

Arteterapia: artes plásticas en el manejo del deterioro cognitivo leve

Art therapy: Visual Arts in the Management of Mild Cognitive Impairment

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
ACIS, Avalia-t

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



AXENCIA GALEGA
DE COÑECIMENTO
EN SAÚDE

Arteterapia: artes plásticas en el manejo del deterioro cognitivo leve

Art therapy: Visual Arts in the Management of Mild Cognitive Impairment

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
ACIS, Avalia-t

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



VÁZQUEZ CASTELO, ANA MARÍA

Arteterapia: artes plásticas en el manejo del deterioro cognitivo leve / Ana María Vázquez Castelo... [et al.] – Madrid: Ministerio de Sanidad. Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t; 2026.

1 archivo pdf. – (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad)

NIPO: Anticipo de edición

1. Arteterapia. 2. Deterioro cognitivo leve. 3. Terapias mente-cuerpo.

I. Paz Valiñas, Lucinda. II. Faraldo Vallés, María José. III. Mejuto Martí, Teresa. IV. Galicia. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS. V. España. Ministerio de Sanidad

La Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t asume la responsabilidad exclusiva de la forma y el contenido final de este informe. Las manifestaciones y conclusiones de este informe son las de la unidad y no necesariamente las de sus revisores externos.

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

Edición: 2026

Edita: España: Ministerio de Sanidad.

Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS.
Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t.

NIPO: Anticipo de edición

Contacto: Avalia_t.Acis@sergas.es

Maquetación: J. M. Arana / Cem soc. coop. gal.

Este documento ha sido realizado por la Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan Anual de Trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

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

Para citar este informe:

Vázquez Castelo AM, Paz Valiñas L, Faraldo Vallés MJ, Mejuto Martí T. Arteterapia: artes plásticas en el manejo del deterioro cognitivo leve, Madrid: Ministerio de Sanidad. Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t; 2026. (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad).



Índice

Lista de abreviaturas	7
Lista de tablas	8
Lista de figuras	9
Resumen dirigido a la ciudadanía	10
Resumo dirigido á ciudadanía	11
Summary addressed to citizens	12
1. Introducción	13
1.1. Descripción de la arteterapia	13
1.2. Descripción de las indicaciones clínicas	16
1.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia	18
2. Alcance y objetivo	19
2.1. Alcance	19
2.2. Objetivo	19
3. Metodología	20
3.1. Pregunta de investigación en formato PICOD	20
3.2. Fuentes de información y estrategias de búsqueda	20
3.3. Selección de estudios	21
3.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia	21
3.5. Valoración de la calidad de los estudios	22
4. Resultados	23
4.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica	23
4.2. Características de los estudios incluidos	24
4.3. Calidad metodológica de los estudios incluidos	26
4.4. Descripción y análisis de resultados	27
4.4.1. Seguridad	27
4.4.2. Eficacia	27
4.4.3. Cognición global	28
4.4.4. Memoria verbal	29
4.4.5. Percepción visoespacial	33
4.4.6. Atención y procesamiento	34
4.4.7. Función ejecutiva	35
4.4.8. Lenguaje y fluidez verbal	36
5. Discusión	38
5.1. Búsqueda bibliográfica y método	38
5.2. Discusión de los estudios incluidos	38
5.3. Discusión de los resultados de seguridad	39
5.4. Discusión de los resultados de eficacia	40

6. Conclusiones	42
Contribución de los autores	43
Declaración de intereses	44
Referencias bibliográficas	45
ANEXOS	48
Anexo A. Estrategias de búsqueda bibliográfica	48
Anexo B. Tablas de evidencia	52
Anexo C. Calidad de la evidencia	59
Anexo D. Artículos excluidos	67

Lista de abreviaturas

- AAN:** Academia Americana de Neurología (del inglés, *American Academy of Neurology*)
- AATA:** Asociación Americana de Arteterapia (del inglés, *American Art Therapy Association*)
- AVLT:** Test de aprendizaje auditivo-verbal (del inglés, *Auditory Verbal Learning Test*)
- BAAT:** Asociación Británica de Arteterapeutas (del inglés, *British Association of Art Therapists*)
- BNT:** Test de denominación de Boston (del inglés, *Boston Naming Test*)
- CATA:** Asociación Canadiense de Arteterapia (del inglés, *Canadian Art Therapy Association*)
- CrEAS:** Programa de artes creativas expresivas narrativas
- CTT:** Prueba de trazado por colores (del inglés, *Color Trail Test*)
- DCL:** Deterioro cognitivo leve
- DSM-5:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (quinta edición)
- ECA:** Ensayo clínico aleatorizado
- FEAPA:** Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia
- FDR:** Tasa de descubrimientos falsos (del inglés, *False Discovery Rate*)
- HCPC:** Consejo de profesionales de la salud y asistencia (del inglés, *Health and Care Professions Council*)
- IA:** Inteligencia artificial
- MMSE:** Mini examen del estado mental (del inglés, *Mini-Mental State Examination*)
- MoCA:** Evaluación cognitiva de Montreal (del inglés, *Montreal Cognitive Assessment*)
- PICOD:** *Patient-Intervention-Comparison-Outcomes-study Design*
- RAVLT:** Test de aprendizaje auditivo-verbal de Rey (del inglés, *Rey Auditory Verbal Learning Test*)
- ReHo:** Homogeneidad regional
- rEAP:** Programa remoto de artes expresivas
- RedETS:** Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
- ROCFT:** Test de la figura compleja de Rey-Osterrieth (del inglés, *Rey-Osterrieth Complex Figure Test*)
- RS:** Revisiones sistemáticas
- RV:** Realidad virtual
- SDMT:** Test de símbolos y dígitos (del inglés, *Symbol Digit Modalities Test*)
- STT:** Prueba de trazado de figuras (del inglés, *Shape Trail Test*)
- TDA:** Trastorno por déficit de atención
- TEPT:** Trastorno por estrés postraumático
- VFT:** Prueba de fluidez verbal (del inglés, *Verbal Fluency Test*)
- WAIS-III:** Escala de inteligencia de Wechsler para adultos - III (del inglés, *Wechsler Adult Intelligence Scale - III*)

Lista de tablas

Tabla 1. Pregunta de investigación en formato PICOD	20
Tabla 2. Bases de datos electrónicas consultadas	20
Tabla 3. Descripción de las intervenciones clasificadas como arteterapia	24
Tabla 4. Características generales de los estudios incluidos sobre arteterapia.	25
Tabla 5. Variables de evaluación por dominio funcional y por estudio	27
Tabla 6. Resultados sobre cognición global	29
Tabla 7. Resultados sobre memoria verbal a corto plazo	30
Tabla 8. Resultados sobre memoria verbal a largo plazo.	31
Tabla 9. Resultados sobre reconocimiento verbal	32
Tabla 10. Resultados sobre recuerdo verbal	32
Tabla 11. Resultados sobre percepción visoespacial.	34
Tabla 12. Resultados sobre atención y procesamiento	35
Tabla 13. Resultados sobre función ejecutiva	36
Tabla 14. Resultados de lenguaje y fluidez verbal	37

Lista de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios	23
Figura 2. Gráfico del riesgo de sesgo por dominio de estudios aleatorizados mediante herramienta RoB 2	26
Figura 3. Gráfico del riesgo de sesgo acumulado de los estudios incluidos.	27

Resumen dirigido a la ciudadanía

Nombre de la técnica con pretendida finalidad sanitaria	Arteterapia: las artes plásticas en el manejo del deterioro cognitivo leve
Definición de la técnica e indicaciones clínicas	La arteterapia, en su modalidad de artes plásticas, utiliza la creación artística (pintar, dibujar, modelar barro, etc.) con fines terapéuticos. Se realiza con la ayuda de un profesional y busca favorecer la expresión personal, las emociones y estimular la mente. En este informe se ha revisado su posible utilidad en personas mayores con deterioro cognitivo leve, una situación en la que aparecen olvidos o problemas de atención, pero que no llega a clasificarse como demencia.
Calidad de la evidencia	Los estudios disponibles son limitados. Aunque existen ensayos clínicos aleatorizados, estos incluyen pocos participantes, aplican la terapia de manera diversa y presentan un riesgo de sesgo de moderado a alto. Además, los estudios difieren en formato, estructura y componentes.
Resultados clave	La arteterapia podría considerarse una práctica segura, sin efectos adversos conocidos. Los estudios disponibles sugieren que puede mejorar algunas funciones cognitivas, como la memoria inmediata, la atención, la facilidad para comunicarse y, en menor medida, la capacidad general de pensar. Estos beneficios se observaron principalmente en comparación con personas que no realizaron ninguna actividad de estímulo cognitivo. Al compararse con otras actividades, como ejercicios grupales o rompecabezas, los resultados fueron similares, aunque no siempre consistentes en todos los estudios. No se observaron mejoras claras en la memoria a largo plazo ni en las habilidades visoespaciales.
Conclusión	La arteterapia con artes plásticas es una intervención segura que puede ayudar a estimular la memoria, la atención y otras funciones mentales en personas con deterioro cognitivo leve. Sin embargo, los estudios disponibles actualmente son insuficientes para confirmar con certeza su eficacia.

Resumo dirixido á cidadanía

Nome da técnica con pretendida finalidade sanitaria	Arteterapia: as artes plásticas no manexo da deterioración cognitiva leve
Definición da técnica e indicacións clínicas	<p>A arteterapia, na súa modalidade de artes plásticas, utiliza a creación artística (pintar, debuxar, modelar barro etc.) con fins terapéuticos. Realízase co soporte dun profesional e procura favorecer a expresión persoal, as emocións e estimular a mente.</p> <p>Neste informe revisouse a súa posible utilidade en persoas maiores con deterioración cognitiva leve, unha situación na que aparecen esquecementos ou problemas de atención, pero que non chega a clasificarse como demencia.</p>
Calidade da evidencia	Os estudos dispoñibles son limitados. Inda que existen ensaios clínicos aleatorizados, estes inclúen poucos participantes, aplican a terapia de maneira diversa e presentan un risco de nesgo de moderado a alto. Ademais, os estudos difiren en formato, estrutura e compoñentes.
Resultados clave	<p>A arteterapia podería considerarse unha práctica segura, sen efectos adversos coñecidos. Os estudos dispoñibles suxiren que podería mellorar algunhas funcións cognitivas, como a memoria inmediata, a atención, a facilidade para comunicarse e, en menor medida, a capacidade xeral de pensar.</p> <p>Estes beneficios obsérvanse principalmente en comparación con persoas que non realizan ningunha actividade de estímulo cognitivo. Cando se compararon con outras actividades, como exercicios grupais ou crebacabezas, os resultados foron similares, inda que non sempre consistentes en todos os estudos. Non se observaron mellorías claras na memoria a longo prazo nin nas habilidades visoespaciais.</p>
Conclusión	A arteterapia con artes plásticas é unha intervención segura que podería axudar a estimular a memoria inmediata, a atención e outras funcións mentais en persoas con deterioración cognitiva leve. Porén, os estudos dispoñibles son insuficientes para confirmar con certeza a súa eficacia.

Summary addressed to citizens

Name of the technique with health purposes	Art therapy: visual arts for managing mild cognitive impairment
Definition of the technique and clinical indications	Art therapy, in its visual arts modality, uses artistic creation (painting, drawing, modeling clay, etc.) for therapeutic purposes. It is conducted with the guidance of a professional and aims to promote personal expression, emotional well-being, and mental stimulation. This report reviews its potential usefulness in older adults with mild cognitive impairment, a condition characterized by memory lapses or attention difficulties, but not classified as dementia.
Quality of the evidence	The available evidence is limited. Although randomized clinical trials exist, they include few participants, apply the therapy in diverse ways, and present a moderate to high risk of bias. Furthermore, the studies differ in format, structure, and components.
Key results	Art therapy can be considered a safe practice, with no known adverse effects. The available studies suggest that it may improve certain cognitive functions, such as immediate memory, attention, and ease of communication, and to a lesser extent, general thinking ability. These benefits were observed mainly compared with individuals who did not engage in any activity. When compared with other cognitive activities, such as group exercises or puzzles, the results were similar and not always consistent across all studies. No clear improvements were observed in long-term memory or visuospatial skills.
Conclusion	Art therapy using visual arts is a safe intervention that may help stimulate memory, attention, and other mental functions in people with mild cognitive impairment. However, current evidence is insufficient to confirm its effectiveness with certainty.

1. Introducción

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

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

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

Como punto de partida se elaboró un análisis exploratorio inicial basado en una búsqueda de las publicaciones científicas del tipo revisiones sistemáticas y ensayos clínicos, limitada temporalmente al período 2012-2018, en una base de datos médica (Pubmed), en el que se registró un listado de 71 de las 138 técnicas o procedimientos contemplados para los que no se han identificado ensayos clínicos o revisiones sistemáticas publicados durante el periodo 2012-2018 que proporcionen evidencia científica. Por tanto, para estas técnicas no se localizó soporte en el conocimiento científico con metodología lo suficientemente sólida (ensayos clínicos o revisiones sistemáticas) que sirviera para evaluar su seguridad, efectividad y eficacia, de manera que se clasificaron como pseudoterapias según la definición del mencionado plan, que considera pseudoterapia a la sustancia, producto, actividad o servicio con pretendida finalidad sanitaria que no tenga soporte en el conocimiento científico ni evidencia científica que avale su eficacia y su seguridad.

Para las restantes técnicas en las que se localizaron publicaciones científicas con la búsqueda realizada, se ha planificado un procedimiento de evaluación progresivo, para analizarlas en detalle. En este marco se incluye la evaluación de la eficacia y seguridad de la arteterapia basada en las artes plásticas en el mantenimiento o mejora de las funciones cognitivas en personas adultas con deterioro cognitivo leve.

1.1. Descripción de la arteterapia

El documento de análisis de situación de las terapias naturales publicado por el Ministerio de Sanidad en 2011 define la arteterapia como un tipo de terapia artística que usa el proceso creativo con fines terapéuticos. Según este texto, los conflictos e inquietudes psicológicas pueden ser trabajados por el paciente mediante la producción artística. Además, clasifica la arteterapia dentro de las técnicas de la mente y el cuerpo, junto con disciplinas como el yoga, la meditación o la kinesiología (1).

Definición

Actualmente, distintas instituciones internacionales reconocen el valor del proceso artístico como herramienta terapéutica que promueve el bienestar emocional, social y mental. Aunque existen múltiples definiciones, la mayoría coincide en que la arteterapia es una forma de psicoterapia que emplea medios visuales y táctiles para la autoexpresión no verbal, complementada con comunicación terapéutica en un entorno adecuado (2).

En los últimos años, el interés por evaluar esta práctica desde un enfoque basado en la evidencia ha crecido, lo que ha dado lugar a ensayos clínicos y revisiones sistemáticas que analizan sus efectos sobre funciones cognitivas específicas (2).

En el Reino Unido, la arteterapia está reconocida oficialmente como terapia psicológica por el Health and Care Professions Council (HCPC) (2). La Asociación Británica de Arteterapeutas (BAAT) la define como una psicoterapia que utiliza medios visuales y táctiles para facilitar la autoexpresión, con objetivos que incluyen la reducción de la angustia, la mejora de la salud emocional y el fortalecimiento de la autoestima (3).

De forma similar, la Asociación Americana de Arteterapia (AATA) y la Asociación Canadiense de Arteterapia (CATA) refuerzan esta visión y definen la disciplina como la combinación del proceso creativo y la psicoterapia que facilita la autoexploración y la comprensión emocional. Según CATA, el uso de imágenes, colores y formas permite a los pacientes expresar pensamientos y sentimientos que podrían ser difíciles de articular verbalmente (4, 5).

En España, la Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia (FEAPA) subraya que esta disciplina emplea la creación artística como herramienta para acompañar y facilitar procesos psicoterapéuticos que promueven el bienestar bio-psico-social. Este enfoque terapéutico, basado en la relación informada y consentida, permite trabajar áreas como el desarrollo creativo, la transformación personal y social y la elaboración de síntomas (6).

Es fundamental diferenciar la arteterapia de otras prácticas artísticas con fines recreativos o educativos, ya que la arteterapia clínica tiene un propósito terapéutico definido. En el caso de su uso en el deterioro cognitivo se busca generar impactos medibles en funciones cognitivas como la memoria, la atención y la percepción visoespacial (2).

Rol del arteterapeuta

El arteterapeuta es un profesional con formación específica que combina conocimientos en técnicas artísticas y psicoterapia para guiar a los pacientes en su proceso terapéutico. Su función principal es crear un entorno seguro, de confianza y respeto, en el que los participantes puedan expresarse libremente a través del arte explorando emociones, pensamientos y experiencias.

Con la adaptación a las necesidades individuales y al ritmo de cada persona, el arteterapeuta personaliza las actividades artísticas según sus capacidades y objetivos terapéuticos. Su enfoque favorece el desarrollo de la autoexpresión y la gestión emocional a través de diversos medios visuales y táctiles (4-6).

Formas de arteterapia

La arteterapia puede realizarse de manera grupal o individual, si se adecúa a las características y necesidades de cada paciente (7). Independientemente del enfoque utilizado, toda intervención en arteterapia debería basarse en ciertos principios terapéuticos esenciales que se consideran fundamentales para promover una práctica eficaz (2):

- Establecimiento de límites terapéuticos claros, incluyendo el inicio y el fin de la terapia, así como la frecuencia y duración de las sesiones.
- Presencia activa del terapeuta, con quien el paciente desarrolla una relación terapéutica adecuada que favorece el proceso de autoexploración y expresión artística.
- Uso terapéutico de materiales artísticos, adaptados a las necesidades individuales y objetivos del paciente.
- Ajuste de la intervención al contexto cultural y clínico para asegurar que la terapia responda a las particularidades de cada persona y su entorno.

Dado que la arteterapia abarca una amplia diversidad de pacientes y diagnósticos, se considera una intervención flexible y personalizada. Su complejidad radica en la combinación de múltiples componentes terapéuticos interrelacionados, la diversidad de respuestas y adaptaciones y la necesidad de ajustar el enfoque según el contexto en lugar de seguir protocolos rígidos (2).

Los arteterapeutas trabajan con personas de todas las edades y procedencias, tanto de forma individual como con parejas, familias y grupos, en diversos entornos como escuelas, hospitales, centros de rehabilitación, instituciones correccionales y centros para personas mayores (5).

Dentro del campo de la intervención en arteterapia, existen principalmente dos enfoques metodológicos:

- En el **enfoque estructurado**, los facilitadores deciden previamente un tema, los materiales a utilizar y el desarrollo de la sesión. Este tipo de intervención se considera más adecuado para personas con demencia avanzada, problemas de movilidad u otras dificultades significativas (8).
- En contraste, el **enfoque no estructurado** permite que los propios pacientes seleccionen los materiales, temas y herramientas, lo que promueve la autonomía y la expresión personal. Esta modalidad se plantea como particularmente útil en personas con demencia leve o moderada (8).

La arteterapia puede implementarse a través de distintos tipos de disciplinas artísticas como la música, la danza, el teatro o las artes plásticas (1). En el presente informe, el análisis se centrará exclusivamente en las modalidades de arteterapia vinculadas a las artes plásticas. Estas incluyen disciplinas como la pintura, el dibujo, la escultura, el grabado, la cerámica, la orfebrería y la artesanía. Todas ellas implican la transformación de materiales mediante técnicas variadas que permiten expresar tanto la imaginación como la percepción de la realidad (9).

En general, durante las sesiones, el paciente puede crear arte y verbalizar su proceso simultáneamente o en silencio, según prefiera. Puede elegir los materiales que mejor se adapten a sus necesidades, como pintura, pastel, arcilla o collage. El arteterapeuta puede acompañarlo en la creación artística o simplemente observar y brindar apoyo. A lo largo del proceso, arteterapeuta y paciente trabajan juntos para interpretar los pensamientos, emociones y experiencias que emergen al realizar y observar el arte (3).

1.2. Descripción de las indicaciones clínicas

El uso de dibujos y pinturas ha sido históricamente reconocido por su valor terapéutico potencial, especialmente en el ámbito de las especialidades psiquiátricas y psicológicas. Asimismo, distintas disciplinas médicas y neurológicas han señalado su aplicación como una práctica que podría aportar beneficios en diversos contextos clínicos (10).

Las terapias basadas en las artes continúan siendo exploradas por su potencial terapéutico en áreas como las adicciones, los trastornos del desarrollo (incluyendo el trastorno por déficit de atención (TDA) o el trastorno del espectro autista), condiciones de salud física, la depresión, la ansiedad, el duelo, el trauma como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), lesiones cerebrales adquiridas y problemas geriátricos (5).

Particularmente, la arteterapia se ha planteado como una posible intervención efectiva para el manejo de la demencia. Su implementación parece estar asociada a una ralentización del deterioro cognitivo, a la atención de síntomas relacionados con comportamientos psicosocialmente desafiantes, por lo que podría contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes (6, 10).

Además, podría ofrecer beneficios particulares para personas con dificultades para expresar verbalmente sus conflictos y emociones debido a circunstancias personales o enfermedades. Este enfoque terapéutico ha sido aplicado en distintos grupos de edad, siempre que exista disposición para iniciar un proceso psicoterapéutico sustentado en una expresión artística (6).

Deterioro cognitivo leve

El concepto de deterioro cognitivo leve (DCL) ha ganado relevancia en la investigación y diagnóstico de trastornos cognitivos, aunque su denominación varía según las clasificaciones médicas. En términos generales, el DCL se define como un estado intermedio entre el envejecimiento normal y las fases iniciales de una demencia. Se caracteriza por un deterioro cognitivo objetivamente medible, superior al esperado para la edad, en una persona que mantiene su funcionalidad cotidiana y no presenta criterios de demencia (11).

El término fue propuesto por el neurólogo Ronald C. Petersen, referente internacional en el estudio de los trastornos de la memoria y las demencias. En 2004, el Grupo Internacional de Trabajo en DCL, junto con Petersen, amplió la definición inicial de DCL e identificó cuatro subtipos principales, diferenciados según la presencia o ausencia de alteración de la memoria y la afectación de uno o varios dominios cognitivos (11, 12):

1. **DCL amnésico de dominio único:** solo se encuentra afectada la memoria, mientras que los demás dominios cognitivos, como el lenguaje, la atención o las habilidades visoespaciales, permanecen intactos.

2. **DCL amnésico con afectación en múltiples dominios:** además de la memoria, están afectados uno o más dominios cognitivos adicionales, como el lenguaje, la función ejecutiva o las habilidades visoespaciales.
3. **DCL no amnésico de dominio único:** la memoria está preservada, pero hay algún dominio cognitivo afectado, como el lenguaje o la atención.
4. **DCL no amnésico con afectación de dominios múltiples:** aunque la memoria está preservada, más de un dominio cognitivo se encuentra afectado e indica dificultades más amplias en áreas como la atención, el lenguaje o las habilidades visoespaciales.

Este sistema de clasificación permite a los clínicos delimitar con mayor precisión las características del DCL en cada caso y diseñar intervenciones personalizadas que respondan a las necesidades específicas de cada paciente (11).

En cuanto a su frecuencia, entre los adultos de 50 años o más que viven en la comunidad, la prevalencia del DCL se estima en torno al 16 %. Dada su creciente incidencia a nivel mundial, la necesidad de identificar intervenciones adecuadas y basadas en evidencia se ha convertido en una prioridad urgente de salud pública (13).

En 2013, la Asociación Psiquiátrica Americana, en la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), introdujo el diagnóstico de *Mild Neurocognitive Disorder* (trastorno neurocognitivo leve), equivalente al DCL (14). Este trastorno representa un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y las fases iniciales de la demencia y se caracteriza por un declive cognitivo modesto en uno o más dominios como la memoria, la atención, la función ejecutiva, el lenguaje, la percepción visuoespacial y la cognición social (14).

Para diagnosticar el DCL según el DSM-5, deben cumplirse los siguientes criterios (14):

1. Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más dominios cognitivos.
2. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive en las funciones cognitivas.
3. Los déficits cognitivos no son suficientes para interferir con la independencia en actividades diarias.
4. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un *delirium*.
5. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales.

El DCL se considera un estado que puede evolucionar hacia la demencia o permanecer estable. Estudios de seguimiento han demostrado que mientras algunas personas progresan hacia la enfermedad de Alzheimer u otros tipos de demencia, otras permanecen estables o incluso presentan mejoras (12).

1.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia

Actualmente, no existe un tratamiento farmacológico recomendado que haya demostrado eficacia concluyente para revertir o detener el DCL. Por este motivo, el abordaje clínico se orienta principalmente hacia la gestión de factores de riesgo modificables y el uso de intervenciones no farmacológicas que puedan ralentizar el avance del deterioro y mejorar la calidad de vida del paciente (15).

Modificación de factores de riesgo vascular

La modificación de los factores de riesgo vascular es un aspecto importante en el manejo del DCL. Se recomienda evaluar y tratar factores como la hipertensión, ya que esta medida podría reducir el riesgo de deterioro cognitivo (16). Aunque los ensayos clínicos aleatorios sobre su impacto en el DCL son limitados, el control de la hipertensión ha demostrado reducir la incidencia de demencia, especialmente en la mediana edad (17).

Además, intervenciones como el uso de antiagregantes plaquetarios, estatinas, control de diabetes y cesación del hábito tabáquico, si bien cuentan con evidencia limitada, pueden contribuir a una mejor salud general y se recomiendan como parte de un enfoque integral (17).

Tratamientos farmacológicos

- **Inhibidores de la acetilcolinesterasa:** ensayos clínicos aleatorios (ECA) han demostrado que medicamentos como el donepezilo, la galantamina y la rivastigmina no producen mejoras significativas en las pruebas cognitivas ni reducen la progresión a demencia en un seguimiento de tres años (15).
- **Otros agentes:** se ha investigado el uso de antiinflamatorios, extractos de ginkgo biloba, fosfolípidos y suplementos nutricionales como posibles tratamientos para el DCL. Sin embargo, la evidencia disponible no respalda beneficios significativos en estos enfoques terapéuticos, lo que limita su recomendación en la práctica clínica (12).

Tratamientos no farmacológicos

En cambio, las intervenciones no farmacológicas, como el entrenamiento cognitivo estructurado y la actividad física regular, han mostrado resultados preliminares prometedores en el tratamiento del DCL. Algunos estudios han documentado mejoras en funciones específicas como la memoria y la atención, así como en el rendimiento cognitivo global, aunque estas investigaciones suelen tener tamaños muestrales reducidos.

En particular, el ejercicio aeróbico parece tener un efecto positivo, pues ayuda a mitigar el deterioro cognitivo. La guía sobre el DCL de la Academia Americana de Neurología (AAN) recomienda la práctica de ejercicio regular (dos veces por semana) a las personas diagnosticadas de DCL, como parte del manejo global de la condición (18).

Sobre el entrenamiento cognitivo, la guía de la AAN sugiere que las intervenciones cognitivas pueden ser beneficiosas (18).

2. Alcance y objetivo

2.1. Alcance

Este informe tiene como propósito analizar la evidencia existente sobre la arteterapia como intervención no farmacológica en el manejo del DCL. La arteterapia será considerada en su modalidad de artes plásticas como la pintura, la escultura, el dibujo, el grabado, la cerámica, la orfebrería y la artesanía. No se abordarán otras modalidades terapéuticas basadas en otro tipo de arte, como la musicoterapia, danzaterapia o dramaterapia, ni su aplicación en trastornos o condiciones clínicas ajenas al DCL.

Este informe está dirigido a todos los agentes de interés como: administraciones públicas, profesionales, ciudadanía, medios de comunicación, colegios profesionales, movimientos asociativos, etc. Con ello se pretende informar a la ciudadanía y a todos los potenciales afectados sobre su verdadero valor terapéutico, así como sus potenciales efectos adversos y riesgos.

2.2. Objetivo

Evaluar la seguridad y eficacia de la arteterapia, modalidad artes plásticas (escultura, dibujo, grabado, cerámica, orfebrería y artesanía) en personas adultas con DCL, en comparación con alternativas no farmacológicas y cuidados estándar, mediante el análisis de desenlaces de cognición global y de dominios específicos (memoria, atención, lenguaje, función ejecutiva y percepción visoespacial).

3. Metodología

3.1. Pregunta de investigación en formato PICOD

Para dar respuesta a los objetivos planteados en el presente informe, se definió la siguiente pregunta de investigación o PICOD (*Patient-Intervention-Comparison-Outcomes-study Design*), detallada en la tabla 1.

Tabla 1. Pregunta de investigación en formato PICOD

Descripción	Alcance
Población	Pacientes adultos (≥ 18 años) de ambos sexos con deterioro cognitivo leve.
Intervención	Modalidades de arteterapia vinculadas a las artes plásticas: disciplinas como la pintura, la escultura, el dibujo, el grabado, la cerámica, la orfebrería y la artesanía. Las intervenciones pueden ser administradas de forma grupal o individual. Se excluye de la intervención mediante artes plásticas a la arquitectura.
Comparación	Cualquier alternativa no farmacológica (actividades de estimulación cognitiva que no impliquen artes plásticas, otros cuidados estándar no farmacológicos o no recibir tratamiento).
Resultados	Variables sobre la mejora de la función cognitiva que incluyen atención/orientación, memoria, fluidez, habilidades lingüísticas (contenido del habla y fluidez) y percepción visoespacial.
Diseño de estudios	Revisiones sistemáticas/metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados y controlados.

Fuente: elaboración propia.

3.2. Fuentes de información y estrategias de búsqueda

Para dar respuesta a la pregunta PICOD desarrollada anteriormente, se diseñó una estrategia de búsqueda específica en las principales bases de datos y repositorios de literatura científica. Las estrategias de búsqueda siguen las recomendaciones de la *Guía para la elaboración de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias* (19), como se especifica en el documento de uniformidad de contenidos desarrollado por el grupo elaborador de informes del plan de pseudoterapias. En este, se da prioridad a la metodología de búsqueda de revisiones sistemáticas (RS) y a su actualización con estudios primarios; en caso de no recuperar RS, se procederá a la identificación, valoración y síntesis de información de ECA.

Las principales bases de datos consultadas para la recuperación de RS y ECA se reflejan en la tabla 2.

Tabla 2. Bases de datos electrónicas consultadas

Tipos	Bases
Bases de datos especializadas en revisiones sistemáticas e informes de evaluación	<ul style="list-style-type: none">• Cochrane library• Inahta• Prospero
Bases de datos generales	<ul style="list-style-type: none">• Medline (Ovid)• Embase (Ovid)• Psychinfo• Web Science
ECA	<ul style="list-style-type: none">• ClinicalTrials.Gov

Fuente: elaboración propia.

En la estrategia de búsqueda se emplearon diversos descriptores y términos libres, entre los que se incluyen: *Art therapy, Sculpture, Paint, Plastic arts, Ceramics* y términos afines. No se centró específicamente en el DCL, debido a la posible pérdida de resultados relevantes, como se evidencia en las estrategias implementadas. No así en la base de datos de ensayos clínicos, <https://clinicaltrials.gov>, en la que sí se combinaron exclusivamente los términos arteterapia y deterioro cognitivo leve por la gran cantidad de resultados que arrojaba la base de datos sin este último término, lo que hizo necesario realizar varias búsquedas, filtrar y centrar por el tema principal. Asimismo, se excluyeron resultados relacionados con dientes, periodoncia o dentistas, dado el elevado ruido que generaban en la búsqueda. La búsqueda en las bases de datos generales se ha realizado en los campos título, resumen, palabras clave y descriptores.

En el anexo A se pueden consultar las estrategias completas empleadas en las principales bases de datos. En el resto de las bases de datos, al no poseer una estructura perfectamente definida para la búsqueda se han ido alternando y combinando términos de búsqueda para lograr una mayor eficacia, como se ha comentado con anterioridad.

La búsqueda sistemática se realizó en febrero de 2025, con limitación a los últimos 10 años. Para garantizar la exhaustividad, se llevó a cabo, de forma parametrizada y automatizada en cada base de datos, una actualización mensual de la misma hasta finales de agosto del mismo año, fecha en la que se finalizó el informe, con el fin de incorporar toda la evidencia publicada hasta la fecha de la edición del documento.

Finalmente, se realizó una revisión manual de las referencias bibliográficas de los estudios seleccionados con la finalidad de recuperar aquellos estudios no localizados en las búsquedas automatizadas, así como en páginas web oficiales de organizaciones y/o sociedades científicas nacionales e internacionales para recuperar información relevante sobre el tema.

3.3. Selección de estudios

La selección de estudios se llevó a cabo en la plataforma Covidence Covidence - Better systematic review management, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos en la pregunta de investigación PICOD.

En la primera fase del cribado, los estudios identificados en la búsqueda bibliográfica fueron evaluados a partir de su título y resumen. Aquellos estudios que cumplían con los criterios de inclusión fueron seleccionados para su posterior lectura y análisis a texto completo.

El proceso de selección de estudios se llevó a cabo de manera independiente y ciega por dos investigadoras. En los casos donde surgieron discrepancias entre las revisoras, estas fueron debatidas y resueltas mediante discusión y consenso o mediante la consulta a una tercera investigadora.

3.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia

La extracción y síntesis de información relevante de los estudios incluidos, se realizó por pares, siguiendo una metodología sistemática.

Para este proceso, fueron utilizadas fichas de lectura crítica FLC 3.0, desarrolladas por Odei, S. A., para Osteba. Estas fichas permitieron confeccionar las tablas de evidencia presentadas en el anexo B, en las que se resumen las principales características y resultados de cada estudio e incluyen: tipo de estudio, autores, tamaño muestral, objetivos, resultados, conclusiones, etc. (20). Finalmente, los resultados se sintetizaron de forma cualitativa.

3.5. Valoración de la calidad de los estudios

La evaluación del riesgo de sesgo se llevó a cabo siguiendo la recomendación de la *Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias*, desarrollado dentro de la línea de trabajos metodológicos de la RedETS (Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud) (19).

Dado que este informe incluye exclusivamente ECA, se empleó la herramienta de la Colaboración Cochrane (RoB 2) para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos (21).

En el anexo C se muestra el análisis completo de las valoraciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios. La evaluación se llevó a cabo por pares, de forma estructurada, independiente y ciega y se resolvieron las posibles discrepancias mediante consenso.

4. Resultados

4.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica

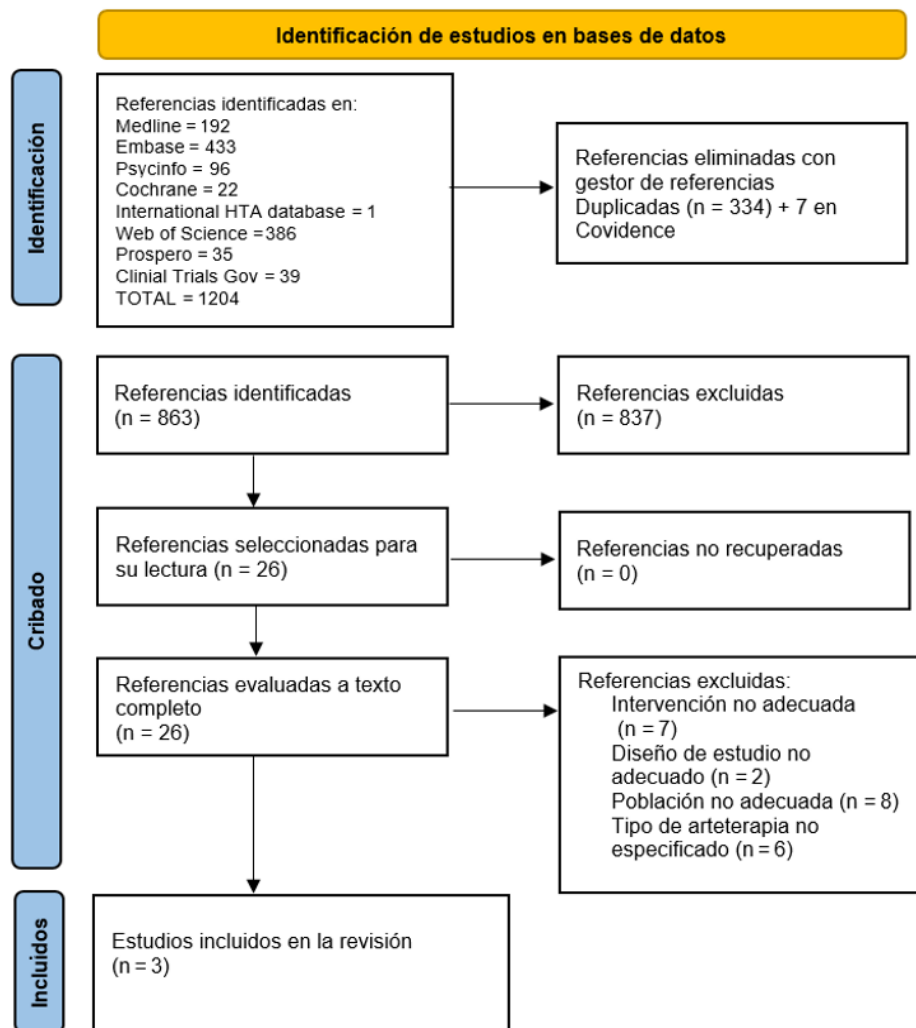
La estrategia de búsqueda identificó un total de 1165 referencias bibliográficas y 39 ensayos clínicos con 334 duplicados. Tras la eliminación de estos, se procedió a la lectura de 863 resúmenes de los que se seleccionaron 26 estudios para su lectura a texto completo.

No se localizaron RS, pero se identificaron tres ECA que cumplían con los criterios de inclusión/exclusión previamente definidos y que abordaban intervenciones de arteterapia o programas artísticos expresivos en población con deterioro cognitivo leve.

Los estudios excluidos y sus motivos de exclusión pueden consultarse en el anexo D.

Los resultados de la búsqueda bibliográfica descritos se reflejan en el diagrama de flujo (figura 1), elaborado conforme al formato PRISMA.

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios



Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

4.2. Características de los estudios incluidos

La evidencia científica disponible proviene de tres ECA (22-24), los cuales evaluaron el uso de intervenciones de arteterapia en adultos mayores con DCL. Las tablas de evidencia, en las que se recogen las principales características y resultados de los estudios incluidos en este informe, se muestran en el anexo B.

Si bien todas las intervenciones se agrupan bajo el término general de arteterapia, los estudios emplearon enfoques diferentes en cuanto a su formato, estructura y componentes. A continuación se resumen las características específicas de cada una de las intervenciones implementadas (tabla 3):

Tabla 3. Descripción de las intervenciones clasificadas como arteterapia

Estudio	Intervención estudiada
Mahendran 2018 (22)	Arteterapia: sesiones grupales de creación artística combinadas con visitas programadas a museos y galerías de arte. La intervención tuvo una duración total de nueve meses e incluyó una fase inicial de 12 semanas con dos sesiones semanales de 45 minutos cada una, que incluían 5 minutos de relajación consciente al inicio y un descanso intermedio. Además, se realizaron visitas guiadas mensuales a museos o galerías durante toda la intervención. Las visitas se realizaron en dos sedes distintas, la Galería Nacional de Arte y el Museo de Arte de la Universidad Nacional de Singapur. Posteriormente, la fase de mantenimiento se extendió por seis meses, con sesiones quincenales que alternaban una sesión mensual de creación artística y una visita mensual a espacios culturales.
Lin 2022 (23)	Programa de artes creativas expresivas narrativas (CrEAS): sesiones grupales presenciales realizadas una vez por semana durante 24 semanas. Cada sesión consistió en una introducción breve, seguida de 45-50 minutos de creación artística guiada y 30 minutos de intercambio de historias personales para estimular funciones cognitivas y emocionales a través de la creatividad y la interacción social.
Luo 2022 (24)	Programa remoto de artes expresivas (rEAP): sesiones en línea de 60 minutos, dos veces por semana durante 12 semanas, que incluyeron actividades de creación artística (como pintura) y narración de experiencias personales. La intervención se realizó a través de la plataforma digital WeChat, lo que facilitaba el acceso desde el hogar y permitía un seguimiento constante.

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos.

Los tres estudios incluyeron un total de 252 participantes: 44 en el estudio de Mahendran *et al.* (22), 135 en el de Lin *et al.* (23) y 73 en el de Luo *et al.* (24). La media de edad osciló entre los 67 y 72 años y predominaba el sexo femenino (Mahendran 82 %, Lin 56-67 % según brazo y Luo 57-74 %).

Todos los participantes cumplían criterios internacionales de DCL (Petersen o DSM-5), de acuerdo con criterios internacionales estandarizados, y fueron reclutados en centros especializados tanto hospitalarios como comunitarios en Singapur (22) y China (23, 24). La duración del seguimiento osciló entre las 12 semanas (\approx 3 meses) en el estudio de Luo *et al.* (24) hasta las 48 semanas (\approx 11 meses) en el estudio de Lin *et al.* (23).

Las evaluaciones realizadas abarcaron variables sociodemográficas, clínicas y neuropsicológicas. Para ello se emplearon pruebas estandarizadas que permitieron explorar distintas funciones cognitivas.

En este contexto, la cognición global se valoró con el mini examen del estado mental (MMSE) y la evaluación cognitiva de Montreal (MoCA). La memoria verbal se analizó mediante el test de aprendizaje auditivo-verbal de Rey (RAVLT) y el de aprendizaje auditivo-verbal (AVLT), mientras que la percepción visoespacial se examinó con la subprueba de diseño de bloques de la WAIS-III y la figura compleja de Rey-Osterrieth (ROCFT). La atención y la velocidad de procesamiento se midieron con el test de símbolos y dígitos (SDMT), la función ejecutiva se evaluó con la prueba de trazado de figuras (STT)

y, finalmente, el lenguaje y la fluidez verbal se exploraron mediante la prueba de fluidez verbal (VFT) y el test de denominación de Boston (BNT)(22-24).

Además, se emplearon instrumentos específicos adaptados a población geriátrica para evaluar el estado emocional y la calidad de vida (22, 23). De forma complementaria, el estudio de Luo *et al.* (24) incorporó técnicas de neuroimagen funcional con el objetivo de examinar los efectos de la intervención sobre la conectividad cerebral.

En todos los ensayos, las intervenciones fueron comparadas con grupos control, ya fueran controles pasivos (sin intervención o actividades habituales) (22, 23), ya controles activos (educación en salud o actividades cognitivas estructuradas, como resolución grupal de rompecabezas) (23, 24).

En términos de comparabilidad basal, los grupos de intervención y control mostraron características similares en edad, sexo y nivel educativo, sin diferencias estadísticamente significativas que pudieran influir globalmente en los resultados. Asimismo, las puntuaciones iniciales en pruebas cognitivas clave, como el MoCA y el MMSE, fueron comparables entre grupos, lo que permitiría atribuir las diferencias observadas a las intervenciones de arteterapia. Sin embargo, en el estudio de Luo *et al.* (24) el grupo control mostró un mejor rendimiento inicial en funciones ejecutivas y de atención, circunstancia que constituye una limitación que hay que tener en cuenta al interpretar los efectos de la intervención. La tabla 4 recoge las principales características generales de los estudios incluidos.

Tabla 4. Características generales de los estudios incluidos sobre arteterapia

Estudio	Diseño	Intervención	Comparador	Características de los pacientes	Duración seguimiento	Riesgo de sesgo*
Mahendran <i>et al.</i> 2018 (22), Singapur	ECA unicéntrico	Arteterapia	Sin intervención	GI: N = 22 Edad: 71,1 (4,8) años Mujeres: 18 (81,8 %) GC: N = 22 Edad: 70,6 (5,8) años Mujeres: 18 (81,8 %)	9 meses (≈ 39 semanas)	Alto
Lin <i>et al.</i> 2022 (23), China	ECA unicéntrico	CrEAS	A-Control: rompecabezas grupales W-Control: sin intervención	GI: N = 45 Edad: 70,98 ± 6,45 años Mujeres: 30 (35,71 %) A-Control: N = 45 Edad: 72,58 años Mujeres: 29 (34,52 %) W-Control: N = 45 Edad: 69,22 ± 6,91 años Mujeres: 25 (29,76 %)	24 y 48 semanas	Moderado
Luo <i>et al.</i> 2022 (24), China	ECA unicéntrico	rEAP	Educación en salud	GI: N = 38 Edad: 71,5 (66,0-75,0) años Mujeres: 28 (74 %) GC: N = 35 Edad: 71 (65,0-75,0) años Mujeres: 20 (57 %)	12 semanas	Moderado

Notas: *Herramienta RoB 2 de riesgo de sesgo de ECA.

Abreviaturas: ECA: ensayo clínico aleatorizado; GI: grupo intervención; GC: grupo control; CrEAS: arteterapia expresiva creativa y narrativa; rEAP: programa de arteterapia remota; A-Control: grupo control activo; W-control: grupo control pasivo.

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos.

4.3. Calidad metodológica de los estudios incluidos

Los tres ECA incluidos fueron evaluados mediante la herramienta RoB 2 de Cochrane, que analiza el riesgo de sesgo en cinco dominios principales. En la valoración global, dos estudios (23, 24) presentaron un riesgo de sesgo moderado, mientras que el estudio de Mahendran *et al.* (22) fue clasificado con riesgo de sesgo alto.

El dominio con mayor riesgo de sesgo fue el relacionado con la valoración de selección de los resultados reportados, especialmente en el estudio de Mahendran *et al.* (22), en el que no se informaron todos los dominios evaluados, lo que genera incertidumbre respecto a la transparencia del análisis. Asimismo, el dominio de pérdida de datos de resultado representó una limitación en los tres estudios, aunque con mayor impacto en Lin *et al.* (23), en el que se registró una tasa de pérdidas cercana hasta la semana 48 de aproximadamente 16 % en el grupo CrEAS, 31 % en el grupo A-Control y 40 % en el grupo W-Control, y en Mahendran *et al.* (22), con 3 pérdidas en el grupo de arteterapia (14 %) y 4 en el grupo control (18 %).

Por el contrario, el riesgo de sesgo fue bajo en el dominio de medición de los desenlaces, ya que los tres estudios utilizaron instrumentos neuropsicológicos validados y aplicaron evaluaciones que fueron ocultas al personal investigador, lo que reduce la posibilidad de sesgo de observación. No obstante, la utilización de múltiples escalas diferentes en cada estudio podría introducir cierta variabilidad y sesgo en la medición de los resultados. En cuanto al proceso de aleatorización y a las desviaciones de las intervenciones previstas, los estudios aplicaron procedimientos metodológicamente adecuados, aunque el diseño abierto de las intervenciones (característico en este tipo de estudios no farmacológicos) impidió el cegamiento de participantes y terapeutas.

En el anexo C se presenta el análisis detallado de cada uno de los dominios evaluados, con sus respectivas preguntas y justificaciones, según la herramienta RoB 2 (21).

La figura 2 muestra la valoración de riesgo de sesgo por dominios en cada estudio y la figura 3 el resumen acumulado.

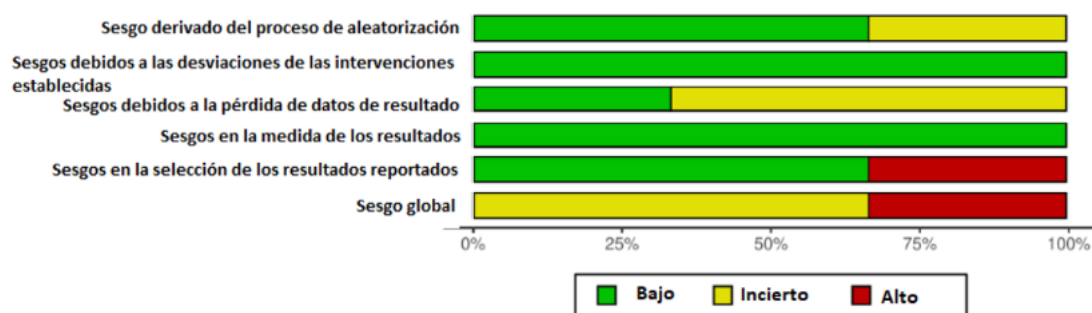
Figura 2. Gráfico del riesgo de sesgo por dominio de estudios aleatorizados mediante herramienta RoB 2

Estudios	Riesgo de sesgo					Overall
	D1	D2	D3	D4	D5	
Mahendran 2018						
Lin 2022						
Luo 2022						

<p>Dominios</p> <p>D1: Sesgos derivados del proceso de aleatorización.</p> <p>D2: Sesgos debidos a las desviaciones en las intervenciones establecidas.</p> <p>D3: Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado.</p> <p>D4: Sesgos en la medida de los resultados.</p> <p>D5: Sesgos en la selección de los estudios reportados.</p>	<p>JUICIO</p> <p> Alto</p> <p> Incierto</p> <p> Bajo</p>
--	---

La primera figura muestra el resumen de juicio de riesgo y la segunda figura muestra el gráfico de juicio de riesgo de sesgo.

Figura 3. Gráfico del riesgo de sesgo acumulado de los estudios incluidos



Fuente: elaboración propia mediante el empleo de la herramienta gráfica "robvis" (25) <https://www.riskofbias.info/welcome/robvis-visualization-tool>

4.4. Descripción y análisis de resultados

4.4.1. Seguridad

Solo el estudio de Lin *et al.* (23) informó de forma explícita que “ninguno de los participantes presentó reacciones adversas durante la intervención” (23). Los estudios de Luo *et al.* (24) y Mahendran *et al.* (22) no ofrecieron datos sobre eventos adversos o complicaciones asociadas, por lo que no es posible determinar si ocurrieron efectos negativos durante el seguimiento de los participantes.

4.4.2. Eficacia

Los tres estudios incluidos en este informe (22-24) evaluaron la eficacia de diferentes modalidades de arteterapia en personas mayores con diagnóstico de DCL, mediante la aplicación de pruebas neuropsicológicas estandarizadas.

La eficacia se valoró a través de diversas variables cognitivas, emocionales, funcionales y biológicas, dependiendo de los objetivos y metodología de cada estudio. Para facilitar un análisis estructurado, estas variables se agrupan por dominio funcional, lo que permite examinar sus efectos en cada ámbito. En la tabla 5 se resumen las variables de evaluación empleadas en cada estudio, organizadas por dominio funcional.

Tabla 5. Variables de evaluación por dominio funcional y por estudio

Dominio funcional	Mahendran <i>et al.</i> , 2018 (22)	Lin <i>et al.</i> , 2022 (23)	Luo <i>et al.</i> , 2022 (24)
Cognición global	-	MoCA MMSE	MoCA MMSE
Memoria verbal	RAVLT	AVLT	AVLT
Percepción visoespacial	WAIS-III bloques	ROCFT	-
Atención y procesamiento	WAIS-III dígitos	SDMT	SDMT
Función ejecutiva	CTT-2	STT-A STT-B	STT-A STT-B
Lenguaje y fluidez verbal	-	VFT BNT	VFT BNT

Abreviaturas: MoCA: evaluación cognitiva de Montreal; MMSE: mini examen del estado mental; AVLT: test de aprendizaje auditivo-verbal; RAVLT: test de aprendizaje auditivo-verbal de Rey; VFT: prueba de fluidez verbal; BNT: test de denominación de Boston; STT: prueba de trazado de figuras; CTT: prueba de trazado por colores; SDMT: test de símbolos y dígitos; WAIS-III: escala de inteligencia de Wechsler para adultos - III; ROCFT: test de la figura compleja de Rey-Osterrieth.

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos.

4.4.3. Cognición global

La cognición global fue evaluada en dos de los tres estudios incluidos (23, 24), mediante el mini examen del estado mental (MMSE) y la evaluación cognitiva de Montreal (MoCA), ambos ampliamente utilizados en el cribado del deterioro cognitivo.

El MMSE, desarrollado por Folstein *et al.* (26), es una prueba breve compuesta por 30 ítems que explora funciones como orientación temporal y espacial, atención, memoria, lenguaje y habilidades visuoespaciales. En los ensayos de Lin *et al.* (27) y Luo *et al.* (24), esta prueba se aplicó junto con la MoCA con el objetivo de mejorar la sensibilidad diagnóstica.

Por su parte, MoCA, diseñada por Nasreddine *et al.* (28), es una herramienta más sensible para detectar alteraciones cognitivas leves. Evalúa una gama más amplia de dominios e incluye funciones ejecutivas, memoria diferida, atención, lenguaje, habilidades visoespaciales y orientación. Su puntuación total oscila entre 0 y 30 puntos y se considera que valores inferiores a 26 pueden reflejar la presencia de DCL. En los estudios realizados en China se utilizaron versiones chinas validadas del MoCA (27).

En el estudio de Lin *et al.* (23), se compararon las puntuaciones de MMSE con las de MoCA entre el grupo de intervención (CrEAS) y dos comparadores: un grupo pasivo (W-Control), sin intervención, y otro grupo activo (A-Control), que realizó actividades grupales basadas en rompecabezas.

Se observaron mejoras estadísticamente significativas en el grupo de intervención (CrEAS) en comparación con el grupo de control pasivo (W-Control) tanto en las puntuaciones de MMSE como en las de MoCA, a las 24 y 48 semanas de seguimiento ($p < 0,001$ y $p = 0,013$, respectivamente). En cambio, las diferencias frente al grupo control activo (A-control) fueron más limitadas y alcanzaron significación únicamente en MMSE a las 24 semanas ($p = 0,038$), mientras que en MoCA no mostró diferencias significativas en ningún momento.

En el estudio de Luo *et al.* (24), que evaluó un programa remoto de arteterapia (rEAP), se compararon las puntuaciones pre y postintervención entre el grupo rEAP y un control activo (educación en salud).

Tras 12 semanas de seguimiento, el grupo rEAP mostró una mejora superior en ambas pruebas cognitivas en comparación con el grupo control. Inicialmente, estas diferencias fueron estadísticamente significativas (MMSE: $p = 0,035$; MoCA: $p = 0,012$). No obstante, tras aplicar la corrección por comparaciones múltiples mediante la tasa de descubrimientos falsos (FDR), ambas asociaciones dejaron de alcanzar significación estadística (MMSE: $p = 0,128$; MoCA: $p = 0,066$).

Los resultados detallados de cada estudio se presentan en la tabla 6, en la que se muestran las diferencias en puntuaciones entre los grupos de intervención y control en distintos momentos de seguimiento:

Tabla 6. Resultados sobre cognición global

Estudio	Variable	Comparación	Tiempo	Diferencia media ajustada (IC 95 %)	Media ± DE	Valor p
Lin <i>et al.</i> (23)	MMSE	CrEAS vs. A-control	24 sem.	-0,905 (-1,748 a -0,062)	n. a.	0,038
		CrEAS vs. W-control	24 sem.	-1,862 (-2,726 a -0,998)	n. a.	< 0,001
		CrEAS vs. A-control	48 sem.	-1,033 (-2,105 a 0,039)	n. a.	0,061
		CrEAS vs. W-control	48 sem.	-1,743 (-2,858 a -0,629)	n. a.	0,003
	MoCA	CrEAS vs. A-control	24 sem.	-0,764 (-1,854 a 0,326)	n. a.	0,172
		CrEAS vs. W-control	24 sem.	-2,190 (-3,305 a -1,075)	n. a.	< 0,001
		CrEAS vs. A-control	48 sem.	-0,218 (-1,554 a 1,118)	n. a.	0,750
		CrEAS vs. W-control	48 sem.	-1,779 (-3,168 a -0,389)	n. a.	0,013
Luo <i>et al.</i> (24)	MMSE	rEAP vs. control	Pre vs. post intervención (12 sem.)	n. a.	rEAP pre-post: 26,8 (1,9) → 27,9 (1,8) Control pre-post: 26,7 (1,8) → 26,7 (2,5)	0,035 → 0,128*
	MoCA	rEAP vs. control	Pre vs. post intervención (12 sem.)	n. a.	rEAP pre-post: 22,6 (2,9) → 24,8 (2,7) Control pre-post: 21,6 (3) → 22,9 (2,7)	0,012 → 0,066*

Notas: *p corregido por comparaciones múltiples mediante la tasa de descubrimientos falsos (FDR, por sus siglas en inglés). Este ajuste reduce el riesgo de obtener resultados significativos por azar al realizar múltiples pruebas estadísticas.

Abreviaturas: MMSE: mini examen del estado mental; MoCA: evaluación cognitiva de Montreal; CrEAS: arteterapia narrativa; rEAP: programa de arteterapia remota; IC: intervalo de confianza; DE: desviación estándar; FDR: corrección por tasa de descubrimientos falsos (*False Discovery Rate*); sem.: semanas; n. a.: no aplica; A-control: grupo control activo-con intervención rompecabezas; W-control: grupo control pasivo-sin intervención.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Lin *et al.* (23) y Luo *et al.* (24).

4.4.4. Memoria verbal

La memoria verbal fue evaluada en los tres estudios incluidos (22-24) mediante pruebas estandarizadas de aprendizaje verbal, aunque con instrumentos distintos según el estudio.

En el estudio de Mahendran *et al.* (22), se utilizó el test de aprendizaje verbal-auditivo de Rey (RAVLT), diseñado para valorar el aprendizaje verbal declarativo, la capacidad de retención y el reconocimiento. Esta prueba consiste en la presentación repetida de una lista de 15 palabras no relacionadas, seguida de una lista de interferencia, tareas de recuerdo inmediato y diferido y una prueba de reconocimiento con distractores semánticos y fonológicos (29). Los resultados se reportaron mediante puntuaciones tipificadas (z-scores) para los dominios de aprendizaje, recuerdo diferido y reconocimiento, además de una media compuesta que integra el rendimiento global en memoria verbal (22).

En cambio, en los estudios de Lin *et al.* (27) y Luo *et al.* (24), se aplicó una versión adaptada del test de aprendizaje auditivo-verbal (AVLT), desarrollado a partir de principios de tests aplicados en California y Hong Kong. Esta prueba presenta una lista de 12 palabras de dos caracteres, organizadas en tres categorías semánticas (flores, ocupaciones y vestimenta), lo que permite explorar tanto el aprendizaje como la organización semántica del material verbal. Se analizan tres indicadores principales: el recuerdo inmediato, el recuerdo diferido tras un intervalo de 20 minutos durante el cual se realiza una tarea no verbal y el reconocimiento. Se evalúa mediante una lista compuesta por 12 palabras objetivo y 12 distractores semánticos (27).

Según los autores, estos protocolos justificaron la elección de estos instrumentos por su alta sensibilidad para detectar déficits de memoria en DCL y su idoneidad para monitorizar cambios longitudinales. El RAVLT es una de las pruebas de referencia más

empleada internacionalmente, mientras que el AVLT ha sido culturalmente adaptado y validado en población china, lo que garantizan su pertinencia en los ensayos de Lin *et al.* (23) y Luo *et al.* (24).

Memoria verbal a corto plazo (aprendizaje inmediato)

El aprendizaje verbal inmediato fue evaluado en los tres ensayos (22-24). Aunque se emplearon pruebas diferentes, RAVLT en Mahendran *et al.* (22) y AVLT en Lin *et al.* (23) y Luo *et al.* (24), todas permiten cuantificar la capacidad inicial de codificación y retención de nueva información verbal.

En Mahendran *et al.* (22), el grupo intervención mostró puntuaciones superiores en aprendizaje verbal a los 3 y 9 meses respecto al grupo control, con valores de p cercanos al umbral de significación ($p = 0,042$ y $p = 0,043$).

En el estudio de Luo *et al.* (24) se observaron mejoras en el grupo de arteterapia remota (20,1 vs. 17,8), pero tras aplicar la corrección por comparaciones múltiples mediante el método de control de la tasa de descubrimientos falsos (FDR), las diferencias dejaron de alcanzar significación estadística (p corregido = 0,384).

Finalmente, en Lin *et al.* (2022), el grupo CrEAS presentó diferencias estadísticamente significativas en comparación con ambos grupos control a las 48 semanas ($p = 0,014$ y $p = 0,002$), y desde la semana 24 frente al grupo control pasivo (W-Control) ($p = 0,009$).

Los resultados detallados sobre memoria verbal a corto plazo se presentan en la tabla 7.

Tabla 7. Resultados sobre memoria verbal a corto plazo

Estudio	Variable	Tiempo	Grupo intervención (media ± DE)	Grupo control (media ± DE)	Diferencia (IC 95 %)	Valor p
Mahendran <i>et al.</i> (22)	RAVLT: aprendizaje (z-score)	3 meses (≈ 12 sem.)	1,01 (0,19)	0,47 (0,19)	0,54 (0,021 a 1,063)	0,042
		9 meses (≈ 39 sem.)	1,07 (0,17)	0,60 (0,16)	0,47 (0,015 a 0,928)	0,043
Luo <i>et al.</i> (24)	AVLT: memoria inmediata	Pre vs. post intervención (12 sem.)	rEAP pre-post: 17,8 (5,6) → 20,1 (6,5)	Control pre-post: 14,9 (4,9) → 16,8 (4,7)	n. a.	0,314 → 0,384*
Lin <i>et al.</i> (23)	AVLT: recuerdo inmediato	24 sem.	CrEAS vs. A-control		-2,026 (-4,162 a 0,111)	0,066
		24 sem.	CrEAS vs. W-control		-2,942 (-5,118 a -0,766)	0,009
		48 sem.	CrEAS vs. A-control		-2,941 (-5,262 a -0,620)	0,014
		48 sem.	CrEAS vs. W-control		-3,835 (-6,247 a -1,423)	0,002

Notas: * p corregido por comparaciones múltiples mediante la tasa de descubrimientos falsos (FDR, por sus siglas en inglés). Este ajuste reduce el riesgo de obtener resultados significativos por azar al realizar múltiples pruebas estadísticas.

Abreviaturas: AVLT: test de aprendizaje auditivo-verbal; RAVLT: test de aprendizaje auditivo-verbal de Rey; CrEAS: Programa de arteterapia expresiva narrativa; IC: intervalo de confianza; DE: desviación estándar; sem.: semanas; n. a.: no aplica; A-control: grupo control activo-con intervención rompecabezas; W-control: grupo control pasivo-sin intervención.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Lin *et al.* (23), Luo *et al.* (24) y Mahendran *et al.* (22).

Memoria verbal a largo plazo (recuerdo diferido)

El recuerdo diferido fue evaluado en los tres ensayos mediante RAVLT (22) o AVLT (23, 24). Esta medida explora la capacidad de consolidación y recuperación de la información

tras un intervalo de tiempo y es especialmente relevante en DCL por su sensibilidad para detectar fallos de memoria episódica.

Mahendran *et al.* (22) observaron que el grupo de intervención obtuvo puntuaciones superiores al grupo control tanto a los 3 como a los 9 meses, aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística.

En el estudio de Luo *et al.* (24), el grupo que recibió arteterapia remota (rEAP) mostró una mejora significativa en la memoria verbal a largo plazo tras doce semanas de intervención ($p = 0,044$). No obstante, al aplicar una corrección por comparaciones múltiples mediante el método de control de la tasa de descubrimientos falsos (FDR), el valor ajustado aumentó a 0,097, con lo que perdió la significación estadística convencional.

Por último, en el estudio de Lin *et al.* (23), no se observaron diferencias significativas en la memoria diferida entre el grupo CrEAS y los grupos control, ni a las 24 ni a las 48 semanas de seguimiento.

Los resultados detallados sobre memoria verbal a largo plazo se presentan en la tabla 8.

Tabla 8. Resultados sobre memoria verbal a largo plazo

Estudio	Variable	Tiempo	Grupo intervención (media ± DE)	Grupo control (media ± DE)	Diferencia (IC 95 %)	Valor p
Mahendran <i>et al.</i> (22)	RAVLT: recuerdo diferido (z-score)	3 meses (≈ 12 sem.)	0,31 (0,14)	0,08 (0,14)	0,24 (-0,151 a 0,624)	0,230
		9 meses (≈ 39 sem.)	0,41 (0,13)	0,27 (0,12)	0,14 (-0,216 a 0,487)	0,448
Luo <i>et al.</i> (24)	AVLT: memoria a largo plazo	Pre vs. post intervención (12 sem.)	rEAP pre-post: 4,7 (3) → 6,7 (3)	Control pre-post: 3,6 (2,7) → 4,8 (3)	n. a.	0,044 → 0,097*
Lin <i>et al.</i> (23)	AVLT: recuerdo diferido	24 sem.	CrEAS vs. A-control		-0,235 (-1,399 a 0,929)	0,693
		24 sem.	CrEAS vs. W-control		-1,105 (-2,296 a 0,086)	0,072
		48 sem.	CrEAS vs. A-control		-0,472 (-1,748 a 0,804)	0,470
		48 sem.	CrEAS vs. W-control		-1,229 (-2,557 a 0,099)	0,072

Notas: * p corregido por comparaciones múltiples mediante la tasa de descubrimientos falsos (FDR, por sus siglas en inglés). Este ajuste reduce el riesgo de obtener resultados significativos por azar al realizar múltiples pruebas estadísticas.

Abreviaturas: AVLT: test de aprendizaje auditivo-verbal; RAVLT: test de aprendizaje auditivo-verbal de Rey; CrEAS: Programa de arteterapia expresiva narrativa; IC: intervalo de confianza; sem.: semanas; n. a.: no aplica, A-control: grupo control activo-con intervención rompecabezas; W-control: grupo control pasivo-sin intervención.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Lin *et al.* (23), Luo *et al.* (24) y Mahendran *et al.* (22).

Memoria verbal: reconocimiento

El reconocimiento verbal es una medida de memoria que evalúa la capacidad para identificar correctamente palabras previamente presentadas, distinguiéndolas de distractores. En el estudio de Mahendran *et al.* (22), el grupo de intervención obtuvo puntuaciones superiores en reconocimiento verbal a los tres y nueve meses, aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística ($p = 0,134$ y $p = 0,262$, respectivamente).

Por otro lado, en Lin *et al.* (23), no se encontraron diferencias significativas entre el grupo CrEAS y los grupos control ni a las 24 ni a las 48 semanas. Sin embargo, a las 48

semanas se evidenció una mejora significativa en el grupo intervención frente al control pasivo (W-control), con una diferencia de $-2,978$ (IC 95 %: $-4,552$ a $-1,404$; $p < 0,001$).

Los resultados detallados sobre reconocimiento verbal se presentan en la tabla 9.

Tabla 9. Resultados sobre reconocimiento verbal

Estudio	Variable	Tiempo	Grupo intervención (media \pm DE)	Grupo control (media \pm DE)	Diferencia (IC 95 %)	Valor p
Mahendran <i>et al.</i> (22)	RAVLT: reconocimiento (z-score)	3 meses (\approx 12 sem.)	0,57 (0,22)	0,11 (0,22)	0,46 (-0,143 a 1,067)	0,134
		9 meses (\approx 39 sem.)	0,50 (0,21)	0,18 (0,20)	0,32 (-0,246 a 0,895)	0,262
Lin <i>et al.</i> (23)	AVLT: reconocimiento	24 sem.	CrEAS vs. A-control		-0,647 (-1,913 a 0,619)	0,319
		24 sem.	CrEAS vs. W-control		-1,119 (-2,413 a 0,174)	0,092
		48 sem.	CrEAS vs. A-control		-1,173 (-2,667 a 0,321)	0,127
		48 sem.	CrEAS vs. W-control		-2,978 (-4,552 a -1,404)	< 0,001

Abreviaturas: AVLT: test de aprendizaje auditivo-verbal; RAVLT: test de aprendizaje auditivo-verbal de Rey; CrEAS: Programa de arteterapia expresiva narrativa; IC: intervalo de confianza; sem.: semanas; n. a.: no aplica; A-control: grupo control activo-con intervención rompecabezas; W-control: grupo control pasivo-sin intervención.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Lin *et al.* (23) y Mahendran *et al.* (22).

Recuerdo verbal

El recuerdo verbal se evaluó únicamente en el estudio de Luo *et al.* (24) mediante el AVLT, concretamente en la fase de recuerdo diferido, que consiste en pedir a los participantes que repitan una lista de palabras 20 minutos después de haberla aprendido. Esta prueba permite medir la capacidad de recuperación espontánea de información tras un intervalo corto, un aspecto muy sensible para detectar alteraciones de la memoria episódica en el DCL.

Tras 12 semanas de arteterapia remota, se observó una ligera mejora en el grupo intervención, que pasó de una media de 21,4 a 22,2 puntos. Esta mejora fue mayor que la del grupo control, que aumentó de 20,5 a 20,7 puntos. Sin embargo, tras aplicar una corrección estadística por comparaciones múltiples mediante la tasa de descubrimientos falsos (FDR), la diferencia perdió significación (p corregido = 0,099).

Los resultados detallados sobre recuerdo verbal se presentan en la tabla 10.

Tabla 10. Resultados sobre recuerdo verbal

Estudio	Variable	Tiempo	Grupo intervención (media \pm DE)	Grupo control (media \pm DE)	Diferencia (IC 95 %)	Valor p
Luo <i>et al.</i> (24)	AVLT: recuerdo	Pre vs. post intervención (12 sem.)	rEAP pre-post: 21,4 (2,8) \rightarrow 22,2 (1,7)	Control pre-post: 20,5 (3) \rightarrow 20,7 (2,8)	n. a.	0,036 \rightarrow 0,099*

Notas: * p corregido por comparaciones múltiples mediante la tasa de descubrimientos falsos (FDR, por sus siglas en inglés). Este ajuste reduce el riesgo de obtener resultados significativos por azar al realizar múltiples pruebas estadísticas.

Abreviaturas: AVLT: test de aprendizaje auditivo-verbal; sem.: semanas; n. a.: no aplica.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Luo *et al.* (24).

Resumen combinado

Mahendran *et al.* (22) también calculó un índice compuesto de memoria verbal (promedio de los subtest RAVLT: reconocimiento, recuerdo diferido y aprendizaje), que resultó significativamente mayor en el grupo de arteterapia tanto a los 3 meses ($p = 0,017$) como a los 9 meses ($p = 0,035$).

4.4.5. Percepción visoespacial

El dominio de habilidades visoespaciales abarca funciones relacionadas con la percepción, la organización y la reproducción de estímulos visuales complejos. En este informe se agrupan dos pruebas que evalúan estos aspectos: el test de la figura compleja de Rey-Osterrieth (ROCFT) y el subtest diseño de bloques del WAIS-III. Ambos instrumentos permiten una evaluación integrada de la percepción visoespacial y de la memoria visual no verbal, funciones clave para la detección de alteraciones cognitivas (27, 30).

El ROCFT permite evaluar tanto funciones visoespaciales (a través de la fase de copia) como memoria visual no verbal (en las fases de recuerdo), lo que lo convierte en una herramienta multidimensional especialmente útil en contextos clínicos y de investigación cognitiva (31). En esta revisión, sus tres componentes (copia, recuerdo inmediato y recuerdo diferido) se analizan conjuntamente bajo el dominio visoespacial, dada su base común en la organización perceptiva y reproducción visual.

En cuanto a los estudios incluidos, Mahendran *et al.* (22) utilizaron el subtest de diseño de bloques de la WAIS-III, que mide el procesamiento visoespacial, la organización perceptiva y la resolución de problemas no verbales. Por otro lado, Lin *et al.* (23) utilizaron el ROCFT, en el que los participantes deben copiar una figura compleja compuesta por múltiples elementos geométricos y reproducirla de memoria después de un intervalo de 30 minutos.

En el estudio de Mahendran *et al.* (22) el grupo de intervención obtuvo puntuaciones superiores a las del grupo control tanto a los 3 como a los 9 meses, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,154$ y $p = 0,558$, respectivamente).

Por su parte, en el estudio de Lin *et al.* (23) no se encontraron diferencias significativas entre el grupo CrEAS y los grupos control (activo y pasivo) en ninguna de las variables del ROCFT (copia, recuerdo inmediato y recuerdo diferido) ni a las 24 ni a las 48 semanas.

Los resultados detallados sobre percepción visoespacial se presentan en la tabla 11.

Tabla 11. Resultados sobre percepción visoespacial

Estudio	Variable	Tiempo	Grupo intervención (media ± DE)	Grupo control (media ± DE)	Diferencia (IC 95 %)	Valor p
Mahendran <i>et al.</i> (22)	WAIS-III Bloques	3 meses (≈ 12 sem.)	0,69 (0,21)	0,26 (0,22)	0,44 (-0,16 a 1,04)	0,154
		9 meses (≈ 39 sem.)	0,47 (0,19)	0,32 (0,18)	0,15 (-0,36 a 0,67)	0,558
Lin <i>et al.</i> (23)	ROCFT (copia)	24 sem.	CrEAS vs. A-control		8,153 (-41,93 a 58,235)	0,750
		24 sem.	CrEAS vs. W-control		19,092 (-32,36 a 70,540)	0,468
		48 sem.	CrEAS vs. A-control		8,899 (-41,45 a 59,245)	0,730
		48 sem.	CrEAS vs. W-control		19,138 (-32,57 a 70,850)	0,470
	ROCFT (recuerdo inmediato)	24 sem.	CrEAS vs. A-control		1,180 (-0,938 a 3,298)	0,277
		24 sem.	CrEAS vs. W-control		-0,355 (-2,520 a 1,810)	0,748
		48 sem.	CrEAS vs. A-control		1,032 (-1,466 a 3,530)	0,420
		48 sem.	CrEAS vs. W-control		0,047 (-2,524 a 2,619)	0,971
	ROCFT (recuerdo diferido)	24 sem.	CrEAS vs. A-control		-0,576 (-3,007 a 1,856)	0,644
		24 sem.	CrEAS vs. W-control		-1,671 (-4,152 a 0,810)	0,189
		48 sem.	CrEAS vs. A-control		-1,167 (-4,139 a 1,804)	0,443
		48 sem.	CrEAS vs. W-control		-2,207 (-5,254 a 0,840)	0,158

Abreviaturas: CrEAS: Programa de arteterapia expresiva narrativa; IC: intervalo de confianza; DE: desviación estándar; WAIS-III: escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III; ROCFT: test de la figura compleja de Rey- Osterrieth; sem.: semanas; A-control: grupo control activo-con intervención rompecabezas; W-control: grupo control pasivo-sin intervención.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Lin *et al.* (23) y Mahendran *et al.* (22).

4.4.6. Atención y procesamiento

La atención y la velocidad de procesamiento se evaluaron con dos enfoques distintos según el estudio. En el de Mahendran *et al.* (22), se utilizó el subtest WAIS-III dígitos que valora la capacidad de atención sostenida y memoria de trabajo a través de la repetición directa e inversa de series numéricas. Por su parte, los estudios de Lin *et al.* (23) y Luo *et al.* (24) emplearon el SDMT (test de símbolos y dígitos), una prueba que requiere que los participantes sustituyan 10 símbolos geométricos por los números correspondientes del 1 al 10, utilizando una clave proporcionada. La puntuación final se determina por el número de sustituciones correctas realizadas en un tiempo límite de 90 segundos.

Aunque tanto el WAIS-III dígitos como el SDMT se incluyen en el dominio de atención y procesamiento, cada prueba pone el acento en aspectos distintos. El primero se orienta más a la atención sostenida y la memoria de trabajo, mientras que el segundo refleja sobre todo la velocidad de procesamiento y la atención dividida.

En el WAIS-III, Mahendran *et al.* (22) observaron que el grupo de intervención presentó una mejora significativa a los 3 meses ($p = 0,028$), aunque dicho efecto no se mantuvo a los 9 meses de seguimiento ($p = 0,263$).

En el SDMT, Lin *et al.* (23) no hallaron diferencias frente al grupo control activo, pero sí frente al control pasivo tanto a las 24 ($p = 0,025$) como a las 48 semanas ($p = 0,010$). Luo *et al.* (24) también observaron una mejora significativa en el grupo intervención tras 12 semanas de entrenamiento ($p = 0,009$), mientras que el grupo control no activo no mostró cambios relevantes ($p = 0,099$). No obstante, tras aplicar la corrección por comparaciones múltiples, la diferencia dejó de ser estadísticamente significativa.

Los resultados detallados sobre atención y procesamiento se presentan en la tabla 12.

Tabla 12. Resultados sobre atención y procesamiento

Estudio	Variable	Tiempo	Grupo intervención (media ± DE)	Grupo control (media ± DE)	Diferencia (IC 95 %)	Valor p
Mahendran <i>et al.</i> (22)	WAIS-III dígitos	3 meses (≈ 12 sem.)	0,62 (0,31)	-0,37 (0,32)	0,99 (IC 95 %: 0,11 a -1,87)	0,028
		9 meses (≈ 39 sem.)	0,69 (0,29)	0,23 (0,28)	0,46 (IC 95 %: -0,35 a -1,27)	0,263
Lin <i>et al.</i> (23)	SDMT	24 sem.	CrEAS vs. A-control		-1,525 (IC 95 %: -5,084 a 2,033)	0,403
		24 sem.	CrEAS vs. W-control		-4,239 (IC 95 %: -7,904 a -0,575)	0,025
		48 sem.	CrEAS vs. A-control		-0,384 (IC 95 %: -4,043 a 3,274)	0,837
		48 sem.	CrEAS vs. W-control		-5,074 (IC 95 %: -8,878 a -1,269)	0,010
Luo <i>et al.</i> (24)	SDMT	Pre vs. post intervención (12 sem)	rEAP pre-post: 32,6 (8,7) → 34,8 (9,6)	Control pre-post: 29,5 (8,5) → 29,1 (8,8)	n. a.	0,009 → 0,099*

Notas: *p corregido por comparaciones múltiples mediante FDR.

Abreviaturas: DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; WAIS-III: escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III; SDMT: test de símbolos y dígitos; CrEAS: Programa de arteterapia expresiva narrativa; sem.: semanas; n. a.: no aplica; A-control: grupo control activo-con intervención rompecabezas; W-control: grupo control pasivo-sin intervención.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Lin *et al.* (23), Luo *et al.* (24) y Mahendran *et al.* (22)-

4.4.7. Función ejecutiva

La función ejecutiva se evaluó mediante pruebas de trazado diseñadas para valorar procesos como la flexibilidad cognitiva, la inhibición y la atención selectiva. En el estudio de Mahendran *et al.* (22), se aplicó la prueba CTT-2 (Color Trails Test), mientras que Lin *et al.* (23) y Luo *et al.* (24) emplearon el STT (prueba de trazado de figuras), una variante del Trail Making Test (TMT) adaptada para reducir el sesgo cultural asociado al uso del alfabeto latino. En la versión STT-A, los participantes debían conectar números del 1 al 25 en orden ascendente. En la versión STT-B, los números del 1 al 25 se presentaban dos veces (una en círculos y otra en cuadrados), y los participantes debían trazar líneas alternando entre las dos formas geométricas.

En el estudio de Mahendran *et al.* (22), no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguno de los puntos temporales evaluados. En el de Luo *et al.* (24), los participantes del programa rEAP mostraron una reducción en los tiempos de ejecución en STT-B tras la intervención, lo que sugiere una mejora numérica respecto al grupo control; sin embargo, estas diferencias no alcanzaron significación estadística, incluso tras aplicar corrección por comparaciones múltiples.

Por el contrario, en el estudio de Lin *et al.* (23), se detectaron mejoras significativas en la versión STT-B en el grupo CrEAS frente al control pasivo, tanto a las 24 semanas

($p = 0,001$) como a las 48 semanas ($p = 0,008$), mientras que no se hallaron diferencias frente al control activo. En STT-A, únicamente se observó una tendencia hacia la significación frente al control pasivo a las 48 semanas ($p = 0,051$).

Los resultados detallados sobre función ejecutiva se presentan en la tabla 13.

Tabla 13. Resultados sobre función ejecutiva

Estudio	Variable	Tiempo	Grupo intervención (media \pm DE)	Grupo control (media \pm DE)	Diferencia (IC 95 %)	Valor p
Mahendran <i>et al.</i> (22)	CTT-2 (z-score)	3 meses (\approx 12 sem.)	0,52 (0,28)	0,49 (0,28)	0,11 (IC 90 %: -0,536-0,766)	0,771
		9 meses (\approx 39 sem.)	0,49 (0,28)	0,76 (0,27)	-0,27 (IC 90 %: -0,912-0,372)	0,488
Luo <i>et al.</i> (24)	STT-A	Pre vs. post intervención (12 sem.)	rEAP pre-post: 62,6 (14,5) \rightarrow 63,5 (25,7)	Control pre-post: 73,7 (20,4) \rightarrow 70,5 (19,5)	n. a.	0,851 \rightarrow 0,851*
	STT-B	Pre vs. post intervención (12 sem.)	rEAP pre-post: 163,7 (43,5) \rightarrow 148,3 (58,6)	Control pre-post: 185,7 (59,5) \rightarrow 163,1 (47,7)	n. a.	0,841 \rightarrow 0,925*
Lin <i>et al.</i> (23)	STT-A	24 sem.	CrEAS vs. A-control		1,632 (IC 95 %: -8,741 a 12,005)	0,758
		24 sem.	CrEAS vs. W-control		8,994 (IC 95 %: -1,659 a 19,646)	0,101
		48 sem.	CrEAS vs. A-control		4,303 (IC 95 %: -9,463 a 18,068)	0,541
		48 sem.	CrEAS vs. W-control		14,412 (IC 95 %: 0,084 a 28,741)	0,051
	STT-B	24 sem.	CrEAS vs. A-control		13,546 (IC 95 %: -9,782 a 36,873)	0,257
		24 sem.	CrEAS vs. W-control		42,037 (IC 95 %: 18,108 a 65,967)	0,001
		48 sem.	CrEAS vs. A-control		10,795 (IC 95 %: -13,38 a 34,966)	0,383
		48 sem.	CrEAS vs. W-control		34,743 (IC 95 %: 9,440 a 60,045)	0,008

Notas: * p corregido por comparaciones múltiples mediante FDR.

Abreviaturas: DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; CTT: prueba de trazado por colores; STT: prueba de trazado de figuras; CrEAS: Programa de arteterapia expresiva narrativa; n. a.: no aplica; A-control: grupo control activo-con intervención rompecabezas; W-control: grupo control pasivo-sin intervención.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Lin *et al.* (23), Luo *et al.* (24) y Mahendran *et al.* (22).

4.4.8. Lenguaje y fluidez verbal

El lenguaje y la fluidez verbal fueron evaluados mediante dos pruebas complementarias. La prueba de fluidez verbal (VFT), aplicada en los estudios de Lin *et al.* (27) y Luo *et al.* (24), consistía en que los participantes nombraran el mayor número posible de palabras pertenecientes a una categoría semántica específica (animales) en un minuto, lo que permite explorar la capacidad de acceso léxico y la organización semántica. El test de denominación de Boston (BNT), utilizado en su versión china validada, requería que los participantes nombraran 30 dibujos presentados, evaluando de este modo la denominación y el acceso al vocabulario (24, 27).

Tanto el VFT como el BNT aportan información complementaria dentro del dominio de lenguaje y fluidez verbal. El primero pone el foco en la rapidez y organización con la que se accede al vocabulario, mientras que el segundo evalúa de manera más directa la capacidad para denominar objetos. Considerados conjuntamente, ofrecen una visión más completa del rendimiento en lenguaje expresivo.

En el estudio de Lin *et al.* (23), el grupo CrEAS presentó mejoras significativas en la VFT frente al control pasivo (W-control), tanto a las 24 como a las 48 semanas. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas frente al control activo (A-control) en ninguno de los dos momentos de seguimiento ($p = 0,091$ y $p = 0,208$). En el BNT, las puntuaciones no mostraron diferencias significativas entre grupos en ningún tiempo de medición ($p > 0,15$ en todos los casos).

Por su parte, en el estudio de Luo *et al.* (24), el grupo rEAP mostró una ligera mejoría en fluidez verbal tras 12 semanas (de 17,0 a 17,3), en contraste con un leve empeoramiento en el grupo control (de 15,5 a 14,9). No obstante, las diferencias no alcanzaron significación estadística ($p = 0,154$; p corregido = 0,242). En el BNT también se observó una mejoría superior en el grupo intervención (22,3 → 23,2) frente al control (20,2 → 20,9), aunque esta diferencia perdió significación tras la corrección por comparaciones múltiples (p corregido = 0,127).

Los resultados detallados sobre lenguaje y fluidez verbal se presentan en la tabla 14.

Tabla 14. Resultados de lenguaje y fluidez verbal

Estudio	Variable	Comparación	Tiempo	Diferencia media ajustada (IC 95 %)	Media ± DE	Valor p
Lin <i>et al.</i> (23)	VFT	CrEAS vs. A-control	24 sem.	-1,474 (-3,168 a 0,220)	n. a.	0,091
		CrEAS vs. W-control	24 sem.	-2,798 (-4,525 a -1,071)	n. a.	0,002
		CrEAS vs. A-control	48 sem.	-1,009 (-2,572 a 0,553)	n. a.	0,208
		CrEAS vs. W-control	48 sem.	-2,076 (-3,712 a -0,439)	n. a.	0,014
	BNT	CrEAS vs. A-control	24 sem.	-0,143 (-1,630 a 1,344)	n. a.	0,851
		CrEAS vs. W-control	24 sem.	-0,956 (-2,482 a 0,571)	n. a.	0,222
		CrEAS vs. A-control	48 sem.	-0,202 (-1,634 a 1,231)	n. a.	0,783
		CrEAS vs. W-control	48 sem.	-1,100 (2,594 a 0,394)	n. a.	0,152
Luo <i>et al.</i> (24)	VFT	rEAP vs. control	Pre vs. post intervención (12 sem.)	n. a.	rEAP pre-post: 17 (2,9) → 17,3 (4,2) Control pre-post: 15,5 (4,1) → 14,9 (4)	0,154 → 0,242*
	BNT	rEAP vs. control	Pre vs. post intervención (12 sem.)	n. a.	rEAP pre-post: 22,3 (3,1) → 23,2 (3) Control pre-post: 20,2 (4,2) → 20,9 (3,1)	0,069 → 0,127*

Notas: * p corregido por comparaciones múltiples mediante FDR.

Abreviaturas: DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; CrEAS: Programa de arteterapia expresiva narrativa; rEAP: Programa de arteterapia remota; VFT: prueba de fluidez verbal; BNT: test de denominación de Boston; n. a.: no aplica; A-control: grupo control activo-con intervención rompecabezas; W-control: grupo control pasivo-sin intervención.

Fuente: elaboración propia con datos de los estudios de Lin *et al.* (23) y Luo *et al.* (24).

5. Discusión

5.1. Búsqueda bibliográfica y método

La estrategia de búsqueda bibliográfica fue diseñada con el objetivo de maximizar la recuperación de estudios relevantes sobre arteterapia en DCL. Para ello se combinaron términos libres y descriptores en inglés relacionados con la intervención y la población de interés, incluyendo expresiones como *art therapy*, *paint*, *plastic arts*.

La búsqueda se realizó en las principales bases de datos biomédicas (PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO y Cochrane Library). Asimismo, se llevó a cabo una búsqueda manual en las referencias de revisiones sistemáticas relevantes para identificar estudios adicionales no recuperados de forma automatizada.

Para asegurar que los estudios incluidos fueran relevantes, se aplicaron filtros validados para identificar ECA, dado que este diseño constituye la mejor fuente de evidencia para evaluar la eficacia de intervenciones no farmacológicas. En conjunto, la estrategia sistemática utilizada proporciona una alta exhaustividad y sensibilidad, por lo que es improbable que se haya perdido evidencia sustancial, aunque no puede descartarse la existencia de estudios no indexados en bases consultadas o publicados en literatura gris.

No se estima que existan limitaciones en la metodología llevada a cabo en este documento. Se ha realizado un método exhaustivo a lo largo de todas las fases como la síntesis de la literatura y análisis crítico de los estudios incluidos, en los que se emplearon herramientas validadas para analizar la validez interna de estos estudios. Al tratarse de ECA, la herramienta empleada fue la RoB 2 de la Colaboración Cochrane (21).

5.2. Discusión de los estudios incluidos

Únicamente tres ECA cumplieron los criterios de inclusión establecidos en este informe. El motivo de exclusión más habitual fue la ausencia de una descripción precisa del tipo de arteterapia utilizada. Por ejemplo, algunos estudios mencionaban intervenciones de *art therapy* sin especificar si correspondían a artes plásticas u a otras modalidades. Asimismo, se descartaron aquellos ensayos que no resultaban pertinentes para los objetivos del presente análisis, como los centrados en musicoterapia o en poblaciones diferentes al DCL, entre ellas personas con demencia.

Estos tres ECA evaluaron el efecto de intervenciones basadas en arteterapia en personas mayores con DCL, con un total de 252 participantes. No obstante, cabe reseñar que las intervenciones presentaron diferencias tanto en su formato como en su contenido: en un caso se aplicó una arteterapia presencial estructurada combinada con visitas culturales (22), en otro se desarrolló un programa de artes creativas expresivas narrativas (23) y, en el tercero, la arteterapia se ofreció en modalidad remota a través de una plataforma digital (24). Asimismo, variaron en la intensidad y el seguimiento: algunos programas incluyeron sesiones más frecuentes e intensivas en las fases iniciales, mientras que otros tuvieron un carácter más espaciado o de mantenimiento, con duraciones globales que oscilaron entre 12 y 48 semanas. Todos estos aspectos complican una estandarización de los resultados de la arteterapia como intervención en el DCL.

En cuanto a las escalas empleadas, los estudios emplearon diferentes baterías neuropsicológicas estandarizadas que se agruparon para valorar los diferentes dominios cognitivos como la memoria verbal (AVLT, RAVLT), la atención (SDMT), el lenguaje (VFT, NBT) y la cognición global (MoCA, MMSE). Si bien la mayoría evalúan efectos similares y pueden ser comparables, algunas de ellas presentan características ligeramente diferentes. Por ejemplo, los tests MoCA y MMSE se emplean en el cribado cognitivo breve, pero MoCA amplía dominios (sobre todo ejecutivos y memoria diferida) y suele detectar antes el DCL, mientras que MMSE es más básico, más orientado a orientación/lenguaje simple y menos sensible en fases iniciales, aunque sigue siendo muy empleado.

En el dominio del lenguaje, la VFT evalúa la fluidez verbal y el acceso léxico espontáneo, con mayor componente ejecutivo, mientras que el BNT se centra en la denominación de estímulos visuales y se vincula más a procesos semántico-lexicales. Así, ambos instrumentos resultan complementarios. En conjunto, pese a estas diferencias, la agrupación utilizada para analizar los dominios cognitivos se considera metodológicamente adecuada.

Las diferencias en los enfoques estadísticos también condicionan la interpretación de los hallazgos. En el caso de Luo *et al.* (24), la aplicación de una corrección por comparaciones múltiples mediante el método FDR redujo la significación de varios resultados, mientras que los otros dos ensayos no aplicaron ningún tipo de ajuste.

Desde el punto de vista metodológico y en relación con la calidad de los estudios, dos ECA presentaron riesgo de sesgo moderado (23, 24), mientras que uno fue clasificado con riesgo alto (22), según la herramienta RoB 2 de la Colaboración Cochrane (21). Los principales problemas detectados se relacionaron con pérdidas de seguimiento, reporte incompleto de resultados y limitaciones en la descripción del proceso de aleatorización. Otra limitación está relacionada con el elevado número de escalas empleadas para valorar la eficacia, con diversas variables cognitivas, emocionales, funcionales y biológicas que dependen de los objetivos y metodología de cada estudio.

Entre las limitaciones específicas de cada ensayo, Lin *et al.* (23) señalaron un posible sesgo de selección y motivación diferencial entre los participantes con DCL, lo que afecta a la generalización de sus hallazgos. Mahendran *et al.* (22) se caracterizó por un tamaño muestral reducido y limitada potencia estadística, además de no considerar el posible efecto de la interacción social entre participantes como factor de confusión. Por su parte, el ensayo de Luo *et al.* (24) se desarrolló en un único centro y con una muestra pequeña, lo que limita la extrapolación de resultados. Hay que destacar que dos de los ECA (23, 24) fueron realizados por el mismo equipo investigador, lo que limita la validez externa de sus resultados.

En cuanto a los conflictos de intereses, los tres ECA incluidos declararon no presentar conflictos relevantes que comprometieran la interpretación de los resultados.

5.3. Discusión de los resultados de seguridad

En cuanto a la seguridad de la terapia, únicamente el estudio de Lin *et al.* (23) abordó explícitamente la presencia de eventos adversos, reportando que no se produjeron efectos negativos durante la intervención. Los otros estudios no informaron de datos de seguridad (22, 24), lo que limita la posibilidad de evaluar de forma sistemática los riesgos potenciales.

No obstante, dadas las características de la arteterapia como intervención no farmacológica, no invasiva y de bajo riesgo, es razonable asumir que su perfil de seguridad es favorable en la población objetivo de este informe, es decir, adultos con DCL.

5.4. Discusión de los resultados de eficacia

Los resultados de los tres ECA (22-24) sugieren que la arteterapia basada en artes plásticas podría tener un efecto beneficioso sobre determinadas funciones cognitivas en personas mayores con DCL. En términos generales, los grupos de intervención y control fueron comparables en edad, sexo y puntuaciones iniciales en pruebas de cribado (MMSE, MoCA), lo que aporta solidez a la interpretación de los hallazgos. Una excepción se dio en el estudio de Luo *et al.* (24), en el que se observaron diferencias basales en funciones ejecutivas y de atención, aspecto que debe tenerse en cuenta al valorar los resultados.

Las mejoras más consistentes se observaron en la cognición global, la memoria verbal inmediata y la atención y velocidad de procesamiento. En el ensayo de Lin *et al.* (23), la arteterapia expresiva narrativa grupal mostró beneficios sostenidos en MMSE y MoCA frente a un grupo sin intervención, que se mantuvieron hasta las 48 semanas. Sin embargo, las diferencias desaparecieron al compararse con un grupo activo basado en la realización de rompecabezas o puzzles, lo que sugiere que parte del beneficio podría atribuirse a la estimulación cognitiva general y a la interacción social más que a un efecto específico de la arteterapia. De forma similar, en el estudio de Luo *et al.* (24), que evaluó una intervención remota a través de la plataforma WeChat, se observaron mejoras en la cognición global y la atención y la velocidad de procesamiento, pero estas perdieron significación tras la corrección estadística por comparaciones múltiples, lo que limita la solidez de las conclusiones. Finalmente, en el ensayo piloto de Mahendran *et al.* (22), con un tamaño muestral reducido, también se describieron mejoras en memoria inmediata y atención, sostenidas a lo largo de nueve meses, lo que refuerza la hipótesis de un posible efecto positivo.

En contraste, la evidencia sobre memoria verbal diferida y a largo plazo no mostró beneficios significativos en estas variables en ninguno de los ensayos. Estos resultados sugieren que la arteterapia podría facilitar sobre todo el aprendizaje y la retención inmediata de la información, pero no necesariamente favorecer que dichos recuerdos se consoliden y se mantengan de forma estable a lo largo del tiempo. Algo similar se observa en la función ejecutiva, donde solo Lin *et al.* (23) describieron mejoras en la prueba STT-B frente a un control pasivo, mientras que Mahendran *et al.* (22) y Luo *et al.* (24) no identificaron efectos. En el dominio del lenguaje, los hallazgos fueron modestos: Lin *et al.* (23) identificaron mejoras en fluidez verbal frente a control pasivo, sin cambios significativos en el BNT, mientras que Luo *et al.* (24) describieron incrementos leves en ambas pruebas que perdieron significación tras la corrección estadística. Finalmente, en las habilidades visoespaciales no se observaron mejoras en ninguno de los ensayos.

La evidencia disponible se complementa con revisiones sistemáticas recientes. Una de ellas, publicada por Wang *et al.* en 2023 (32), incluyó 39 ECA sobre intervenciones no farmacológicas en DCL, entre ellas ejercicio físico, musicoterapia, estimulación y rehabilitación cognitiva, medicina tradicional china (acupuntura, masaje) y arteterapia. Sus resultados mostraron que estas intervenciones tienen potencial para mejorar la capacidad cognitiva, destacando el ejercicio físico como la opción más eficaz. En relación con la arteterapia, incluyeron tres estudios en los que no se especificaba la modalidad aplicada.

Otra revisión sistemática con metaanálisis en red, publicada por Yue *et al.* en 2025 (33), evaluó la efectividad de distintas terapias artísticas en adultos mayores que incluían musicoterapia, terapia hortícola, terapia de dibujo y terapia de artes creativas. Este análisis mostró que la terapia de dibujo resultó particularmente eficaz para mejorar las puntuaciones en MMSE, mientras que la musicoterapia lo fue para MoCA. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el estudio incluyó poblaciones con distintos grados de deterioro cognitivo, no exclusivamente DCL.

Más recientemente, los avances tecnológicos han abierto nuevas posibilidades. El estudio de Cao *et al.* en 2025 (13) comparó arteterapia convencional con intervenciones asistidas por inteligencia artificial (IA) y realidad virtual (RV) en personas mayores con DCL. Los resultados mostraron que la RV mejoró especialmente la atención y la expresión, con beneficios moderados en memoria y orientación, mientras que la IA tuvo un impacto más notable en lenguaje y variables emocionales como motivación, felicidad y sentido vital. Estos hallazgos sugieren que la integración de tecnologías emergentes podría potenciar los efectos de la arteterapia y abrir nuevas vías de intervención, pero sus hallazgos son todavía muy incipientes.

En conjunto, la evidencia disponible indica que la arteterapia en artes plásticas es una intervención prometedora, con beneficios observados principalmente en cognición global, memoria verbal inmediata, así como en atención y velocidad de procesamiento, aunque con resultados menos consistentes en otros dominios como memoria diferida, lenguaje, función ejecutiva o percepción visoespacial. El hecho de que los efectos se observen con mayor claridad frente a controles pasivos y se reduzcan o desaparezcan frente a comparadores activos plantea que el beneficio podría deberse, al menos en parte, a la estimulación cognitiva general y a la interacción social. Por ello, será fundamental que futuros ensayos incluyan comparadores activos bien diseñados, muestras más amplias y seguimientos prolongados que permitan aislar el efecto específico de la arteterapia y determinar su verdadero papel en la atención a personas con DCL.

6. Conclusiones

La evidencia sobre la eficacia y seguridad de la arteterapia centrada en las artes plásticas para el manejo del deterioro cognitivo leve (DCL) es limitada, proveniente únicamente de tres ensayos clínicos aleatorizados y controlados con un total de 252 participantes. Estos estudios presentan tamaños muestrales reducidos, heterogeneidad en las intervenciones y en las escalas de evaluación, variaciones en el seguimiento y presentan un riesgo de sesgo de moderado a alto.

En base a esta evidencia, los resultados sugieren que la arteterapia podría aportar beneficios en memoria verbal inmediata, atención y velocidad de procesamiento, fluidez verbal y, en menor medida, en cognición global, especialmente al compararse con controles pasivos. Aunque estos efectos tienden a atenuarse o desaparecer frente a otros comparadores activos, lo que sugiere que parte del beneficio podría deberse a la interacción social o estimulación general, sigue considerándose un enfoque válido dentro de las estrategias de estimulación cognitiva para personas con DCL.

Solo un ensayo informó explícitamente de la ausencia de eventos adversos, lo que limita las conclusiones sobre las variables de seguridad. Sin embargo, por tratarse de una intervención no farmacológica, no invasiva y de bajo riesgo, es razonable asumir que su perfil de seguridad es favorable.

En conclusión, la arteterapia con artes plásticas podría considerarse dentro de las intervenciones de estímulo cognitivo dirigidas a personas con DCL. No obstante, la evidencia actual es insuficiente y se requieren ensayos que usen escalas estandarizadas y comparadores activos que incluyan otras intervenciones de estimulación cognitiva y con otras medidas no farmacológicas, como el ejercicio físico, que permitan establecer con mayor certeza su eficacia, seguridad y aplicabilidad clínica.

Contribución de los autores

- **Ana María Vázquez Castelo.** Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS. Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t. Selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos, síntesis cuantitativa de resultados, redacción del presente informe y revisión interna del informe.
- **Lucinda Paz Valiñas.** Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS. Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t. Selección de estudios, lectura crítica de los estudios incluidos, síntesis cuantitativa de resultados, redacción parcial del presente informe y revisión interna del informe.
- **María José Faraldo Vallés.** Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS. Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t. Planificación, dirección y revisión interna del informe.
- **Teresa Mejuto Martí.** Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS. Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-t. Desarrollo de la estrategia de búsqueda y consulta en bases de datos, redacción parcial del presente informe y revisión interna del informe.

Correo electrónico de contacto: Avalia_t.Acis@sergas.es

Declaración de intereses

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

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Nota resumen informe terapias naturales [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [consultado 20 feb. 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>.
2. Uttley L, Scope A, Stevenson M, Rawdin A, Taylor Buck E, Sutton A, et al. Systematic review and economic modelling of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders. *Health Technol Assess*. 2015 Mar;19(18):1-120, v-vi. PubMed PMID: 25739466.
3. British Association of Arts Therapist. Art therapy [Internet] London: British Association of Arts Therapist; 2025 [consultado 13 feb. 2025]. Disponible en: <https://baat.org/art-therapy/>.
4. American Art Therapy Association. Art therapy [Internet] Arlington [VA]: American Art Therapy Association; 2022 [consultado 19 feb. 2025]. Disponible en: <https://arttherapy.org/>.
5. Canadian Art Therapy Association. The voice of art therapy in Canada [Internet] Parksville: CATA; 2025 [consultado 20 feb. 2025]. Disponible en: <https://www.canadianarttherapy.org/>.
6. Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia. ¿Qué entendemos por arteterapia? [Internet]?2025 [consultado 20 feb. 2025]. Disponible en: <https://feapa.es/que-entendemos-por-arteterapia/>.
7. Asociación Profesional Española de Arteterapeutas. ¿Qué es arteterapia? [Internet] Asociación Profesional Española de Arteterapeutas: Sants; [consultado 12 feb. 2025]. Disponible en: <https://arteterapia.org.es/>.
8. Emblad SYM, Mukaetova-Ladinska EB. Creative Art Therapy as a Non-Pharmacological Intervention for Dementia: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis Rep*. 2021 May 3;5(1):353-64. PubMed PMID: 34189407.
9. Wikipedia. Artes plásticas [Internet] 2024 [consultado 18 feb. 2025]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Artes_pl%C3%A1sticas.
10. Deshmukh SR, Holmes J, Cardno A. Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;(9). PubMed PMID: CD011073.
11. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med*. 2004 Sep;256(3):183-94. PubMed PMID: 15324362.
12. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni L, Wahlund LO, et al., editors. Mild cognitive impairment - Beyond controversies, towards a consensus: Report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*; 2004.

13. Cao Y, Yin H, Hua X, Bi S, Zhou D. Effects of artificial intelligence and virtual reality interventions in art therapy among older people with mild cognitive impairment. *Australasian Journal on Ageing*. 2025 2025/03/01;44(1):e70006.
14. American Psychological Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders [Internet] Washington: American Psychiatric Publishing; 2013 [consultado 20 feb. 2025]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>.
15. Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *J Intern Med*. 2014 Mar;275(3):214-28. PubMed PMID: 24605806.
16. Chertkow H, Massoud F, Nasreddine Z, Belleville S, Joannette Y, Bocti C, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *Cmaj*. 2008 May 6;178(10):1273-85. PubMed PMID: 18458258.
17. Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, Decarli C, Greenberg SM, Iadecola C, et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011 Sep;42(9):2672-713. PubMed PMID: 21778438.
18. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment [RETIRED]: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018 Jan 16;90(3):126-35. PubMed PMID: 29282327.
19. Puñal Riobóo J, Baños Álvarez E, Varela Lema L, Castillo Muñoz MA, Atienza Merino G, Ubago Pérez R, et al. Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias [Internet]. Santiago de Compostela: Axencia Galega para a Xestión do Coñecemento en Saúde, ACIS, 2016. Informe N.º: avalia-t 2015/10. Disponible en: <https://redets.sanidad.gob.es/productos/buscarProductos.do?metodo=detalle&id=610>.
20. Osteba. FLC 3.0. Fichas de Lectura Crítica [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osteba; [consultado 07 mayo 2025]. Disponible en: <http://www.lecturacritica.com/es/>.
21. Cochrane Scientific Committee. Risk of Bias 2 (RoB 2) tool [Internet]. London: Cochrane; 2020 [consultado 10 mar. 2023]. Disponible en: <https://methods.cochrane.org/risk-bias-2>.
22. Mahendran R, Gandhi M, Moorakonda RB, Wong J, Kanchi MM, Fam J, et al. Art therapy is associated with sustained improvement in cognitive function in the elderly with mild neurocognitive disorder: findings from a pilot randomized controlled trial for art therapy and music reminiscence activity versus usual care. *Trials*. 2018;19(1):615.
23. Lin R, Luo Y-t, Yan Y-j, Huang C-s, Chen L-l, Chen M-f, et al. Effects of an art-based intervention in older adults with mild cognitive impairment: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*. 2022;51(7).

24. Luo Y, Lin R, Yan Y, Su J, Lin S, Ma M, et al. Effects of Remote Expressive Arts Program in Older Adults with Mild Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2022;91(2):815-31.
25. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. PubMed PMID: 33782057.
26. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975 1975/11/01;12(3):189-98.
27. Lin R, Yan YJ, Zhou Y, Luo YT, Cai ZZ, Zhu KY, et al. Effects of Creative Expressive Arts-based Storytelling (CrEAS) programme on older adults with mild cognitive impairment: protocol for a randomised, controlled three-arm trial. *BMJ Open*. 2020 Nov 11;10(11):e036915. PubMed PMID: 33177133.
28. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Apr;53(4):695-9. PubMed PMID: 15817019.
29. Bean J. Rey Auditory Verbal Learning Test, Rey AVLT. En: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B, editors. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. New York, NY: Springer New York; 2011. p. 2174-5.
30. Mahendran R, Rawtaer I, Fam J, Wong J, Kumar AP, Gandhi M, et al. Art therapy and music reminiscence activity in the prevention of cognitive decline: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017 Jul 12;18(1):324. PubMed PMID: 28701205.
31. Shin M-S, Park S-Y, Park S-R, Seol S-H, Kwon JS. Clinical and empirical applications of the Rey-Osterrieth Complex Figure Test. *Nature Protocols*. 2006 2006/08/01;1(2):892-9.
32. Wang YY, Wang XX, Chen L, Liu Y, Li YR. A systematic review and network meta-analysis comparing various non-pharmacological treatments for older people with mild cognitive impairment. *Asian J Psychiatr*. 2023 Aug;86:103635. PubMed PMID: 37270875.
33. Yue W, Chen Y, Ma X. Effects of different art therapy interventions on cognitive functions in older adults: A systematic review and network meta-analysis. *Geriatr Nurs*. 2025 Jun 18;64:103392. PubMed PMID: 40554229.

ANEXOS

Anexo A. Estrategias de búsqueda bibliográfica

Los resultados de cada base de datos son los finales acumulados desde febrero hasta agosto de 2025.

Cochrane Library (Wiley)

ID	Estrategia de búsqueda	N.º ítems
#1	("Art Therapy"):ti,ab,kw	
#2	(Arttherapy):ti,ab,kw	
#3	(sculptur*):ti,ab,kw.	
#4	(paint*):ti,ab,kw	
#5	(ceramic*):ti,ab,kw	
#6	(engraving*):ti,ab,kw	
#7	(goldsmith):ti,ab,kw	
#8	("Plastic art").:ti,ab,kw	
#9	("Plastics Arts"):ti,ab,kw	
#10	#3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9	
#11	(therap*):ti,ab,kw	
#12	#10 AND #11	
#13	#1 or #2 or #12	
#14	("Systematic Review"):ti,ab,kw	
#15	("Systematic Review"):pt	
#16	(Systematic*):ti,ab,kw	
#17	(Review*):ti,ab,kw	
#18	#16 AND #17	
#19	(Metaanal*):ti,ab,kw	
#20	(Meta-anal*):ti,ab,kw	
#21	(random*):ti,ab,kw	
#22	(trial*):ti,ab,kw	
#23	#21 AND #22	
#24	#14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #22 or #23	
#25	#13 and #24	
#26	(Dental or Teeth or Tooth or periodontal or Dentistry)	
#27	#25 not #26	
#28	systematic review	22

Medline (Ovid)

ID	Estrategia de búsqueda	N.º ítems
1	"Art Therapy".ab,hw,kf,kw,sh,ti.	
2	Arttherapy.ti,ab,sh,kf,hw,kw.	
3	"sculptur*".ab,hw,kf,kw,sh,ti.	
4	"paint*".ab,hw,kf,kw,sh,ti.	
5	"ceramic*".ab,hw,kf,kw,sh,ti.	

ID	Estrategia de búsqueda	N.º ítems
6	"engraving*".ab,hw,kf,kw,sh,ti.	
7	goldsmith.ab,hw,kf,kw,sh,ti.	
8	"Plastic art".ti,ab,sh,kw,hw,kf.	
9	"Plastics Arts".ti,ab,sh,kw,hw,kf.	
10	3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9	
11	therap*.ti,ab,sh,kw,hw,kf.	
12	10 and 11	
13	1 or 2 or 12	
14	"Systematic Review".ab,hw,kf,kw,pt,sh,ti.	
15	"Systematic*".ab,hw,kf,kw,pt,sh,ti.	
16	"Review*".ab,hw,kf,kw,pt,sh,ti	
17	15 and 16	
18	"Meta anal*".ab,hw,kf,kw,pt,sh,ti.	
19	"Metaanal*".ab,hw,kf,kw,pt,sh,ti.	
20	Meta-anal*.ti,ab,sh,pt,hw,kf,kw	
21	random*.ti,ab,sh,pt,kw,kf,hw.	
22	trial*.ti,ab,sh,pt,kw,kf,hw.	
23	21 and 22	
24	14 or 17 or 18 or 19 or 20 or 22 or 23	
25	13 and 24	
26	(Dental or Teeth or Tooth or periodontal or Dentistry).ti,ab,sh,kw,hw,kf. 722917	
27	25 not 26	
28	limit 27 to (yr="2014 -Current" and ("all adult (19 plus years)" or "young adult (19 to 24 years)" or "adult (19 to 44 years)" or "young adult and adult (19-24 and 19-44)" or "middle age (45 to 64 years)" or "middle aged (45 plus years)" or "all aged (65 and over)" or "aged (80 and over)")) 178	192

Embase (Ovid)

ID	Estrategia de búsqueda	N.º ítems
1	"Art Therapy".ab,hw,kf,kw,sh,ti.	
2	Arttherapy.ti,ab,sh,kf,hw,kw.	
3	"sculptur*".ab,hw,kf,kw,sh,ti.	
4	"paint*".ab,hw,kf,kw,sh,ti.	
5	"ceramic*".ab,hw,kf,kw,sh,ti	
6	"engraving*".ab,hw,kf,kw,sh,ti.	
7	goldsmith.ab,hw,kf,kw,sh,ti.	
8	"Plastic art".ti,ab,sh,kw,hw,kf.	
9	"Plastics Arts".ti,ab,sh,kw,hw,kf	
10	3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9	
11	therap*.ti,ab,sh,kw,hw,kf.	
12	10 and 11	
13	1 or 2 or 12	
14	"Systematic Review".ab,hw,kf,kw,pt,sh,ti	
15	"Systematic*".ab,hw,kf,kw,pt,sh,ti.	
16	"Review*".ab,hw,kf,kw,pt,sh,ti.	
17	15 and 16	

ID	Estrategia de búsqueda	N.º ítems
18	"Meta anal* ".ab,hw,kf,kw,pt,sh,ti.	
19	"Metaanal* ".ab,hw,kf,kw,pt,sh,ti.	
20	Meta-anal*.ti,ab,sh,pt,hw,kf,kw.	
21	random*.ti,ab,sh,pt,kw,kf,hw.	
22	trial*.ti,ab,sh,pt,kw,kf,hw	
23	21 and 22	
24	14 or 17 or 18 or 19 or 20 or 22 or 23	
25	13 and 24	
26	(Dental or Teeth or Tooth or periodontal or Dentistry).ti,ab,sh,kw,hw,kf.	
27	25 not 26	
28	limit 27 to (yr="2014 -Current" and (adult <18 to 64 years> or aged <65+ years>))	
29	(Letter* or Editorial* or Conference* or Congress or Proceeding*).ti,ab,sh,kw,hw,kf,pt.	
30	28 not 29	433

Web of Science (ISI)

ID	Estrategia de búsqueda	N.º ítems
1	TS="Art Therapy" or TI="Art Therapy" or AB="Art Therapy" or AK="Art Therapy" or KP="Art Therapy"	
2	TS=Art\$herapy or TI=Art\$herapy or AB=Art\$herapy or AK=Art\$herapy or KP=Art\$herapy	
3	TS=sculptur* or TI=sculptur* or AB=sculptur* or AK=sculptur* or KP=sculptur*	
4	TS=paint* or TI=paint* or AB=paint* or AK=paint* or KP=paint*	
5	TS=ceramic* or TI=ceramic* or AB=ceramic* or AK=ceramic* or KP=ceramic*	
6	TS=engraving* or TI=engraving* or AB=engraving* or AK=engraving* or KP=engraving*	
7	TS=goldsmith or TI=goldsmith or AB=goldsmith or AK=goldsmith or KP=goldsmith	
8	TS="Plastic art" or TI="Plastic art" or AB="Plastic art" or AK="Plastic art" or KP="Plastic art"	
9	TS="Plastics Arts" or TI="Plastics Arts" or AB="Plastics Arts" or AK="Plastics Arts" or KP="Plastics Arts"	
10	#3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9	
11	TS=therap* or TI=therap* or AB=therap* or AK=therap* or KP=therap*	
12	#11 AND #10	
13	#1 OR #2 OR #12	
14	TS="Systmatic Review" or TI="Systmatic Review" or AB="Systmatic Review" or AK="Systmatic Review" or KP="Systmatic Review"	
15	TS=Systematic* or TI=Systematic* or AB=Systematic* or AK=Systematic* or KP=Systematic*	
16	TS=Review* or TI=Review* or AB=Review* or AK=Review* or KP=Review*	
17	#15 AND #16	
18	18: TS="Meta anal*" or TI="Meta anal*" or AB="Meta anal*" or AK="Meta anal*" or KP="Meta anal*"	
19	19: TS="Metaanal*" or TI="Metaanal*" or AB="Metaanal*" or AK="Metaanal*" or KP="Metaanal*"	
20	20: TS=Meta-anal* or TI=Meta-anal* or AB=Meta-anal* or AK=Meta-anal* or KP=Meta-anal*	
21	21: TS=random* or TI=random* or AB=random* or AK=random* or KP=random*	
22	22: TS=trial* or TI=trial* or AB=trial* or AK=trial* or KP=trial*	
23	23: #21 AND #22	
24	24: #14 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #22 OR #23	
25	25: #13 AND #24	
26	26: TS=(Dental or Teeth or Tooth or periodontal or Dentistry) or TI=(Dental or Teeth or Tooth or periodontal or Dentistry) or AB=(Dental or Teeth or Tooth or periodontal or Dentistry) or AK=(Dental or Teeth or Tooth or periodontal or Dentistry) or KP=(Dental or Teeth or Tooth or periodontal or Dentistry)	

ID	Estrategia de búsqueda	N.º ítems
27	27: #25 NOT #26	
28	28: #25 NOT #26 and 2025 or 2024 or 2023 or 2022 or 2021 or 2020 or 2019 or 2018 or 2017 or 2016 or 2015 or 2014 (Publication Years)	386

Psychinfo (Ovid)

ID	Estrategia de búsqueda	N.º ítems
1	"Art Therapy".ti,ab,sh,mh,hw.	
2	Artherapy.ti,ab,sh,mh,hw.	
3	"sculptur*".ti,ab,sh,mh,hw.	
4	"paint*".ti,ab,sh,mh,hw.	
5	"ceramic*".ti,ab,sh,mh,hw.	
6	"engraving*".ti,ab,sh,mh,hw.	
7	goldsmith.ti,ab,sh,mh,hw.	
8	"Plastic art".ti,ab,sh,mh,hw.	
9	"Plastics Arts".ti,ab,sh,mh,hw.	
10	3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9	
11	therap*.ti,ab,sh,mh,hw.	
12	10 and 11	
13	1 or 2 or 12	
14	"Systmatic Review".ti,ab,sh,mh,hw,pt.	
15	"Systematic*".ti,ab,sh,mh,hw.	
16	"Review* ti,ab,sh,mh,hw.".ab,hw,mh,sh,ti.	
17	15 and 16	
18	"Meta anal* ".ti,ab,sh,mh,hw.	
19	"Metaanal* ti,ab,sh,mh,hw.".ab,hw,mh,sh,ti.	
20	Meta-anal*.ti,ab,sh,mh,hw.	
21	random*.ti,ab,sh,mh,hw.	
22	trial*.ti,ab,sh,mh,hw,pt.	
23	21 and 22	
24	14 or 17 or 18 or 19 or 20 or 22 or 23	
25	13 and 24	
26	(Dental or Teeth or Tooth or periodontal or Dentistry).ti,ab,sh,mh,hw.	
27	((("Art Therapy" or Artherapy or (("sculptur*" or "paint*" or "ceramic*" or "engraving*" or goldsmith or "Plastic art" or "Plastics Arts") and therap*)) and ("Systmatic Review" or ("Systematic*" and "Review* ti,ab,sh,mh,hw.") or "Meta anal* " or "Metaanal* ti,ab,sh,mh,hw." or Meta-anal* or trial* or (random* and trial*))) not (Dental or Teeth or Tooth or periodontal or Dentistry)).ab,hw,mh,sh,ti.	
28	limit 27 to (("300 adulthood (age 18 yrs and older)" or "320 young adulthood (age 18 to 29 yrs)" or "340 thirties (age 30 to 39 yrs)" or "360 middle age (age 40 to 64 yrs)" or "380 aged (age 65 yrs and older)" or "390 very old (age 85 yrs and older)") and yr="2014 -Current")	
29	(Letter* or Editorial* or Conference* or Congress or Proceeding*).ti,ab,sh,mh,hw.	
30	28 not 29	96

Clinical Trials

ID	Estrategia de búsqueda	N.º ítems
1	"Arte Therapy" and "mild cognitive impairment" (Condition)	39

Anexo B. Tablas de evidencia

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Riesgo de sesgo*																																																					
Mahendran 2018 (22)	<p>Diseño: Ensayo clínico aleatorizado paralelo con 3 grupos (arteterapia, reminiscencia musical y control).</p> <p>Objetivos: Evaluar el efecto de la arteterapia y de la actividad de reminiscencia musical en la cognición, estado anímico, calidad del sueño y longitud de telómeros.</p>	<p>Población: Adultos mayores de 60 a 85 años que viven en la comunidad y cumplen con los criterios de Petersen para deterioro cognitivo leve (DCL).</p> <p>Intervención: AT (arteterapia): creación de obras de arte.</p> <p>Comparación: Sin intervención; vida habitual.</p> <p>Resultados analizados: Efectos de la intervención en la memoria, la atención y la función cognitiva.</p>	<p>N.º participantes/grupo: Arteterapia: n = 22 Grupo control: n = 22</p> <p>Intervención grupo experimental: Arteterapia: 2 sesiones al mes de creación artística y reflexión, 1 visita guiada al museo de arte al mes y 1 visita a la galería de arte al mes.</p> <p>Duración inicial: 12 sesiones semanales durante 12 semanas.</p> <p>Seguimiento: Sesiones quincenales; una sesión al mes de creación artística y una sesión al mes de visita al museo o galería de arte.</p> <p>Intervención grupo control: Sin intervención; vida habitual.</p> <p>Método de enmascaramiento: Simple ciego (evaluador de los resultados).</p>	<p>Solo se recogen los datos de la intervención de arteterapia frente al grupo control.</p> <p>Características de los pacientes: La edad media fue similar entre el grupo de arteterapia (71,1 ± 4,8 años) y el grupo control (70,6 ± 5,8 años). Ambos grupos presentaron una proporción idéntica de mujeres, con un 81,8 %. Las puntuaciones iniciales en las pruebas de memoria verbal (RAVLT), funciones ejecutivas (WAIS-III) y atención (CTT 2) no mostraron diferencias relevantes entre los grupos. Asimismo, la media de los dominios de memoria y la media total de dominios fueron comparables entre ambos grupos.</p> <p>Eficacia:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Variable evaluada</th> <th>Tiempo</th> <th>Arteterapia (media ± DE)</th> <th>Grupo control (media ± DE)</th> <th>Diferencia (IC 95 %)</th> <th>Valor p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">N.º de participantes evaluados</td> <td>6 meses</td> <td>19</td> <td>18</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>9 meses</td> <td>18</td> <td>18</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>RAVLT: Aprendizaje (z-score)</td> <td>3 meses</td> <td>1,01 (0,19)</td> <td>0,47 (0,19)</td> <td>0,54 (0,021-1,063)</td> <td>0,042</td> </tr> <tr> <td>RAVLT: Aprendizaje (z-score)</td> <td>9 meses</td> <td>1,07 (0,17)</td> <td>0,60 (0,16)</td> <td>0,47 (0,015-0,928)</td> <td>0,043</td> </tr> <tr> <td>RAVLT: Recuerdo diferido</td> <td>3 meses</td> <td>0,31 (0,14)</td> <td>0,08 (0,14)</td> <td>0,24 (-0,151-0,624)</td> <td>0,230</td> </tr> <tr> <td>RAVLT: Recuerdo diferido</td> <td>9 meses</td> <td>0,41 (0,13)</td> <td>0,27 (0,12)</td> <td>0,14 (-0,216-0,487)</td> <td>0,448</td> </tr> <tr> <td>RAVLT: Reconocimiento</td> <td>3 meses</td> <td>0,57 (0,22)</td> <td>0,11 (0,22)</td> <td>0,46 (-0,143-1,067)</td> <td>0,134</td> </tr> <tr> <td>RAVLT: Reconocimiento</td> <td>9 meses</td> <td>0,50 (0,21)</td> <td>0,18 (0,20)</td> <td>0,32 (-0,246-0,895)</td> <td>0,262</td> </tr> </tbody> </table>	Variable evaluada	Tiempo	Arteterapia (media ± DE)	Grupo control (media ± DE)	Diferencia (IC 95 %)	Valor p	N.º de participantes evaluados	6 meses	19	18	-	-	9 meses	18	18	-	-	RAVLT: Aprendizaje (z-score)	3 meses	1,01 (0,19)	0,47 (0,19)	0,54 (0,021-1,063)	0,042	RAVLT: Aprendizaje (z-score)	9 meses	1,07 (0,17)	0,60 (0,16)	0,47 (0,015-0,928)	0,043	RAVLT: Recuerdo diferido	3 meses	0,31 (0,14)	0,08 (0,14)	0,24 (-0,151-0,624)	0,230	RAVLT: Recuerdo diferido	9 meses	0,41 (0,13)	0,27 (0,12)	0,14 (-0,216-0,487)	0,448	RAVLT: Reconocimiento	3 meses	0,57 (0,22)	0,11 (0,22)	0,46 (-0,143-1,067)	0,134	RAVLT: Reconocimiento	9 meses	0,50 (0,21)	0,18 (0,20)	0,32 (-0,246-0,895)	0,262	<p>Este estudio piloto respalda la eficacia de los programas de estimulación cognitiva, especialmente la terapia artística, en personas mayores con deterioro cognitivo leve. Los resultados obtenidos ponen de relieve el potencial terapéutico de estas intervenciones y la necesidad de seguir investigando y replicando estos enfoques a mayor escala. No obstante, existen limitaciones inherentes al diseño del estudio que podrían afectar la generalización de los hallazgos, aunque controlar estos factores resulta complejo en investigaciones de esta naturaleza.</p> <p>Comentarios</p> <p>Limitaciones: El estudio piloto tuvo una muestra pequeña y mayoría de mujeres, lo que limita la potencia estadística y la generalización. No fue posible el doble cegamiento, aunque los evaluadores estaban enmascarados.</p>	Alto
Variable evaluada	Tiempo	Arteterapia (media ± DE)	Grupo control (media ± DE)	Diferencia (IC 95 %)	Valor p																																																						
N.º de participantes evaluados	6 meses	19	18	-	-																																																						
	9 meses	18	18	-	-																																																						
RAVLT: Aprendizaje (z-score)	3 meses	1,01 (0,19)	0,47 (0,19)	0,54 (0,021-1,063)	0,042																																																						
RAVLT: Aprendizaje (z-score)	9 meses	1,07 (0,17)	0,60 (0,16)	0,47 (0,015-0,928)	0,043																																																						
RAVLT: Recuerdo diferido	3 meses	0,31 (0,14)	0,08 (0,14)	0,24 (-0,151-0,624)	0,230																																																						
RAVLT: Recuerdo diferido	9 meses	0,41 (0,13)	0,27 (0,12)	0,14 (-0,216-0,487)	0,448																																																						
RAVLT: Reconocimiento	3 meses	0,57 (0,22)	0,11 (0,22)	0,46 (-0,143-1,067)	0,134																																																						
RAVLT: Reconocimiento	9 meses	0,50 (0,21)	0,18 (0,20)	0,32 (-0,246-0,895)	0,262																																																						

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados						Conclusiones de los autores	Riesgo de sesgo*
				Variable evaluada	Tiempo	Arteterapia (media ± DE)	Grupo control (media ± DE)	Diferencia (IC 95 %)	Valor p		
	Localización y periodo de realización: Estudio unicéntrico realizado en Singapur, entre junio 2016 y abril 2017.	Resultados primarios: Cambios en tests neurocognitivos: RAVLT (aprendizaje, recuerdo, reconocimiento, WAIS-III (dígitos, bloques) y CTT-2. Tiempo de seguimiento: 9 meses (evaluación a los 3 y a los 9 meses).	Pérdidas post aleatorización: Arteterapia: 3 participantes discontinuaron la intervención. Las razones fueron falta de interés (1), mudanza fuera del área (1) y comenzar a trabajar (1). Grupo de Control: 4 participantes. Las razones fueron rechazo a continuar después de la asignación (2), problemas de salud (1) y compromisos laborales (1).	Promedio dominios RAVLT	3 meses	0,64 (0,12)	0,23 (0,12)	0,40 (0,072-0,733)	0,017	Posibles efectos de confusión que incluyen síntomas leves de depresión/ansiedad y la influencia de la socialización, que no se evaluó, pero podría afectar resultados. Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses. Financiación: La financiación provino de donaciones para investigación realizadas por el templo Kwan Imm Thong Hood Cho y Lee Kim Tah Holdings Pte. Ltd.	
Promedio dominios RAVLT				9 meses	0,67 (0,10)	0,36 (0,10)	0,31 (0,022-0,595)	0,035			
WAIS-III Dígitos				3 meses	0,62 (0,31)	-0,37 (0,32)	0,99 (0,11-1,87)	0,028			
WAIS-III Dígitos				9 meses	0,69 (0,29)	0,23 (0,28)	0,46 (-0,35-1,27)	0,263			
WAIS-III Bloques				3 meses	0,69 (0,21)	0,26 (0,22)	0,44 (-0,16-1,04)	0,154			
WAIS-III Bloques				9 meses	0,47 (0,19)	0,32 (0,18)	0,15 (-0,36-0,67)	0,558			
CTT 2				3 meses	0,52 (0,28)	0,40 (0,28)	0,11 (-0,662-0,892)	0,771			
CTT 2				9 meses	0,49 (0,28)	0,76 (0,27)	-0,27 (-1,037-0,497)	0,488			

Notas: *Herramienta RoB 2 de riesgo de sesgo de ECA.

Abreviaturas: AT: Arteterapia; DCL: deterioro cognitivo leve; RAVLT: prueba de aprendizaje auditivo verbal de Rey; WAIS-III: escala de inteligencia para adultos de Wechsler, tercera edición; CTT-2: prueba de trazado por colores; IC: intervalo de confianza; DE: desviación estándar; ECA: ensayo clínico aleatorizado

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Riesgo de sesgo*																																																																																										
Lin 2022 (23)	<p>Diseño: Ensayo clínico aleatorizado con tres brazos.</p> <p>Objetivos: Evaluar el efecto del programa CrEAS sobre funciones cognitivas y otras variables secundarias en adultos mayores con deterioro cognitivo leve, comparado con controles activo (A-control) y pasivo (W-control).</p> <p>Localización y periodo de realización: Estudio unicéntrico realizado en China, entre diciembre 2019 y julio 2021.</p>	<p>Población: Adultos de 60 a 85 años con deterioro cognitivo leve y capacidad para realizar pruebas neuropsicológicas, que firmaron consentimiento informado. Se excluyeron: personas con enfermedades graves, trastornos o medicamentos que afecten la cognición, problemas para completar evaluaciones, participación en otros estudios, o que no continuaron el estudio.</p> <p>Intervención: Programa de artes creativas expresivas narrativas (CrEAS).</p> <p>Comparación: Grupo control-A: Participación en rompecabezas grupales (control activo). Grupo Control-W: Actividades habituales (control pasivo).</p>	<p>N.º participantes: 135 pacientes. CrEAS: 45 A-control: 45 W-control: 45</p> <p>Intervención grupo experimental: Programa CrEAS con sesión de 5 minutos de introducción, 45-50 minutos de creación artística y 30 minutos de intercambio narrativo guiado.</p> <p>Intervención grupo control: Grupo A-Control: Juegos grupales de rompecabezas semanales durante 24 semanas. Cada sesión incluía 15 minutos de calentamiento y 75 minutos de juegos de rompecabezas. Grupo W-Control: Sin intervención; actividades diarias durante 24 semanas.</p>	<p>Características: La edad media de los participantes fue de 70,98 ± 6,45 años en el grupo CrEAS, 72,58 ± 7,09 años en el grupo A-control y 69,22 ± 6,91 años en el grupo W-control, sin diferencias significativas entre grupos (p = 0,069). El porcentaje de mujeres fue similar entre los grupos: 35,71 % en CrEAS, 34,52 % en A-control y 29,76% en W-control. Las puntuaciones iniciales en las pruebas de función cognitiva (MoCA y MMSE) no mostraron diferencias significativas entre grupos (p > 0,05).</p> <p>Eficacia:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Variable</th> <th>Comparación</th> <th>Semana</th> <th>Diferencia media ajustada (IC 95 %)</th> <th>p valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">MMSE</td> <td>CrEAS vs. A-control</td> <td>24</td> <td>-0,905 (-1,748 a -0,062)</td> <td>0,038</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. W-control</td> <td>24</td> <td>-1,862 (-2,726 a -0,998)</td> <td><0,001</td> </tr> <tr> <td>CrEAS A-control</td> <td>48</td> <td>-1,033 (-2,105 a 0,039)</td> <td>0,061</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. W-control</td> <td>48</td> <td>-1,743 (-2,858 a -0,629)</td> <td>0,003</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">MoCA</td> <td>CrEAS vs. A-control</td> <td>24</td> <td>-0,764 (-1,854 a 0,326)</td> <td>0,172</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. W-control</td> <td>24</td> <td>-2,190 (-3,305 a -1,075)</td> <td><0,001</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. A-control</td> <td>48</td> <td>-0,218 (-1,554 a 1,118)</td> <td>0,750</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. W-control</td> <td>48</td> <td>-1,779 (-3,168 a -0,389)</td> <td>0,013</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">AVLT Inmediato</td> <td>CrEAS vs. A-control</td> <td>24</td> <td>-2,026 (-4,162 a 0,111)</td> <td>0,066</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. W-control</td> <td>24</td> <td>-2,942 (-5,118 a -0,766)</td> <td>0,009</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. A-control</td> <td>48</td> <td>-2,941 (-5,262 a -0,620)</td> <td>0,014</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. W-control</td> <td>48</td> <td>-3,835 (-6,247 a -1,423)</td> <td>0,002</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">AVLT Diferido</td> <td>CrEAS vs. A-control</td> <td>24</td> <td>-0,235 (-1,399 a 0,929)</td> <td>0,693</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. W-control</td> <td>24</td> <td>-1,105 (-2,296 a 0,086)</td> <td>0,072</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. A-control</td> <td>48</td> <td>-0,472 (-1,748 a 0,804)</td> <td>0,470</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. W-control</td> <td>48</td> <td>-1,229 (-2,557 a 0,099)</td> <td>0,072</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">AVLT Reconocimiento</td> <td>CrEAS vs. A-control</td> <td>24</td> <td>-0,647 (-1,913 a 0,619)</td> <td>0,319</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. W-control</td> <td>24</td> <td>-1,119 (-2,413 a 0,174)</td> <td>0,092</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. A-control</td> <td>48</td> <td>-1,173 (-2,667 a 0,321)</td> <td>0,127</td> </tr> <tr> <td>CrEAS vs. W-control</td> <td>48</td> <td>-2,978 (-4,552 a -1,404)</td> <td><0,001</td> </tr> </tbody> </table>	Variable	Comparación	Semana	Diferencia media ajustada (IC 95 %)	p valor	MMSE	CrEAS vs. A-control	24	-0,905 (-1,748 a -0,062)	0,038	CrEAS vs. W-control	24	-1,862 (-2,726 a -0,998)	<0,001	CrEAS A-control	48	-1,033 (-2,105 a 0,039)	0,061	CrEAS vs. W-control	48	-1,743 (-2,858 a -0,629)	0,003	MoCA	CrEAS vs. A-control	24	-0,764 (-1,854 a 0,326)	0,172	CrEAS vs. W-control	24	-2,190 (-3,305 a -1,075)	<0,001	CrEAS vs. A-control	48	-0,218 (-1,554 a 1,118)	0,750	CrEAS vs. W-control	48	-1,779 (-3,168 a -0,389)	0,013	AVLT Inmediato	CrEAS vs. A-control	24	-2,026 (-4,162 a 0,111)	0,066	CrEAS vs. W-control	24	-2,942 (-5,118 a -0,766)	0,009	CrEAS vs. A-control	48	-2,941 (-5,262 a -0,620)	0,014	CrEAS vs. W-control	48	-3,835 (-6,247 a -1,423)	0,002	AVLT Diferido	CrEAS vs. A-control	24	-0,235 (-1,399 a 0,929)	0,693	CrEAS vs. W-control	24	-1,105 (-2,296 a 0,086)	0,072	CrEAS vs. A-control	48	-0,472 (-1,748 a 0,804)	0,470	CrEAS vs. W-control	48	-1,229 (-2,557 a 0,099)	0,072	AVLT Reconocimiento	CrEAS vs. A-control	24	-0,647 (-1,913 a 0,619)	0,319	CrEAS vs. W-control	24	-1,119 (-2,413 a 0,174)	0,092	CrEAS vs. A-control	48	-1,173 (-2,667 a 0,321)	0,127	CrEAS vs. W-control	48	-2,978 (-4,552 a -1,404)	<0,001	<p>El programa CrEAS utilizado en este estudio representa una aproximación novedosa en el campo de las intervenciones cognitivas. Este enfoque puede integrarse en programas de prevención de la demencia y en planes de manejo a largo plazo para contribuir a retrasar la progresión del deterioro cognitivo y la conversión a demencia. Este modelo único, no farmacológico, posee características distintivas que enriquecen los métodos actuales de intervención cognitiva para el deterioro cognitivo leve. No obstante, se requieren estudios multicéntricos adicionales para confirmar estos resultados y para comprender en profundidad todos los beneficios clínicos que esta intervención puede ofrecer.</p> <p>Comentarios Limitaciones: Sesgo de selección por alta motivación de los participantes, posibles pérdidas durante el seguimiento (algunas asociadas a la pandemia), y riesgo de contaminación entre grupos.</p>	Moderado
Variable	Comparación	Semana	Diferencia media ajustada (IC 95 %)	p valor																																																																																												
MMSE	CrEAS vs. A-control	24	-0,905 (-1,748 a -0,062)	0,038																																																																																												
	CrEAS vs. W-control	24	-1,862 (-2,726 a -0,998)	<0,001																																																																																												
	CrEAS A-control	48	-1,033 (-2,105 a 0,039)	0,061																																																																																												
	CrEAS vs. W-control	48	-1,743 (-2,858 a -0,629)	0,003																																																																																												
MoCA	CrEAS vs. A-control	24	-0,764 (-1,854 a 0,326)	0,172																																																																																												
	CrEAS vs. W-control	24	-2,190 (-3,305 a -1,075)	<0,001																																																																																												
	CrEAS vs. A-control	48	-0,218 (-1,554 a 1,118)	0,750																																																																																												
	CrEAS vs. W-control	48	-1,779 (-3,168 a -0,389)	0,013																																																																																												
AVLT Inmediato	CrEAS vs. A-control	24	-2,026 (-4,162 a 0,111)	0,066																																																																																												
	CrEAS vs. W-control	24	-2,942 (-5,118 a -0,766)	0,009																																																																																												
	CrEAS vs. A-control	48	-2,941 (-5,262 a -0,620)	0,014																																																																																												
	CrEAS vs. W-control	48	-3,835 (-6,247 a -1,423)	0,002																																																																																												
AVLT Diferido	CrEAS vs. A-control	24	-0,235 (-1,399 a 0,929)	0,693																																																																																												
	CrEAS vs. W-control	24	-1,105 (-2,296 a 0,086)	0,072																																																																																												
	CrEAS vs. A-control	48	-0,472 (-1,748 a 0,804)	0,470																																																																																												
	CrEAS vs. W-control	48	-1,229 (-2,557 a 0,099)	0,072																																																																																												
AVLT Reconocimiento	CrEAS vs. A-control	24	-0,647 (-1,913 a 0,619)	0,319																																																																																												
	CrEAS vs. W-control	24	-1,119 (-2,413 a 0,174)	0,092																																																																																												
	CrEAS vs. A-control	48	-1,173 (-2,667 a 0,321)	0,127																																																																																												
	CrEAS vs. W-control	48	-2,978 (-4,552 a -1,404)	<0,001																																																																																												

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados					Conclusiones de los autores	Riesgo de sesgo*
		Resultados analizados Función cognitiva: Mini examen del estado mental (MMSE) y evaluación cognitiva de Montreal (MoCA). Memoria: Prueba de aprendizaje auditivo verbal (AVLT). Lenguaje: Prueba de fluidez verbal (VFT) y prueba de denominación de Boston (BNT). Función ejecutiva: Prueba de trazado de figuras (STT). Capacidad construcción visoespacial: Prueba de la figura compleja de Rey-Osterrieth (ROCFT). Atención: Test de símbolos y dígitos (SDMT).	Método enmascaramiento: Enmascaramiento parcial; los investigadores y estadísticos estuvieron ciegos, mientras que participantes y personal de CrEAS, no. Pérdidas post aleatorización: Grupo CrEAS: 3 pérdidas a las 24 semanas (1 por dejar la residencia, 2 por razones médicas) y 4 más hasta la semana 48 (1 por dejar la residencia, 2 médicas, 1 causa no especificada). Grupo A-Control: 5 pérdidas a las 24 semanas (2 por dejar la residencia, 1 médica, 2 por transferencia) y 9 adicionales hasta la semana 48 (2 por dejar la residencia, 5 médicas, 2 sin causa conocida). Grupo W-Control: 6 pérdidas a las 24 semanas (1 médica, 3 negativa a continuar, 2 por otra investigación) y 12 más hasta la semana 48 (1 por dejar la residencia, 9 médicas, 2 sin causa especificada).	Variable	Comparación	Semana	Diferencia media ajustada (IC 95%)	p valor	Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. Financiación: Este estudio fue financiado por: <i>National Natural Science Foundation of China</i> (n.º de proyecto: 82071222), <i>Startup Fund for Scientific Research</i> , Fujian Medical University (2018QH2023) y <i>Joint Funds for the Innovation of Science and Technology</i> , Fujian Province (2020Y9021)	
VFT	CrEAS vs. A-control	24	-1,474 (-3,168 a 0,220)	0,091						
	CrEAS vs. W-control	24	-2,798 (-4,525 a -1,071)	0,002						
	CrEAS vs. A-control	48	-1,009 (-2,572 a 0,553)	0,208						
	CrEAS vs. W-control	48	-2,076 (-3,712 a -0,439)	0,014						
STT-A	CrEAS vs. A-control	24	1,632 (-8,741 a 12,005)	0,758						
	CrEAS vs. W-control	24	8,994 (-1,659 a 19,646)	0,101						
	CrEAS vs. A-control	48	4,303 (-9,463 a 18,068)	0,541						
	CrEAS vs. W-control	48	14,412 (0,084 a 28,741)	0,051						
STT-B	CrEAS vs. A-control	24	13,546 (-9,782 a 36,873)	0,257						
	CrEAS vs. W-control	24	42,037 (18,108 a 65,967)	0,001						
	CrEAS vs. A-control	48	10,795 (-13,38 a 34,966)	0,383						
	CrEAS vs. W-control	48	34,743 (9,440 a 60,045)	0,008						
SDMT	CrEAS vs. A-control	24	-1,525 (-5,084 a 2,033)	0,403						
	CrEAS vs. W-control	24	-4,239 (-7,904 a -0,575)	0,025						
	CrEAS vs. A-control	48	-0,384 (-4,043 a 3,274)	0,837						
	CrEAS vs. W-control	48	-5,074 (-8,878 a -1,269)	0,010						
BNT	CrEAS vs. A-control	24	-0,143 (-1,630 a 1,344)	0,851						
	CrEAS vs. W-control	24	-0,956 (-2,482 a 0,571)	0,222						
	CrEAS vs. A-control	48	-0,202 (-1,634 a 1,231)	0,783						
	CrEAS vs. W-control	48	-1,100 (-2,594 a 0,394)	0,152						
ROCFT copia	CrEAS vs. A-control	24	8,153 (-41,93 a 58,235)	0,750						
	CrEAS vs. W-control	24	19,092 (-32,36 a 70,540)	0,468						
	CrEAS vs. A-control	48	8,899 (-41,45 a 59,245)	0,730						
	CrEAS vs. W-control	48	19,138 (-32,57 a 70,850)	0,470						
ROCFT recuerdo inmediato	CrEAS vs. A-control	24	1,180 (-0,938 a 3,298)	0,277						
	CrEAS vs. W-control	24	-0,355 (-2,520 a 1,810)	0,748						
	CrEAS vs. A-control	48	1,032 (-1,466 a 3,530)	0,420						
	CrEAS vs. W-control	48	0,047 (-2,524 a 2,619)	0,971						

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados					Conclusiones de los autores	Riesgo de sesgo*
				Variable	Comparación	Semana	Diferencia media ajustada (IC 95%)	p valor		
			Tiempo de seguimiento: A las 24 y 48 semanas desde el inicio de la intervención.	ROCFT recuerdo diferido	CrEAS vs. A-control	24	-0,576 (-3,007 a 1,856)	0,644		
					CrEAS vs. W-control	24	-1,671 (-4,152 a 0,810)	0,189		
					CrEAS vs. A-control	48	-1,167 (-4,139 a 1,804)	0,443		
					CrEAS vs. W-control	48	-2,207 (-5,254 a 0,840)	0,158		

Notas: *Herramienta RoB 2 de riesgo de sesgo de ECA.

Abreviaturas: CrEAS: intervención basada en artes expresivas creativas; DCL: deterioro cognitivo leve; MMSE: mini examen del estado mental; MoCA: evaluación cognitiva de Montreal; AVLT: prueba de aprendizaje auditivo verbal; VFT: prueba de fluidez verbal; BNT: prueba de denominación de Boston; STT: prueba de trazado de figuras; ROCFT: prueba de la figura compleja de Rey-Osterrieth; SDMT: test de símbolos y dígitos; IC: intervalo de confianza; A-control: grupo control activo (rompecabezas); W-control: grupo control pasivo (actividades habituales).

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Riesgo de sesgo*																																																																													
Luo 2022 (24)	<p>Diseño: Ensayo clínico aleatorizado.</p> <p>Objetivos: Evaluar el impacto del programa remoto de artes expresivas (rEAP) en la función cognitiva de adultos mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) y explorar sus mecanismos neurobiológicos.</p> <p>Localización y período de realización: Estudio unicéntrico realizado en China, entre julio 2020 y agosto 2021.</p>	<p>Población: Adultos mayores de 60 años con DCL, según criterios de Petersen, con queja subjetiva de memoria, sin demencia (MMSE ajustado por escolaridad), funcionalmente independientes, con visión normal o corregida, diestros, con acceso a internet y consentimiento informado.</p> <p>Criterios de exclusión: Pacientes con déficits visuales o auditivos, enfermedades neurológicas o crónicas graves, consumo de alcohol o drogas, participación en otro estudio clínico, o contraindicaciones para la resonancia magnética.</p> <p>Intervención: Programa remoto de artes expresivas (rEAP)</p> <p>Comparación: Grupo HE (<i>Health Education</i>) educación en salud</p>	<p>N.º participantes: 73 pacientes. Grupo rEAP: n = 38. Grupo HE: n = 35.</p> <p>Intervención grupo experimental: Programa remoto de artes expresivas (rEAP): sesiones de 60 minutos, 2 veces por semana durante 12 semanas. Incluye creación artística remota (pintura, narración) con seguimiento por WeChat.</p> <p>Intervención grupo control: Grupo control (HE-<i>Health education</i>): educación en salud cognitiva, 24 sesiones.</p> <p>Método enmascaramiento: Enmascaramiento simple. Los evaluadores desconocían la asignación de los participantes a los grupos.</p>	<p>Características: La mediana de edad fue similar entre los grupos rEAP (71,5 años) y HE (71,0 años). En cuanto al sexo, el grupo rEAP tuvo un 26 % de hombres y 74 % de mujeres, mientras que el grupo HE tuvo un 43 % de hombres y 57 % de mujeres. Las puntuaciones cognitivas globales (MoCA y MMSE) fueron comparables entre grupos. Sin embargo, el grupo HE mostró mejores resultados en las pruebas de función ejecutiva y atención (STT-A, STT-B y SDMT).</p> <p>Eficacia:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Variables</th> <th>rEAP antes (media ± DE)</th> <th>rEAP después</th> <th>HE antes</th> <th>HE después</th> <th>p*</th> <th>p (FDR corrección)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MoCA</td> <td>22,6 (2,9)</td> <td>24,8 (2,7)</td> <td>21,6 (3,0)</td> <td>22,9 (2,7)</td> <td>0,012</td> <td>0,066</td> </tr> <tr> <td>MMSE</td> <td>26,8 (1,9)</td> <td>27,9 (1,8)</td> <td>26,7 (1,8)</td> <td>26,7 (2,5)</td> <td>0,035</td> <td>0,128</td> </tr> <tr> <td>AVLT memoria inmediata</td> <td>17,8 (5,6)</td> <td>20,1 (6,5)</td> <td>14,9 (4,9)</td> <td>16,8 (4,7)</td> <td>0,314</td> <td>0,384</td> </tr> <tr> <td>AVLT memoria largo plazo</td> <td>4,7 (3)</td> <td>6,7 (3)</td> <td>3,6 (2,7)</td> <td>4,8 (3)</td> <td>0,044</td> <td>0,097</td> </tr> <tr> <td>AVLT de recuerdo</td> <td>21,4 (2,8)</td> <td>22,2 (1,7)</td> <td>20,5 (3)</td> <td>20,7 (2,8)</td> <td>0,036</td> <td>0,099</td> </tr> <tr> <td>VFT</td> <td>17 (2,9)</td> <td>17,3 (4,2)</td> <td>15,5 (4,1)</td> <td>14,9 (4)</td> <td>0,154</td> <td>0,242</td> </tr> <tr> <td>BNT</td> <td>22,3 (3,1)</td> <td>23,2 (3)</td> <td>20,2 (4,2)</td> <td>20,9 (3,1)</td> <td>0,069</td> <td>0,127</td> </tr> <tr> <td>STT-A</td> <td>62,6 (14,5)</td> <td>63,5 (25,7)</td> <td>73,7 (20,4)</td> <td>70,5 (19,5)</td> <td>0,851</td> <td>0,851</td> </tr> <tr> <td>STT-B</td> <td>163,7 (43,5)</td> <td>148,3 (58,6)</td> <td>185,7 (59,5)</td> <td>163,1 (47,7)</td> <td>0,841</td> <td>0,925</td> </tr> <tr> <td>SDMT</td> <td>32,6 (8,7)</td> <td>34,8 (9,6)</td> <td>29,5 (8,5)</td> <td>29,1 (8,8)</td> <td>0,009</td> <td>0,099</td> </tr> </tbody> </table> <p>Notas: p*: valor de p sin corrección. FDR: corrección por tasa de descubrimientos falsos.</p>	Variables	rEAP antes (media ± DE)	rEAP después	HE antes	HE después	p*	p (FDR corrección)	MoCA	22,6 (2,9)	24,8 (2,7)	21,6 (3,0)	22,9 (2,7)	0,012	0,066	MMSE	26,8 (1,9)	27,9 (1,8)	26,7 (1,8)	26,7 (2,5)	0,035	0,128	AVLT memoria inmediata	17,8 (5,6)	20,1 (6,5)	14,9 (4,9)	16,8 (4,7)	0,314	0,384	AVLT memoria largo plazo	4,7 (3)	6,7 (3)	3,6 (2,7)	4,8 (3)	0,044	0,097	AVLT de recuerdo	21,4 (2,8)	22,2 (1,7)	20,5 (3)	20,7 (2,8)	0,036	0,099	VFT	17 (2,9)	17,3 (4,2)	15,5 (4,1)	14,9 (4)	0,154	0,242	BNT	22,3 (3,1)	23,2 (3)	20,2 (4,2)	20,9 (3,1)	0,069	0,127	STT-A	62,6 (14,5)	63,5 (25,7)	73,7 (20,4)	70,5 (19,5)	0,851	0,851	STT-B	163,7 (43,5)	148,3 (58,6)	185,7 (59,5)	163,1 (47,7)	0,841	0,925	SDMT	32,6 (8,7)	34,8 (9,6)	29,5 (8,5)	29,1 (8,8)	0,009	0,099	<p>El estudio demuestra que los pacientes mayores con DCL pueden beneficiarse de los rEAP, logrando mejoras en la función cognitiva. Este estudio respalda la viabilidad y los beneficios del rEAP para el mantenimiento cognitivo, lo cual es especialmente importante para personas con acceso limitado a tratamiento debido a la distancia geográfica, barreras de transporte o falta de servicios locales.</p>	Moderado
Variables	rEAP antes (media ± DE)	rEAP después	HE antes	HE después	p*	p (FDR corrección)																																																																													
MoCA	22,6 (2,9)	24,8 (2,7)	21,6 (3,0)	22,9 (2,7)	0,012	0,066																																																																													
MMSE	26,8 (1,9)	27,9 (1,8)	26,7 (1,8)	26,7 (2,5)	0,035	0,128																																																																													
AVLT memoria inmediata	17,8 (5,6)	20,1 (6,5)	14,9 (4,9)	16,8 (4,7)	0,314	0,384																																																																													
AVLT memoria largo plazo	4,7 (3)	6,7 (3)	3,6 (2,7)	4,8 (3)	0,044	0,097																																																																													
AVLT de recuerdo	21,4 (2,8)	22,2 (1,7)	20,5 (3)	20,7 (2,8)	0,036	0,099																																																																													
VFT	17 (2,9)	17,3 (4,2)	15,5 (4,1)	14,9 (4)	0,154	0,242																																																																													
BNT	22,3 (3,1)	23,2 (3)	20,2 (4,2)	20,9 (3,1)	0,069	0,127																																																																													
STT-A	62,6 (14,5)	63,5 (25,7)	73,7 (20,4)	70,5 (19,5)	0,851	0,851																																																																													
STT-B	163,7 (43,5)	148,3 (58,6)	185,7 (59,5)	163,1 (47,7)	0,841	0,925																																																																													
SDMT	32,6 (8,7)	34,8 (9,6)	29,5 (8,5)	29,1 (8,8)	0,009	0,099																																																																													

Cita abreviada	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones de los autores	Riesgo de sesgo*
		<p>Resultados analizados</p> <p>Resultado principal</p> <p>Función cognitiva general: Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA).</p> <p>Resultados secundarios</p> <p>Función cognitiva: Mini examen del estado mental (MMSE)</p> <p>Memoria: Test de aprendizaje auditivo verbal (AVLT).</p> <p>Función ejecutiva: Prueba de trazado de figuras (STT).</p> <p>Lenguaje: Prueba de fluidez verbal (VFT) y test de denominación de Boston (BNT).</p> <p>Atención y procesamiento: Test de símbolos y dígitos (SDMT).</p> <p>Tiempo de seguimiento: Evaluaciones realizadas antes y después de 12 semanas de intervención.</p>	<p>Pérdidas post aleatorización: En el grupo rEAP un participante abandonó el estudio, mientras que en el grupo de HE tres participantes se retiraron. En cuanto a las resonancias magnéticas, 47 de los 73 participantes completaron ambas exploraciones y tres participantes solo lograron realizar una.</p>		<p>Comentarios</p> <p>Limitaciones: El estudio tuvo una muestra pequeña y única, sin grupo de sujetos sanos, con diferencias iniciales entre grupos y falta de control del contacto investigador-participante. Además, la evaluación fue solo presencial y el seguimiento corto, lo que limita la generalización y detección de efectos a largo plazo.</p> <p>Conflicto de intereses: Los autores han declarado no tener conflictos de interés.</p> <p>Financiación: No se reporta fuente de financiación en el artículo.</p>	

Notas: *Herramienta RoB 2 de riesgo de sesgo de ECA.

Abreviaturas: rEAP: programa remoto de artes expresivas; HE: grupo de educación en salud; DCL: deterioro cognitivo leve; MoCA: evaluación cognitiva de Montreal; MMSE: mini examen del estado mental; AVLT: test de aprendizaje auditivo verbal; VFT: prueba de fluidez verbal; BNT: test de denominación de Boston; STT-A/STT-B: prueba de trazado de figuras (parte A y B); SDMT: test de símbolos y dígitos.

Anexo C. Calidad de la evidencia

Valoración del riesgo de sesgo de los ECA, mediante escala RoB 2

Ensayo controlado aleatorizado	Mahendran 2018 (22)	Objetivo	Evaluar el efecto de arteterapia y actividad de reminiscencia musical en la cognición de pacientes con DCL		
Grupo Experimental	Arteterapia	Comparador	Sin intervención	Fuente	Artículo
Variables de resultado	Cambios en test neurocognitivos: RAVLT (aprendizaje, recuerdo, reconocimiento), WAIS-III (dígitos, bloques) y CTT-2.				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1. ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		SÍ	La aleatorización fue 1:1 asignada mediante un sistema web, suministrado por el Instituto de Investigación de Singapur. La asignación de la intervención se equilibró utilizando la aleatorización en bloques permutados, estratificada por género.	
	1.2. ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		PS		
	1.3. Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		NO		
	Valoración de riesgo de sesgo		BAJO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		SÍ	Debido a la naturaleza del estudio no fue posible el enmascaramiento.	
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		SÍ		
	2.3. Si S/PS/NI para 2.1. o 2.2. ¿se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		NO	No se reportaron desviaciones protocolarias.	
	2.4. Si S/PS para 2.3. ¿estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si S/PS/NI para 2.4. ¿fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6. ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS	Se empleó el análisis por intención de tratar y modelos mixtos lineales. Emplearon IC 90 % y 95 %.	
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
	Valoración de riesgo de sesgo		BAJO		

Ensayo controlado aleatorizado	Mahendran 2018 (22)	Objetivo	Evaluar el efecto de arteterapia y actividad de reminiscencia musical en la cognición de pacientes con DCL	
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	NO	Hubo pérdidas en los grupos de aleatorización. Se perdieron 3 pacientes en el grupo de arteterapia y 4 en el grupo control a los 3 meses, pérdidas adicionales al mes 9.	
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NO		
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿podrían las pérdidas estar asociadas al valor real*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos. Si N/PN para 3.2: ¿podrían las pérdidas en los resultados depender de su valor real?	PN		
	3.4 Si: S/PS/NI para 3.3. ¿es probable que la pérdida sobre el resultado dependa de su valor real?	NA		
	Valoración del riesgo de sesgo	MODERADO		
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1. ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	PN	Las técnicas empleadas para la medición de las variables de resultados son las adecuadas.	
	4.2. ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	NO	Se utilizó el mismo método para medir los resultados de todos los grupos de intervención.	
	4.3. ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?	NO	Examinadores que desconocían la intervención al inicio, a los 3 meses y a los 9 meses.	
	4.4. Si S/PS/NI para 4.3. ¿el conocimiento de la intervención recibida podría influir en la evaluación de los resultados?	NA		
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4. ¿es posible el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que (1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de (2) las que el conocimiento del estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.	NA		
Valoración del riesgo de sesgos	BAJO			

Ensayo controlado aleatorizado	Mahendran 2018 (22)	Objetivo	Evaluar el efecto de arteterapia y actividad de reminiscencia musical en la cognición de pacientes con DCL	
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1. Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	PS	Hubo un plan de análisis preespecificado antes del acceso a los datos.	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado con base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	PS	Aunque se usaron escalas estándar, no todos los dominios ni subescalas se reportaron.	
	5.3. ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PS	No analizan todas las escalas.	
	Valoración del riesgo de sesgos	ALTO		
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo		ALTO	

Ensayo controlado aleatorizado	Lin 2022 (23)	Objetivo	Evaluar el efecto del programa CrEAS sobre funciones cognitivas y otras variables secundarias en adultos mayores con deterioro cognitivo leve, comparado con controles activo (A-control) y pasivo (W-control).		
Grupo Experimental	Programa de artes creativas expresivas narrativas (CrEAS).	Comparador	Grupo control-A: rompecabezas grupales. Grupo Control-W: actividades habituales.	Fuente	Artículo
Variables de resultado	Función cognitiva (MMSE, MoCA), memoria (AVLT), lenguaje (VFT, BNT), función ejecutiva (STT), visoespacial (ROCFT) y atención (SDMT).				
Dominio	Preguntas	Respuesta	Comentarios		
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1. ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?	SÍ	Se indica que fue un ECA con secuencia aleatoria informatizada. El personal de evaluación y análisis estuvo cegado al grupo asignado.		
	1.2. ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?	SÍ			
	1.3. Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?	NO	Los grupos fueron similares en edad, sexo, nivel educativo, estado cognitivo y funcional.		
	Valoración de riesgo de sesgo	BAJO			
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?	SÍ	Debido a la naturaleza de la intervención (arte vs. rompecabezas vs. no intervención), el cegamiento de los participantes no fue posible. El personal de intervención no estuvo cegado.		
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?	SÍ			
	2.3. Si S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?	NO	No se reportaron desviaciones sustanciales del protocolo.		
	2.4. Si S/PS para 2.3. ¿estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?	NA			
	2.5. Si S/PS/NI para 2.4. ¿fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?	NA			
	2.6. ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?	PS	Se realizó análisis por intención de tratar.		
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?	NA			
	Valoración de riesgo de sesgo	BAJO	Estudio abierto; aunque se aplicó ITT, el conocimiento de la intervención podría haber influido en comportamientos no reportados.		

Ensayo controlado aleatorizado	Lin 2022 (23)	Objetivo	Evaluar el efecto del programa CrEAS sobre funciones cognitivas y otras variables secundarias en adultos mayores con deterioro cognitivo leve, comparado con controles activo (A-control) y pasivo (W-control).	
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?		PN	De los 135 participantes iniciales, 96 completaron el seguimiento a 48 semanas. Se reporta una tasa de pérdidas del 29 % a las 48 semanas.
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?		NO	
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿podrían las pérdidas estar asociadas al valor real*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos. Si N/PN para 3.2. ¿podrían las pérdidas en los resultados depender de su valor real?		NO	
	3.4. Si S/PS/NI para 3.3. ¿es probable que la pérdida sobre el resultado dependa de su valor real?		NA	
	Valoración del riesgo de sesgo		MODERADO	La magnitud de las pérdidas introduce cierta incertidumbre, aunque se explican adecuadamente.
4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1. ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?		PN	Se usaron pruebas cognitivas, funcionales y emocionales validadas.
	4.2. ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?		PN	Todos los grupos fueron evaluados con los mismos instrumentos.
	4.3. ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?		NO	El personal evaluador estuvo cegado a la intervención.
	4.4. Si S/PS/NI para 4.3 ¿el conocimiento de la intervención recibida podría influir en la evaluación de los resultados?		NA	
	4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿es posible el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que (1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de (2) las que el conocimiento del estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.		NA	
Valoración del riesgo de sesgos		BAJO		

Ensayo controlado aleatorizado	Lin 2022 (23)	Objetivo	Evaluar el efecto del programa CrEAS sobre funciones cognitivas y otras variables secundarias en adultos mayores con deterioro cognitivo leve, comparado con controles activo (A-control) y pasivo (W-control).	
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1. Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	PS	Protocolo registrado.	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	PN	No hay evidencia de selección <i>ad hoc</i> de escalas o puntos de tiempo.	
	5.3. ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	PN		
	Valoración del riesgo de sesgos	BAJO		
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo		MODERADO	

Ensayo controlado aleatorizado	Luo 2022 (24)	Objetivo	Evaluar el efecto del programa remoto de artes expresivas (rEAP) sobre la función cognitiva en adultos mayores con deterioro cognitivo leve.		
Grupo Experimental	Programa remoto de artes expresivas (rEAP)	Comparador	Sesiones de educación en salud cognitiva	Fuente	Artículo
Variables de resultado	Resultado principal: función cognitiva general (MoCA); resultados secundarios: función cognitiva (MMSE), memoria (AVLT), función ejecutiva (STT), lenguaje (VFT, BNT), atención y procesamiento (SDMT) y evaluaciones neurobiológicas (ReHo y conectividad funcional por resonancia magnética funcional).				
Dominio	Preguntas		Respuesta	Comentarios	
1) Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1. ¿Fue la secuencia de asignación generada de forma aleatoria?		SÍ	Se usó una secuencia computarizada aleatoria.	
	1.2. ¿Fue la secuencia oculta hasta que los participantes fueron reclutados y asignados a las intervenciones?		NI		
	1.3. Las diferencias entre las características basales de los grupos ¿sugiere un problema en el proceso de aleatorización?		NO	Los grupos eran similares en edad, sexo, escolaridad y puntuaciones cognitivas.	
	Valoración de riesgo de sesgo		MODERADO		
2) Sesgos debidos a las desviaciones de las intervenciones establecidas	2.1. ¿Los participantes conocían su intervención asignada durante el ensayo?		SÍ	Dado que era un programa de arteterapia vs. educación en salud, el cegamiento de los participantes no fue posible.	
	2.2. ¿Eran los cuidadores y los que realizan la intervención conocedores de la intervención asignada a los pacientes durante el ensayo?		SÍ		
	2.3. Si S/PS/NI para 2.1 o 2.2. ¿se produjeron desviaciones de la intervención asignada debido al contexto experimental?		NO	No se reportaron desviaciones protocolarias.	
	2.4. Si S/PS para 2.3. ¿estas desviaciones podrían haber afectado a los resultados?		NA		
	2.5. Si S/PS/NI para 2.4. ¿fueron estas desviaciones de la intervención asignada equilibradas entre los grupos?		NA		
	2.6. ¿Se utilizó un análisis apropiado para estimar el efecto de la asignación de la intervención?		PS	Se realizó análisis por intención de tratar con imputación múltiple de datos faltantes.	
	2.7. Si N/PN/NI para 2.6. ¿existe un impacto potencial importante en los resultados por no analizar a los participantes en el grupo al que habían sido aleatorizados?		NA		
	Valoración de riesgo de sesgo		BAJO	Ensayo abierto, no se ha podido enmascarar la intervención.	

Ensayo controlado aleatorizado	Luo 2022 (24)	Objetivo	Evaluar el efecto del programa remoto de artes expresivas (rEAP) sobre la función cognitiva en adultos mayores con deterioro cognitivo leve.	
3) Sesgos debidos a la pérdida de datos de resultado	3.1. ¿Están disponibles todos (o casi todos) los datos de los participantes aleatorizados?	PS	Hay algunas pérdidas, pero no son muchas. 47 de 73 completaron MRI; 3 realizaron solo una.	
	3.2. Si N/PN/NI para 3.1. ¿hay evidencia de que el resultado no estuvo sesgado por la pérdida de datos?	NA		
	3.3. Si N/PN/ para 3.2. ¿podrían las pérdidas estar asociadas al valor real*? *Valor real del resultado (<i>true value of the outcome</i>): es el valor del resultado que debería medirse pero que no pudo realizarse por pérdidas de datos. Si N/PN para 3.2. ¿podrían las pérdidas en los resultados depender de su valor real?	NA		
	3.4. Si S/PS/NI para 3.3. ¿es probable que la pérdida sobre el resultado dependa de su valor real?	NA		
	Valoración del riesgo de sesgo	BAJO		
	4) Sesgos en la medida de los resultados	4.1. ¿Fue inapropiado el método para medir el resultado?	PN	Se usaron pruebas cognitivas validadas y resonancia funcional estandarizada.
4.2. ¿La medida o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?		PN		
4.3. ¿Los evaluadores del resultado fueron conocedores de la intervención recibida por los participantes del estudio?		NO	Evaluadores cegados.	
4.4. Si S/PS/NI para 4.3 ¿el conocimiento de la intervención recibida podría influir en la evaluación de los resultados		NA		
4.5. Si S/PS/NI para 4.4 ¿es posible el conocimiento de la intervención recibida influyera en la evaluación del resultado? Esta pregunta diferencia entre situaciones en las que (1) el conocimiento del estado de la intervención podría haber influenciado, pero no hay razón para creerlo ("algunas precauciones") de (2) las que el conocimiento del estado de la intervención probablemente influya en la evaluación del resultado.		NA		
Valoración del riesgo de sesgos		BAJO		
5) Sesgos en la selección de los resultados reportados	5.1. Los datos que generaron este resultado ¿fueron analizados de acuerdo con el plan de análisis preliminar, anterior al desenmascaramiento de los datos del resultado?	Sí	Se describe un plan estadístico previo.	
	5.2. ¿El resultado numérico fue seleccionado en base a múltiples medidas del resultado (escalas, definiciones, puntos de seguimiento, etc.) en el dominio de resultados?	PN		
	5.3. ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles	PN		
	Valoración del riesgo de sesgos	BAJO		
Sesgo global	Valoración global del riesgo de sesgo	MODERADO		

Anexo D. Artículos excluidos

CITA	CAUSA DE EXCLUSIÓN
Joschko R, Klatte C, Grabowska WA, Roll S, Berghöfer A, Willich SN. Active Visual Art Therapy and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>JAMA Netw Open</i> . 2024;7(9):e2428709.	Población inapropiada
Wang, Y. Y.; Wang, X. X.; Chen, L.; Liu, Y.; Li, Y. R. A systematic review and network meta-analysis comparing various non-pharmacological treatments for older people with mild cognitive impairment. <i>Asian J Psychiatr</i> 2023;86:103635.	Sin especificar el tipo de arteterapia
Liu, X., Wang, G. & Cao, Y. Association of nonpharmacological interventions for cognitive function in older adults with mild cognitive impairment: a systematic review and network meta-analysis. <i>Aging Clin Exp Res</i> 35, 463–478 (2023).	Sin especificar el tipo de arteterapia
Silva, R.; Abrunheiro, S.; Cardoso, D.; Costa, P.; Couto, F.; Agrenha, C.; Apostolo, J. Effectiveness of multisensory stimulation in managing neuropsychiatric symptoms in older adults with major neurocognitive disorder: a systematic review. <i>JBI Database System Rev Implement Rep</i> 2018;16(8):1663-1708.	Población inapropiada
Im, M. L.; Lee, J. I. Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. <i>Technol Health Care</i> 2014;22(3):453-8.	Diseño inapropiado
Mohd Safien A, Ibrahim N, Subramaniam P, et al. Randomized Controlled Trials of a Psychosocial Intervention for Improving the Cognitive Function among Older Adults: A Scoping Review. <i>Gerontology and Geriatric Medicine</i> . 2021;7.	Sin especificar el tipo de arteterapia
Uttley L, Scope A, Stevenson M, Rawdin A, Taylor Buck E, Sutton A, et al. Systematic review and economic modelling of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders. <i>Health Technol Assess</i> . 2015 Mar;19(18):1-120, v-vi.	Población inapropiada
Paul, M.; Sarma, B. C.; Dihidar, N. Cognitive and Integrated Intervention Therapy in the Geriatric Population and its Benefits on Daily Living Activities and Quality of Life: A Narrative Review. <i>Journal of Clinical and Diagnostic Research</i> 2024;18(5):YE01-YE05.	Sin especificar el tipo de arteterapia
Uttley, L., Stevenson, M., Scope, A. et al. Erratum to: The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis. <i>BMC Psychiatry</i> 15, 212 (2015).	Diseño inapropiado
Scope, A.; Uttley, L.; Sutton, A. A qualitative systematic review of service user and service provider perspectives on the acceptability, relative benefits, and potential harms of art therapy for people with non-psychotic mental health disorders. <i>PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY-THEORY RESEARCH AND PRACTICE</i> 2017;90(1):25-43.	Población inapropiada
Masika GM, Yu DSF, Li PWC. Can Visual Art Therapy Be Implemented with Illiterate Older Adults with Mild Cognitive Impairment? A Pilot Mixed-Method Randomized Controlled Trial. <i>Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology</i> . 2020;34(1):76-86.	Intervención inapropiada
Luo, X. X.; Zhang, A. J.; Li, Y.; Zhang, Z. Y.; Ying, F. T.; Lin, R. Q.; Yang, Q. X.; Wang, J.; Huang, G. H. Emergence of Artificial Intelligence Art Therapies (AIATs) in Mental Health Care: A Systematic Review. <i>INTERNATIONAL JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING</i> 2024;33(6):1743-17	Población inapropiada
Chiang, L.; Cheong, D.; Cordato, N. J.; Smerdely, P. Visual art therapy and its effects in older people with mild cognitive impairment: A systematic review. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> 2024;39(1):e6053.	Sin especificar el tipo de arteterapia
Uttley, L., Stevenson, M., Scope, A. et al. The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis. <i>BMC Psychiatry</i> 15, 151 (2015).	Población inapropiada
Demirel, O.; Orak, O. S. The effect of art therapy on cognitive status and psychological well-being in elderly people in institutional care. <i>Psychogeriatrics</i> 2025;25(1):e13246.	Intervención inapropiada
Batubara, S. O.; Saragih, I. D.; Mulyadi, M.; Lee, B. O. Effects of art therapy for people with mild or major neurocognitive disorders: A systematic review and meta-analysis. <i>ARCHIVES OF PSYCHIATRIC NURSING</i> 2023;45:61-71.	Población inapropiada
Masika, G. M.; Yu, D. S. F.; Li, P. W. C. Visual art therapy as a treatment option for cognitive decline among older adults. A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of advanced nursing</i> 2020;76(8):1892-1910.	Intervención inapropiada

CITA	CAUSA DE EXCLUSIÓN
Zhao J, Li H, Lin R, Wei Y, Yang A. Effects of creative expression therapy for older adults with mild cognitive impairment at risk of Alzheimer's disease: a randomized controlled clinical trial. <i>Clin Interv Aging</i> . 2018;13:1313-1320.	Intervención inapropiada
de Souza, Leonardo Brynne Ramos; Gomes, Yasmin Cabral; de Moraes, Marcia Goretti Guimaraes. The impacts of visual art therapy for elderly with neurocognitive disorder: A systematic review. <i>Dementia & Neuropsychologia</i> 2022;16(1):8-18.	Sin especificar el tipo de arteterapia
Maujean, A., Pepping, C. A., & Kendall, E. (2014). A Systematic Review of Randomized Controlled Studies of Art Therapy. <i>Art Therapy</i> , 31(1), 37-44.	Población inapropiada
Ng, T. K. S.; Feng, L.; Chua, R. Y.; Goh, L. G.; Kua, E. H.; Mahendran, R. A 5-year community program in Singapore to prevent cognitive decline. <i>Asia Pac Psychiatry</i> 2022;14(4):e12518.	Intervención inapropiada
Golden M Masika, Doris S F Yu, Polly W C Li, Diana T F Lee, Azan Nyundo, Visual Art Therapy and Cognition: Effects on People with Mild Cognitive Impairment and Low Education Level, <i>The Journals of Gerontology: Series B</i> , Volume 77, Issue 6, June 2022, Pages 1051-1062.	Intervención inapropiada
Yue W, Chen Y, Ma X. Effects of different art therapy interventions on cognitive functions in older adults: A systematic review and network meta-analysis. <i>Geriatric Nursing</i> . 2025 2025/07/01;64:103392.	Intervención inapropiada

