 56 relapse-remitting MS. Mean age 43 yrs (SD=9), 34M, 98F, 30% currently treated for depression, 11% previous psychiatric admission, 24% current emotional problems, 40% ever treated for depression. Mean disease duration 8 yrs (SD 7), mean EDSS 4.7 (SD=1.8, range 1-8.5), and 46% require walking aids.</p>
Interventions	<p>Intervention 1 (number randomised not known, 64 analysed): Directive coping skills group sessions followed by telephone support from a matched coping partner identified from within the group. One 2 hr session weekly for 8 weeks followed by 1 telephone call per month for 10 months. Group hospital-based therapy by health professional in public health and clinical psychology. Teaching sessions on emotional difficulties, goal setting, dealing with cognitive deficits, improving communication with caregivers and social network. Participants were requested to bring a spouse, close friend or relative to the sessions on social networks.</p> <p>Intervention 2 (number randomised not known, 68 analysed): Non-directive peer telephone support from lay people with MS trained in active listening. Based on Rogerian client-centred psychotherapy. One phone call (15 mins on average) per month for 12 months. Supporters matched by age, interests and level of disability and instructed not to provide advice. Supporters received monthly supervision.</p>
Outcomes	<p>Measured at baseline, 2 months (during treatment and not included in the review), immediately post-treatment (12 months after start of treatment), short term follow-up (6 months after end of treatment), and medium term follow-up (12 months after end of treatment). Primary outcomes: General quality of life measured using the Sickness Impact Profile (psychosocial and physical limitations subscales), and the Quality of Life Index (Satisfaction with health, family aspects, spiritual aspects, socio-economic status, and global subscales). Psychiatric symptoms were measured using the depression and anxiety subscales of the Arthritis Impact Measurement Scale. Psychological functioning was measured using the MS Self Efficacy scale (control and function subscales), the Multidimensional Health Locus of Control (internal subscale), the Ways of Coping Checklist (problem solving, social support, reframing, religiosity, blaming others, blaming self, avoidance, wishful thinking subscales), and the Ryff Happiness Scale (Purpose in life, personal growth, environmental mastery, social relatedness, self-acceptance subscales). Disability measured by the Expanded Disability Status Scale (immediately post-treatment only). Cognitive function was measured using a composite score of cognitive tests (verbal and spatial memory, complex attention, verbal fluency etc.) adjusted for age, educational status and gender (immediately post-treatment only). Secondary outcome: Fatigue measured by the Multidimensional Assessment of Fatigue Scale. Not included: Social activity subscale of the Arthritis Impact Measurement Scale.</p>
Notes	<p>Mini-review 3.</p> <p>Discrepancy of 1 case in description of drop-outs.</p>
Allocation concealment	B
<b>Study</b>	<b>Solari 2004</b>
Methods	<p>A 24 week parallel group double masked RCT.</p> <p>Quality:</p> <p>Randomisation generation = A</p> <p>Allocation concealment = A</p> <p>Withdrawals = A</p>



**Characteristics of included studies**

Participants	<p>People with MS with mild to moderate cognitive impairment recruited via neurologists in 6 centres.</p> <p>Inclusion: (a) Poser definition, (b) complained of poor attention or memory, (c) score &lt;80th percentile in 2 or more components of Brief Repeatable Battery of Neuropsychological tests.</p> <p>Exclusion: (a) &lt;18 or &gt;65 yrs old, (b) Mini-Mental State Examination &lt;24, (c) education of &lt;8yrs duration, (d) ongoing major psychiatric disorder, (e) exacerbation in past 3 months, (f) immunomodulant/ immunosuppressant treatment initiation in last 4 months, (g) cognitive rehabilitation in last 6 months.</p> <p>203 assessed for eligibility, 82 randomised, 77 started treatment, 75 followed-up at 8 and 16 weeks and analysed.</p> <p>3 with primary progressive MS, 35 with secondary progressive, and 39 with relapse-remitting. Mean age 44yrs (range 22-65 yrs), 49F, 28M, people with major psychiatric diagnosis excluded, mean age at diagnosis 29 yrs (range 19-53), median EDSS 3.5 (range 1.5-7.0).</p>
Interventions	<p>Intervention (42 randomised, 40 received treatment, 38 analysed): Computer aided retraining of memory and attention. 16 sessions of 45 minutes duration over 8 weeks. Individual, outpatient-based therapy conducted with a trained psychologist. Used the "memory" and "attention" modules of the RehaCom software package. A special keyboard was employed in order to limit the impact of motor co-ordination on the results.</p> <p>Control (40 randomised, 37 treated, 37 analysed): Sham computer aided retraining of memory and attention. Exactly the same as above except using (simplified versions of) the "visuo-constructional" and "visuo-motor co-ordination" retraining modules. These modules are similar in appearance to the ones used in the intervention, but train mainly motor skills rather than memory and attention.</p>
Outcomes	<p>Measured at baseline, immediately post-treatment (8 weeks after baseline), and short-term follow-up (16 weeks after baseline). Primary outcomes: Disease specific quality of life was measured using the MSQOL-54 (mental health subscale and cognitive subscale). Psychiatric symptoms were measured using the Chicago Mood Depression Inventory (mood subscale). Cognitive function was measured using the Brief Repeatable Battery of Neuropsychological tests (Buschke Selective Reminding Test - consistent long-term retrieval and delayed recall scores (measure of verbal learning and recall), Symbol Digit Modalities Test (measure of sustained attention and information processing speed), Paced Auditory Serial Addition Test (measure of complex attention and concentration), Word List Generation (measure of verbal fluency and sustained attention), 10/36 Spatial Recall Test- immediate recall and delayed recall (measures visuospatial learning and recall), and an increase of 20% or more from baseline in at least 2 of these tests).</p>
Notes	Mini-review 1
Allocation concealment	A
<b>Study</b>	<b>Stuifbergen 2003</b>
Methods	<p>A 2 parallel group unmasked RCT of 32 weeks duration.</p> <p>Quality:</p> <p>Randomisation generation = A</p> <p>Allocation concealment = C</p> <p>Withdrawals = B</p>

**Characteristics of included studies**

Participants	<p>Women with MS. Recruitment via MS newsletters, posters in neurologists' offices, support groups, an MS adaptive fitness day, previous research participants. Inclusion: (a) Female, (b) physician diagnosis of MS of at least 6 months duration, (c) age 20-70 years. Exclusion: (a) pregnancy (b) concurrent medical conditions making changes in diet or exercise contra-indicated.</p> <p>142 randomised, 121 started treatment (inclusion criteria applied and consent sought post-randomisation), 113 analysed. Based on 113 participants, mean (SD) age = 46 (10) yrs, 113F, 0M, mean (SD) duration = 11 (7) yrs, mean (SD) Incapacity Status Scale = 16 (7) points.</p>
Interventions	<p>Intervention: (76 randomised, 56 analysed): Wellness programme in 2 parts. Part 1: Educational skills-based change programme. Group intervention, 8 x 90 minute sessions over 8 weeks. Conducted by clinical nurse specialist assisted by 1 person with MS with a background in health promotion. Intervention site not stated. Aims to educate participants about health promotion strategies in MS; enhance and support strategies to increase self-efficacy for health behaviours; guide participants in self-assessment of resources, barriers and behaviours. Based on health promotion and health psychology models of health behaviour and beliefs. Topics included maximising health in chronic illness, lifestyle adjustment, stress management strategies, healthy eating, exercise and physical activity, intimacy and sexuality, women's health issues. Included homework assignments in goal setting, self-assessment, and summary of class content. Specially designed for and with people with MS. Part 2: 3 months of telephone support, 2 times per month by nurse specialist. Positive feedback for accomplishments, verbal persuasion, sharing success of other women with participants. Aims to increase self-efficacy and encourage progress towards goals.</p> <p>Control group. Put on 8 month waiting list for the intervention.</p>
Outcomes	<p>Measured pre-treatment, immediately post-treatment (5 months after start of treatment), and short-term follow-up (3 months post-treatment). All were self-reported measures. Primary outcome: General quality of life measured using the SF-36 (9 scales: general health, physical function, physical role, bodily pain, vitality, social functioning, emotional role, and mental health). Psychological functioning was measured using the Self Rated Abilities for Health Practices Scale (a measure of self-efficacy covering nutrition, physical activity/ exercise, psychologic well-being, and responsible health practices). Measure of disability using the Incapacity Status Scale (adapted by authors and not measured immediately post-treatment). Secondary outcomes: None. Not included: Barriers to Health Promoting Activities for Disabled Persons Scale, the Personal Resource Questionnaire (a measure of social support), the Health Promoting Lifestyle Profile II (measure of health promoting behaviours).</p>
Notes	<p>Mini-review 3.</p> <p>The application of eligibility criteria, and obtaining of informed consent was done after participants had been randomised.</p>
Allocation concealment	C
<b>Study</b>	<b>Wassem 2003</b>
Methods	<p>A 208 week parallel group unmasked RCT.</p> <p>Quality:</p> <p>Randomisation generation = D</p> <p>Allocation concealment = B</p> <p>Withdrawals = C</p>

**Characteristics of included studies**

Participants	<p>People with MS recruited via an MS workshop, physicians, and an MS newsletter advert.</p> <p>Inclusion: (a) MS</p> <p>Number approached not known, 27 randomised, number analysed not known.</p> <p>Type of MS not stated, mean age (range) = 44 yrs (18-54), 72% female, mean (range) disease duration = 3.5 yrs (0.5-7), mean (range) Modified Disability Status Scale = 3.4 (0-9),</p>
Interventions	<p>Intervention (number randomised and number analysed not stated): MS-REHAB program: 2 hrs once per week for 4 weeks. Group-based therapy run by a nurse and held at a College of Nursing. Therapy developed from the literature and experience, and based on Bandura's Social Cognitive theory with an emphasis on self-efficacy. The programme aimed to increase self-efficacy for adjustment behaviours, and increase outcome expectations. This, it is theorised, will lead to increased use of adjustment behaviours, and hence increased adjustment to MS, increased symptom management, well-being and activities. Behaviour acquisition using verbal persuasion, role modelling, performance accomplishment and vicarious experience. Week1:-disease process, influencing factors, stretching and exercise, pharmacological and non-pharmacological management of symptoms, communicating with health professional, stress and relaxation. Week 2:- relaxation, diet, strategies for managing fatigue, exercise, stretching. Week 3:-psychosocial factors, reaction of others, employment, sources of help, sleep, exercise, stretching, cognitive dysfunction. Week 4: Cognitive dysfunction, memory, impact on life, medication. Homework tasks used throughout.</p> <p>Control group (number randomised and number analysed not known): Not given MS-REHAB program.</p>
Outcomes	<p>Measured at baseline, immediately post-treatment, short-term follow-up, medium-term follow-up and long-term follow-up (10 occasions in total up to 4 years, although exact timing not clear). Primary outcomes: Psychological function measured using the total Psychosocial Adjustment to Illness Scale (modified by dropping 2 subscales), a summated total adjustment score (derived from 3 visual analogue scores of psychological, social and physical adjustment), and the Self-Efficacy for Adjustment Behaviours Scale. Secondary outcomes: Pain using a visual analogue scale, fatigue using a visual analogue scale. Not used: a summated pain, fatigue and sleep score based on 3 visual analogue scales.</p>
Notes	Mini-review 3.
Allocation concealment	B

**Characteristics of excluded studies**

Study	Reason for exclusion
Klarskov 1994	This study is a randomised controlled trial, and assesses an intervention that is eligible for the review. However none of the outcomes measured (severity of bladder symptoms, count of incontinence episodes, flowmetry, residual urine measurement, water cystometry etc.) was relevant to the review.
Mendozzi 1998	This study compared three arms; computer assisted memory retraining; non-specific computer assisted retraining; and no computer retaining. The first 30 participants were randomised to the 3 groups. The next 30 were placed in groups by the principal investigator "to balance the groups as much as possible for sex, age and education". This group of 30 does not appear to have been randomised.

**Characteristics of excluded studies**

Mills 2000	This study compared mindfulness of movement as a coping strategy for MS symptoms with standard care. The intervention has psychological aspects to it, and is conducted by a psychologist. However, it is conducted within the context of Tai Chi, and incorporates elements of balance, stretching, posture, breathing and co-ordination. Therefore the intervention falls outside our definition.
Mohr 2004	This paper reports on social support outcome measures from the study described in the Mohr 2001 paper (see list of included studies). Social support was not among the primary or secondary outcome measures for the review, and so this paper has been excluded.
Rogers 1996	Study was described as quasi-experimental. The waiting list control group was not randomised and allocation was partly based on participants' willingness to be placed on a waiting list.
Schmid 2004	This study compared active music therapy with being put on a waiting list for therapy. This intervention had a strong psychological basis, but was not included because group allocation did not appear to be randomised.
Tesar 2003	This study evaluates a psychological intervention that incorporates cognitive/behavioural strategies, stress-coping training, and exercises that exert an influence on body image. Participants were not randomised; the first 15 participants in the study were allocated to the psychological intervention and the next 15 to the control group. Therefore this study has been excluded.

**Characteristics of ongoing studies**

<b>Study</b>	<b>Mohr</b>
Trial name or title	Telephone administered psychotherapy for the treatment of depression in MS
Participants	People with MS with depression. Inclusion: (a) Beck Depression Inventory > 16. Proposed sample size 128 in total
Interventions	Intervention: Cognitive behavioural therapy over the telephone. 16 weekly sessions delivered by a PhD psychologist. Control: Supportive expressive therapy over the telephone. 16 weekly sessions administered by a PhD psychologist.
Outcomes	Primary outcomes: Psychiatric symptoms measured using the Beck Depression Inventory, the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 Disorders, and the Hamilton Depression Scale.
Starting date	2001
Contact information	David C. Mohr dmohr@itsa.ucsf.edu
Notes	
<b>Study</b>	<b>Moss-Morris</b>
Trial name or title	A randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for fatigue in patients with multiple sclerosis



**Characteristics of ongoing studies**

Participants	<p>People with MS with fatigue.</p> <p>Inclusion: (a) Definite diagnosis of MS, (b) EDSS of 5.5 or less, (c) Score of 4 or more on Chalder fatigue scale, (d) willing not to start new psychological or pharmacological treatment during study.</p> <p>Exclusion: (a) if taking Interferon then excluded if for less than 3 months, (b) medication for depression for less than 2 months, (c) dementia, (d) serious psychological disorder, (e) other serious chronic disease that might contribute to fatigue.</p> <p>Proposed sample size is 70 in total.</p>
Interventions	<p>Intervention: Cognitive behavioural therapy. 8 x one hour weekly sessions by a CBT therapist, and supplemented with information leaflets and homework. Aim to show patients that activity can be increased steadily and safely without exacerbating symptoms, and that increasing activity itself is helpful for fatigue. Session 1: Rationale for CBT, assess impact of fatigue, complete self-monitoring diaries. Session 2-3: Activity scheduling, activity diaries, increasing activity, importance of exercise, and target setting. Sessions 4-5: Understanding MS symptoms and using cognitive strategies to help evaluate and interpret them. Sessions 6-7: Managing controllable and uncontrollable stressors, and other issues of personal control. Session 8: Dealing with setbacks, action plans.</p> <p>Control: Relaxation therapy. 8 x 1 hour weekly sessions supplemented by information leaflets and homework. Teaching of different methods of relaxation and meditation.</p>
Outcomes	<p>Measured at pre-treatment, immediately post-treatment, and short term follow-up (3 and 6 months after treatment).</p> <p>Primary outcome measures: General quality of life using the SF-36, psychiatric symptoms using the Hospital Anxiety and Depression Scale.</p> <p>Secondary outcome measures: Fatigue measured by the Chalder Fatigue Scale, the Pilot Alertness Test, and the Epworth Sleepiness Scale.</p>
Starting date	1st April 2002
Contact information	Dr Rona Moss-Morris, Health Psychology, Faculty of Medical and Health Sciences, The University of Auckland, Private Bag 92019, Auckland.
Notes	

**CARÁTULA**

Titulo	<b>Intervenciones psicológicas para la esclerosis múltiple</b>
Autor(es)	<b>Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R</b>
Contribución de los autores	PWT concibió la idea, administró la revisión y dirigió la redacción de la revisión. PWT y ST diseñaron la revisión, prepararon el protocolo y redactaron la revisión. KG, RB y CH contribuyeron al diseño del protocolo y examinaron el contenido científico. PWT, ST, KG y CH leyeron y evaluaron los documentos para la revisión. RB y ST proporcionaron asesoramiento especializado de psicología y apoyo a la revisión.
Número de protocolo publicado inicialmente	2003/4
Número de revisión publicada inicialmente	2006/1

Fecha de la modificación más reciente"	La información no está disponible
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	11 noviembre 2005
Cambios más recientes	<b>Desde la publicación original del protocolo, se ha producido el siguiente cambio. Se abandonó una medida de calidad del estudio. Originalmente, los estudios se iban a clasificar según si utilizaron los principios de intención de tratar (intention to treat); A (ningún retiro), B (retiros excluidos), C (retiros incluidos en el análisis al calcular el resultado), D (seguimiento de los retiros e inclusión de los mismos en el análisis). En la práctica este sistema resultó difícil de aplicar porque algunos estudios no podían clasificarse de una sola manera (por ejemplo, en un único estudio algunos retiros se incluyeron y otros se excluyeron). Además, hubo diferentes tipos de retiro (p.ej. el retiro de proporcionar datos, el retiro del tratamiento, el retiro permanente, el retiro temporal), lo que nuevamente dificultó la clasificación.</b>
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	31 mayo 2005
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	01 enero 2005
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	El autor no facilitó la información
Dirección de contacto	Prof Peter Thomas Professor of Health Care Statistics and Epidemiology Dorset Research and Development Support Unit Poole Hospital NHS Trust Cornelia House Longfleet Road Poole BH15 2JB Dorset UK Teléfono: +44- 01202 448489 E-mail: Peter.Thomas@poole.nhs.uk Facsimile: +44 01202 448490
Número de la Cochrane Library	CD004431-ES
Grupo editorial	Cochrane Multiple Sclerosis Group
Código del grupo editorial	HM-MS

RESUMEN DEL METANÁLISIS

01 Cognitive behavioural therapy versus care as usual for people with MS with depression

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Medida autoinformada de la depresión	2	51	Diferencia de medias estandarizada (efectos fijos) IC del 95%	1.07 [0.43, 1.70]

GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 Cognitive behavioural therapy versus care as usual for people with MS with depression

01.01 Medida autoinformada de la depresión

