

ARTETERAPIA PARA LA ESQUIZOFRENIA O LAS ENFERMEDADES SIMILARES A LA ESQUIZOFRENIA

Ruddy R, Milnes D



Fecha de la enmienda más reciente: 25 de febrero de 2003

Fecha de la enmienda significativa más reciente: 14 de noviembre de 2002

Esta revisión debería citarse como: Ruddy R, Milnes D. Arteterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.

RESUMEN

Antecedentes

El uso de medicación es el principal tratamiento para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia. Sin embargo, muchas personas continúan experimentando síntomas a pesar de la medicación. Además de la medicación, las terapias creativas como la arteterapia pueden ser de ayuda. La arteterapia le permite al paciente explorar su mundo interior de una manera no amenazadora a través de una relación terapéutica y del uso de materiales artísticos. Se desarrolló principalmente en unidades psiquiátricas de adultos y se diseñó para que la utilicen personas en las que la psicoterapia verbal es imposible.

Objetivos

Revisar los efectos de la arteterapia como un tratamiento adyuvante para la esquizofrenia en comparación con la atención estándar y otras intervenciones psicosociales.

Estrategia de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro del grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group's Register) (mayo 2002), se hicieron búsquedas manuales en las listas de referencias y en 'Inscape' (la publicación de la British Association of Art Therapists), y se contactó con autores relevantes.

Criterios de selección

Todos los ensayos controlados aleatorios que compararon la arteterapia con la atención estándar u otras intervenciones psicosociales para la esquizofrenia.

Recopilación y análisis de datos

Se seleccionaron los estudios de forma fiable, se evaluó la calidad y se extrajeron los datos. Se excluyeron los datos donde más del 50% de los participantes en cualquier grupo se perdieron durante el seguimiento. Para los resultados binarios se calculó una razón de riesgo de efectos fijos (RR) y su intervalo de confianza del 95% (IC).

Resultados principales

La búsqueda identificó 57 informes pero solamente dos estudios (total n=137) cumplieron con los criterios de inclusión. Ambos compararon la arteterapia más la atención estándar con atención estándar sola. Menos personas asignadas a la arteterapia abandonaron el estudio antes de las 20 semanas en comparación con aquellos que recibieron atención estándar sola (n=47; 1 ECA; RR 0,34 IC 0,15 a 0,8; NNT 3 IC 1,5 a 7). Se informaron las medidas de cambio en el estado mental, las relaciones interpersonales y la red social pero los datos fueron demasiado problemáticos como para interpretarse con confianza. Se perdieron muchos datos debido a informes deficientes o un uso inapropiado de escalas.

Conclusiones del revisor

Los estudios aleatorios han probado ser posibles en esta área. Se debería continuar la evaluación del uso de la arteterapia para las enfermedades mentales graves, ya que sus beneficios o daños son inciertos.

Esta revisión debería citarse como:

Ruddy R, Milnes D Arteterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia. En:

La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.

ANTECEDENTES

La esquizofrenia es una enfermedad mental, que se describe en la Clasificación Internacional de Enfermedades como un trastorno que tiene distorsiones del pensamiento y de la percepción que son características y fundamentales y afecto embotado o inadecuado, en plena conciencia (WHO 1992). Las distorsiones características del pensamiento y de la percepción se relacionan fundamentalmente con un sentido de invasión del yo. Una persona con esquizofrenia experimenta dificultades para distinguir entre el yo y el no yo, que se denomina una pérdida de los límites del ego. Otra de las distorsiones del pensamiento se denomina "pensamiento concreto" y se refiere a la literalidad de la expresión y de la comprensión. Otra manera de describir esto es la ausencia de la formación de símbolos (Sims 1995).

El uso de medicación es el principal tratamiento para la esquizofrenia. Sin embargo, entre el 5% y el 15% de las personas continúan experimentando síntomas a pesar de la medicación y también pueden desarrollar efectos secundarios indeseables (Johnstone 1998). La arteterapia es una de las terapias creativas que se puede utilizar además de la medicación para ayudar a las personas con esquizofrenia. La arteterapia en Gran Bretaña se desarrolló principalmente dentro de unidades psiquiátricas hospitalarias para adultos, y por lo tanto es una de las únicas formas de terapia diseñadas para atender las necesidades de personas muy perturbadas en el contexto hospitalario. Otro aspecto único de la arteterapia es que los materiales artísticos se utilizan para formar un vínculo y para hacer participar a personas gravemente perturbadas en la terapia psicodinámica (Deco 1998).

Lyddiatt describe el uso del arte como un medio para forjar un vínculo con el yo del que se tiene poco conocimiento, "que tenga más de un siglo significa que es natural para el hombre" (Thomson 1989). Originalmente, la teoría de la arteterapia era que el arte en sí mismo era un proceso curativo o una ocupación y los pacientes dibujaban imágenes en amplios ambientes similares a un taller de pintura (Gilroy 1995). Este punto de vista ha cambiado y en la práctica actual la Arteterapia utiliza teorías de diversas escuelas psicoanalíticas. La British Association of Art Therapists, la asociación profesional, brindó una definición general de la Arteterapia en 1989 en un intento por cubrir la diversidad de la práctica clínica. Dijeron que "el centro de la Arteterapia es la imagen y el proceso que implica una transacción entre el creador (el paciente), la obra de arte y el terapeuta. Como en toda terapia, se considera que traer sentimientos inconscientes a un nivel consciente y posteriormente explorarlos es válido para la arteterapia, pero aquí la riqueza del símbolo artístico y de la metáfora ilumina el proceso" (SCATP 1989). Woods brinda una descripción detallada de la historia del uso de la Arteterapia para la esquizofrenia en el libro "Art, Psychotherapy and Psychosis" (Wood 1997). A través de una imagen, un individuo puede comunicar "tanto lo racional como lo irracional y encontrar una aceptación interpersonal que no tiene que amenazar la integridad del creador" (Sarra 1998). Esto puede ayudar a afirmar un sentido del yo, que puede no estar claro en la esquizofrenia y que puede verse más amenazado dentro de un contexto institucional (Sarra 1998).

Ha resultado ser difícil estimar la magnitud de la disponibilidad de esta intervención pero hay descripciones de su uso en personas con esquizofrenia, individualmente o en grupos, en contextos ambulatorios y hospitalarios en el RU y también en el sector privado. Una cuestión actual para los arteterapeutas es cómo traducir el trabajo que se suele realizar con pacientes psicóticos agudos en el ambiente contenedor de un hospital a un contexto ambulatorio (Wood 1997).

Antecedentes técnicos

La base racional para el uso de la arteterapia en la esquizofrenia es que aborda los problemas con los límites del ego y la formación de símbolos (descrita más arriba). Killick identificó tres "áreas de comunicación" dentro de la relación de la arteterapia que son importantes cuando se trabaja con personas con esquizofrenia (Killick 1995). Estas son las comunicaciones "interpersonales", las "intermediarias" y las "intrapersonales". Estas áreas de comunicación están interrelacionadas y ejercen una influencia continua entre sí. El área "intrapersonal" es el potencial para la creación de imágenes y el terapeuta la mantiene con el paciente. Dentro de esta área el paciente desarrolla una interacción única con los materiales artísticos que puede curar la formación de símbolos (Killick 1995). Kandinsky describe la formación de símbolos convenientemente en relación con el color en su libro "Concerning the Spiritual in Art", "el celeste es como una flauta, el azul un chelo y el azul oscuro un órgano" (Kandinsky 1955). El área "intermedia" se relaciona con los fenómenos "transitorios" descritos por Winnicott. Esta área intermedia crea un ámbito de juego en el que el paciente puede experimentar con objetos en una actividad simbólica y aprender que no tienen efectos concretos sobre ellos mismos o el terapeuta. Finalmente, el área "interpersonal" es la relación entre el paciente y el terapeuta que incluye las imágenes. La carpeta, que contiene las imágenes o la ausencia de imágenes, es importante para mantener un vínculo entre el paciente y el terapeuta (Killick 1995).

OBJETIVOS

Revisar los efectos clínicos de la arteterapia en personas con esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia que estaban recibiendo simultáneamente atención estándar en comparación con ninguna intervención adicional a la atención estándar u otras intervenciones psicosociales adicionales a la atención estándar.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Todos los ensayos aleatorios controlados relevantes. Cuando los ensayos se describían como "doble ciego" pero se suponía que eran aleatorios eran incluidos en un análisis de sensibilidad. Si no había una diferencia importante dentro de los resultados primarios (ver tipos de medidas de resultado), estos estudios con "asignación al azar implícita" se agregaban y luego se incluían en el análisis final. Si había una diferencia importante, únicamente se utilizaban ensayos claramente aleatorios y los resultados del análisis de sensibilidad se describían en el texto. Se excluyeron los estudios cuasi-aleatorios, como aquellos que realizaban la asignación alternando los días de la semana.

Tipos de participantes

Personas diagnosticadas con esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia mediante cualquier criterio. Se incluyeron los ensayos en los que estaba implícito que la mayoría de los participantes tenía una enfermedad mental grave que probablemente era esquizofrenia. Los ensayos no se excluyeron debido a la edad, nacionalidad o sexo de los participantes. Los ensayos se incluyeron con participantes que tenían cualquier duración de enfermedad que estaban siendo tratados en cualquier contexto de tratamiento.

Tipos de intervención

1. Arteterapia (grupal o individual), de cualquier duración, como tratamiento adyuvante para la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia, independientemente de las otras intervenciones que se estaban utilizando (p.ej. medicación, hospitalización, terapia de solución de problemas, psicoeducación, entrenamiento de habilidades sociales, tratamiento conductual cognitivo, terapia familiar o psicoterapia psicodinámica). Se utilizó la definición de la British Association of Art Therapists como valor de referencia (gold standard) para la inclusión. La definición es "el centro de la Arteterapia es la imagen y el proceso que implica una transacción entre el creador (el paciente), la obra de arte y el terapeuta. Como en toda terapia, se considera que traer sentimientos inconscientes a un nivel consciente y posteriormente explorarlos es válido para la arteterapia, pero aquí la riqueza del símbolo artístico y de la metáfora ilumina el proceso" (SCATP 1989).

2. Atención estándar

La atención que una persona recibiría normalmente si no hubiera sido incluida en el ensayo de investigación. Esto incluiría las intervenciones como la medicación, hospitalización, el aporte comunitario del personal de enfermería psiquiátrico y el hospital de día.

3. Otros tratamientos

Esto incluiría cualquier otro tratamiento (biológico, psicológico o social) tales como medicación, terapia de solución de problemas, psicoeducación, entrenamiento de habilidades sociales, tratamiento conductual cognitivo, terapia familiar o psicoterapia psicodinámica.

Tipos de medidas de resultado

1. Muerte - suicidio y causas naturales

2. Estado global

2.1 Recaída*

2.2 Tiempo para la recaída

2.3 Sin cambio clínicamente importante en el estado global

2.4 Ningún cambio en el estado global

2.5 Puntuación del estado global del punto final promedio

2.6 Cambio promedio en las puntuaciones del estado global

3. Resultados del servicio

3.1 Hospitalización

3.2 Tiempo para la hospitalización

4. Estado mental

- 4.1 Sin cambio clínicamente importante en el estado mental general*
- 4.2 Ningún cambio en el estado mental general
- 4.3 Puntuación del estado mental general del punto final promedio
- 4.4 Cambio promedio en las puntuaciones de estado mental general
- 4.5 Sin cambio clínicamente importante en síntomas específicos
- 4.6 Ningún cambio en síntomas específicos
- 4.7 Puntuación de síntomas específicos del punto final promedio
- 4.8 Cambio promedio en las puntuaciones de síntomas específicos

5. Abandono temprano del estudio

- 5.1 Por cuestiones específicas
- 5.2 Por cuestiones generales

6. Funcionamiento general

- 6.1 Sin cambio clínicamente importante en el funcionamiento general
- 6.2 Ningún cambio en el funcionamiento general
- 6.3 Puntuación de funcionamiento general del punto final promedio
- 6.4 Cambio promedio en las puntuaciones de funcionamiento general
- 6.5 Sin cambio clínicamente importante en aspectos específicos del funcionamiento, como habilidades sociales o de la vida cotidiana
- 6.6 Ningún cambio en aspectos específicos del funcionamiento, como habilidades sociales o de la vida cotidiana
- 6.7 Punto final promedio de aspectos específicos del funcionamiento, como habilidades sociales o de la vida cotidiana
- 6.8 Cambio promedio en aspectos específicos del funcionamiento, como habilidades sociales o de la vida cotidiana

7. Conducta

- 7.1 Sin cambio clínicamente importante en la conducta general
- 7.2 Ningún cambio en la conducta general
- 7.3 Puntuación de la conducta general del punto final promedio
- 7.4 Cambio promedio en las puntuaciones de la conducta general
- 7.5 Sin cambio clínicamente importante en aspectos específicos de la conducta
- 7.6 Ningún cambio en aspectos específicos de la conducta
- 7.7 Punto final promedio de aspectos específicos de la conducta
- 7.8 Cambio promedio en aspectos específicos de la conducta

8. Efectos adversos

- 8.1 Sin efectos adversos generales clínicamente importantes
- 8.2 Ningún efecto adverso general
- 8.3 Puntuación del efecto adverso general del punto final promedio
- 8.4 Cambio promedio en las puntuaciones del efecto adverso general
- 8.5 Sin cambio clínicamente importante en los efectos adversos específicos
- 8.6 Ningún cambio en los efectos adversos específicos
- 8.7 Punto final promedio de los efectos adversos específicos
- 8.8 Cambio promedio en los efectos adversos específicos

9. Compromiso con los servicios

- 9.1 Sin compromiso clínicamente importante
- 9.2 Ningún compromiso
- 9.3 Puntuación del compromiso del punto final
- 9.4 Cambio promedio en las puntuaciones de compromiso

10. Satisfacción con el tratamiento

- 10.1 Receptor de la atención no satisfecho con el tratamiento
- 10.2 Puntuación promedio de la satisfacción del receptor de la atención
- 10.3 Cambio promedio del receptor de la atención en las puntuaciones de satisfacción
- 10.4 Cuidador no satisfecho con el tratamiento
- 10.5 Puntuación promedio de la satisfacción del cuidador
- 10.6 Cambio promedio del cuidador en las puntuaciones de satisfacción

11. Calidad de vida

- 11.1 Sin cambio clínicamente importante en la calidad de vida
- 11.2 Ningún cambio en la calidad de vida

- 11.3 Puntuación de calidad de vida del punto final promedio
- 11.4 Cambio promedio en las puntuaciones de calidad de vida
- 11.5 Sin cambio clínicamente importante en aspectos específicos de la calidad de vida
- 11.6 Ningún cambio en aspectos específicos de la calidad de vida
- 11.7 Punto final promedio en aspectos específicos de la calidad de vida
- 11.8 Cambio promedio en aspectos específicos de la calidad de vida

12. Resultados económicos.

- 12.1 Costos directos
- 12.2 Costos indirectos

* Resultados primarios de interés

Todos los resultados se informaron para el corto plazo (hasta 12 semanas), mediano plazo (13 a 26 semanas) y largo plazo (más de 26 semanas).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Ver: Cochrane Schizophrenia Group estrategia de búsqueda

1. Se realizó la búsqueda en el Registro del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group) (mayo 2002) utilizando la frase:

{[* art * or *painting* or *milieu* or *drawing* or *creative* or *projective* in title, abstract, index terms of REFERENCE] or [Art * in interventions of STUDY]}

2. Búsqueda de referencias

Las referencias de todos los estudios identificados, incluidos o excluidos, también se revisaron en busca de más estudios.

3. Búsquedas manuales

Se hizo una búsqueda manual de ensayos relevantes en 'Inscape', la publicación de la British Association of Art Therapists, desde 1996 hasta 2001. Se hicieron búsquedas manuales de resúmenes de congresos de la Association of Art Therapists conference 2002 y del Vth Music Therapy Congress 2001.

4. Contacto personal

Se estableció contacto con los autores de estudios o revisiones pertinentes para preguntarles sobre otras fuentes de información relevantes.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

1. Selección de ensayos

Dos revisores independientemente examinaron las citaciones identificadas a partir de la búsqueda. Se identificaron los resúmenes potencialmente pertinentes y los trabajos completos se solicitaron y revaloraron para su inclusión y en lo que respecta a su calidad metodológica. Cualquier discordancia fue discutida e informada.

2. Evaluación de la calidad

Los ensayos fueron asignados por cada revisor, de nuevo de forma independiente, a tres categorías de calidad descritas en el Manual de la Colaboración Cochrane (Cochrane Collaboration Handbook) (Clark 2002) Cuando surgieron desacuerdos con respecto a qué categoría era asignado un ensayo, se intentó resolver esto mediante discusión. Cuando esto no fue posible y se requería información adicional, no se introdujeron los datos en el análisis y el estudio fue agregado a la lista de aquellos con evaluación pendiente. Sólo se incluyeron en la revisión aquellos ensayos asignados a las categorías A o B.

3. Manejo de los datos

3.1 Obtención de los datos

Dos revisores realizaron la obtención de los datos de manera independiente (RR,DM) y, cuando era necesaria una aclaración adicional, se estableció contacto con los autores de los ensayos para que proporcionen los datos faltantes.

3.2 Análisis por intención de tratar

Se excluyeron los datos de aquellos estudios que tenían una pérdida en el seguimiento de más del 50% de los participantes en cualquiera de los grupos (esto no incluye el resultado de "abandono prematuro del estudio"). En los estudios que tenían una tasa de abandono menor al 50%, se consideró que las personas que abandonaron el estudio en una etapa temprana habían causado el resultado negativo, excepto en el caso de muerte. Se analizó en un análisis de sensibilidad el impacto que tenía la inclusión de estudios con altas tasas de deserción (25-50%). Si la inclusión de los datos de este último grupo causaba un cambio importante en la estimación del efecto, los datos no se agregaban a los ensayos con menor deserción, sino que se presentaban por separado.

4. Análisis de datos

4.1 Datos binarios

Para los resultados binarios se calculó una estimación estándar de la proporción de riesgo (RR) y su intervalo de confianza del 95% (CI). También se calculó la estadística del número necesario a tratar (NNT). Si se encontraba heterogeneidad (ver sección 5), se usó un modelo de efectos aleatorios.

4.2 Datos continuos

4.2.1 Datos asimétricos: los datos continuos de resultados clínicos y sociales a menudo no tienen distribución normal. Para evitar el riesgo de aplicar pruebas paramétricas a datos no paramétricos, se aplicaron los siguientes criterios a todos los datos antes de su inclusión: (a) las desviaciones estándar y los promedios se registraban en el informe o se podían obtener de los autores; (b) cuando una escala comenzaba a partir de un número finito (como el cero), la desviación estándar, cuando se multiplicada por dos, era menor al promedio (ya que de otra forma es improbable que el promedio sea una medida apropiada del centro de la distribución - (Altman 1996)). Las puntuaciones de punto final en escalas a menudo tienen un inicio y punto final finitos y esta regla puede aplicarse a ellas.

4.2.2 Estadística global: para los resultados continuos se estimó la diferencia de promedios ponderados (DPP) entre grupos. De nuevo, si se encontraba heterogeneidad (ver sección 5), se usó un modelo de efectos aleatorios.

4.2.3 Escalas válidas: los datos continuos provenientes de escalas de calificación se incluyeron únicamente si el instrumento de medición había sido descrito en una revista revisada por pares y el instrumento era un autoinforme o realizado por un revisor o familiar independiente (no por el terapeuta).

4.2.4 Datos de punto final versus datos de cambios: en los casos en que fue posible, se presentan datos de punto final, y si se dispone de datos de punto final y de cambio para los mismos resultados, se informan sólo los primeros en esta revisión.

4.2.5 Ensayos por grupos: Cada vez es más frecuente que los estudios utilicen "asignación al azar por grupos" (como la asignación al azar realizada por un médico o práctica) pero el análisis y la combinación de datos agrupados plantea algunos problemas: En primer lugar, los autores a menudo no informan la correlación intraclase en los estudios agrupados, lo que provoca un error de "unidad de análisis" (Divine 1992), es decir, los valores p son falsamente bajos, los intervalos de confianza son inadecuadamente estrechos y la significación estadística está sobrestimada, lo que causa errores tipo I (Bland 1997, Gulliford 1999). En segundo lugar, actualmente RevMan no permite realizar una combinación de metanálisis de datos dicotómicos agrupados, incluso cuando éstos están correctamente analizados por los autores de los estudios primarios, dado que el "efecto del diseño" (una corrección estadística para el agrupamiento) no puede ser incorporado.

Cuando las razones para el agrupamiento no se explicaron en los estudios primarios, los datos se presentaron en una tabla, con un asterisco (*) para indicar la presencia de un probable error en la unidad del análisis. Para las versiones posteriores de esta revisión, primero se buscará establecer contacto con los autores de los estudios para buscar los coeficientes de correlación intraclase de sus datos agrupados y para hacer pruebas de ajuste en estos factores mediante métodos aceptados (Gulliford 1999). Una vez que el agrupamiento había sido incorporado en el análisis de los estudios primarios, estos datos se presentaron en una tabla. No se intentará realizar un análisis secundario adicional (incluso la combinación de metanálisis) hasta que haya consenso acerca de cuáles son los mejores métodos para hacerlo, y hasta que RevMan, o cualquier otro programa informático, lo permita. Actualmente, un Grupo Cochrane de Trabajo de Métodos Estadísticos (Cochrane Statistical Methods Workgroup) está manejando esta cuestión. Mientras tanto, los estudios individuales se clasificaron ampliamente como positivos o negativos, de acuerdo a si un resultado estadísticamente significativo ($p < 0,05$) se obtuvo para el resultado en cuestión mediante un método analítico que permita el agrupamiento.

5. Prueba de heterogeneidad

Se utilizaron pruebas de Ji-Cuadrado y verificación visual de los gráficos para investigar la posibilidad de que hubiera heterogeneidad. Un nivel de significancia menor a 0.10 fue interpretado como evidencia de heterogeneidad. Si se encontraba heterogeneidad, los datos se volvían a analizar mediante un modelo de efectos aleatorios para ver si la heterogeneidad marcaba una diferencia importante. Si lo hacía, los estudios responsables de la heterogeneidad no se agregaban al cuerpo principal de los ensayos homogéneos, sino que se resumían y presentaban por separado y se investigaban las razones de la heterogeneidad.

6. Manejo del sesgo de publicación

Los datos de todos los ensayos incluidos se introdujeron en un gráfico en embudo (efectos del ensayo contra tamaño del ensayo) con el fin de investigar la probabilidad de un evidente sesgo de publicación (Davey 1997).

7. Análisis de sensibilidad

Se analizó en un análisis de sensibilidad el efecto que tenía la inclusión de estudios con altas tasas de deserción.

8. Consideraciones generales

Cuando fue posible, se introdujeron los datos de manera tal que el área a la izquierda de la línea de no efecto indicaba un resultado favorable para la arteterapia.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Ver: Tabla de Estudios Excluidos e Incluidos.

1. Estudios excluidos

Se excluyeron 16 estudios. Dos no tenían grupos control (Borchers 1985, Korlin 2000), uno no fue aleatorio (Diaz Martinez 1996) y en tres estudios la asignación era incierta (Matthews 1979, Paul 1977, Grodner 1982). En Odell-Miller 2001, la asignación al grupo de tratamiento y al grupo de control fue aleatoria. Sin embargo, luego el grupo de tratamiento se evaluó y asignó, no al azar, a un paquete individualizado de atención (un elemento del mismo era la arteterapia). Solamente la minoría de los participantes (siete de 45) en Grodner 1982 tenía esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia y los resultados no se presentaron por diagnóstico. Se excluyó la mayoría de los estudios porque la arteterapia no era la intervención investigada (DeCarlo 1985, Dincin 1982, Dobson 1995, Durell 1968, Karon 1972, Matthews 1979, Munjiza 1999, Paul 1977). Algunos ensayos incluían un paquete de atención, y un elemento del mismo era la arteterapia. Se debieron excluir estos tres ensayos porque fue imposible determinar el efecto de la arteterapia sola (Gauthier 1972, Liberman 1981, Lukoff 1986).

2. Evaluaciones pendientes

Krajewski 1993 comparó la arteterapia con el tratamiento conductual cognitivo y una combinación de la arteterapia y el tratamiento conductual cognitivo en personas con esquizofrenia. Solamente se pudo obtener el resumen de este estudio que no contenía ningún dato utilizable, por lo que se ha clasificado a este ensayo con evaluación pendiente.

3. Estudios en curso

No se tiene conocimiento de ningún estudio en curso.

4. Ensayos incluidos

Dos estudios cumplieron los criterios de inclusión. (Green 1987, Richardson 2002).

4.1 Objetivos

Green 1987 observó "Arteterapia grupal como un adyuvante al tratamiento de pacientes crónicos ambulatorios". El objetivo de este estudio fue demostrar que una "experiencia corta con la arteterapia en un contexto grupal podría ayudar a los pacientes a mejorar su autoestima y fomentar una interacción positiva con otros". Richardson 2002 también investigó la arteterapia grupal y realizó "un ensayo aleatorio basado en la arteterapia grupal como un tratamiento adyuvante en enfermedades mentales graves". El objetivo de Richardson 2002 fue "realizar una evaluación controlada de los efectos de la arteterapia sobre la calidad y el resultado clínico de los usuarios del servicio de salud mental con enfermedades mentales graves".

4.2 Método

Green 1987 simplemente afirmó que el estudio era aleatorio. Sin embargo, Richardson 2002 afirmó que los participantes del estudio fueron asignados al azar mediante un programa informático que utilizó el método de minimización, con grupos equilibrados para el nivel de Abordaje del Programa de Atención (Care Programme Approach) (esta es, en general, una medida de riesgo, gravedad de enfermedad mental y servicio recibido en

la que "ningún nivel" es la más baja), duración de la enfermedad, sexo y raza. Ambos estudios fueron simple ciego, en los que los evaluadores no sabían si los participantes recibían arteterapia o tratamiento convencional. Richardson 2002 comentó que los participantes pudieron haber informado a los evaluadores en qué grupo de tratamiento estaban, y por lo tanto, es posible que los evaluadores no hayan estado verdaderamente cegados.

Green 1987 duró 20 semanas con seguimiento a los nueve meses. Los participantes en Richardson 2002 tuvieron 12 semanas de intervención con seguimiento a los seis meses.

4.3 Ámbito

Green 1987 se realizó en la Central Psychiatric Clinic, una clínica de servicios posthospitalarios de la comunidad para personas con enfermedades mentales prolongadas en Cincinnati, Ohio, EE.UU. entre abril y octubre de 1980. Richardson 2002 fue realizado en el Lewisham and Guys Mental Health NHS Trust, London, UK entre junio 1997 y mayo 1999.

4.4 Participantes

La mitad de los 47 participantes en Green 1987 tenía un diagnóstico de esquizofrenia, el 21% tenía un trastorno afectivo importante o un trastorno psicótico y el 18% tenía un trastorno neurótico y puede haber tenido un trastorno de la personalidad asociado (30 mujeres, 17 hombres). Estas personas tenían, en promedio, alrededor de 40 años de edad, habían estado utilizando el servicio durante varios años y habían sido ingresados al hospital un promedio de tres veces. La mayoría eran solteros, el 29% estaban divorciados o separados, el 11% casados y el 7% viudos. De las 452 personas identificadas para formar parte de Richardson 2002, 101 (22%) no asistieron a dos citas para discutir el ensayo y 206 (46%) rehusaron participar. Las 90 personas que sí ingresaron en el estudio eran usuarios del servicio de salud mental que estaban en ese momento en contacto activo con los Equipos de Salud Mental Comunitarios (ESMC) en el sudeste de Londres. De la gran cantidad de personas que participó en los ESMC locales, se seleccionó al azar (mediante una lista de números aleatorios generada por computadora) a quienes se consideró que participarían del ensayo. El criterio de inclusión era un diagnóstico de psicosis. Los criterios de exclusión eran enfermedades orgánicas, derivación a los servicios de arteterapia en los últimos dos años, recepción de otro tratamiento psicológico formal en la actualidad o ingreso actual a la atención hospitalaria. Cincuenta y nueve de los 90 participantes eran hombres y 31 mujeres.

Los participantes eran en general similares en los dos estudios. Ambos estudios incluyeron personas de edades similares y la mayoría de los participantes había estado en contacto con los servicios durante un período bastante prolongado (promedio 13 años en Richardson 2002 y un promedio de tres ingresos hospitalarios en Green 1987). La diferencia era que en Green 1987 los participantes tenían un rango de diagnósticos mientras que en Richardson 2002 las personas solamente tenían psicosis. Todavía se cree que hubiese sido razonable combinar los resultados de estos dos estudios ya que es probable que las personas incluidas reflejen a aquellas que se observan en la mayoría de los grupos de arteterapia.

4.5 Intervenciones

4.5.1 Arteterapia

En Green 1987 esto fue realizado en dos grupos de 12 pacientes y duraba 90 minutos cada dos semanas, durante diez sesiones. El mismo arteterapeuta guió ambos grupos. Las sesiones estaban divididas en diversas secciones. Comenzaban con una "breve introducción y período de socialización". Esto era seguido por una sesión de relajación guiada en la que se alentaba a los participantes mediante "imágenes cuidadosamente secuenciadas para visualizar escenas y actividades en sus mentes". Después de esto, se les proporcionaban materiales artísticos para trabajar en el proyecto de la sesión. En la parte final de la sesión, los participantes discutían sus obras de arte en grupo "si sus estados psicológicos lo permitían". Posteriormente, las obras de arte seleccionadas de cada paciente se exhibían en la sala de arteterapia. Los objetivos de las sesiones eran desarrollar la autoexpresión, fomentar la integración del grupo, aumentar la tolerancia a revelar material emocionalmente significativo y alentar la interacción del grupo, el apoyo y los comentarios positivos. Además, todos los participantes recibieron el tratamiento convencional, pero debe tenerse en cuenta que la arteterapia grupal recibió una intervención que los incluyó en servicios durante 15 horas adicionales en comparación con el grupo de control.

En Richardson 2002 la arteterapia se realizó en grupos de cuatro o cinco participantes. Los grupos seguían funcionando mientras permanecieran tres miembros, pero si se reducían a menos de tres, los miembros se transferían a otros grupos paralelos. La terapia incluyó 12 sesiones semanales de una hora y media. Los autores afirman que se realizó de acuerdo con las directivas publicadas (Waller 1993). La teoría detrás de estas directivas es que mediante el uso de materiales artísticos y de imágenes asociadas, el terapeuta fomenta un ambiente que le permite al usuario del servicio "aprender y comprender los patrones de conducta que causan la angustia". Los participantes que recibieron arteterapia también recibieron atención estándar de los ESMC y por lo tanto tuvieron 18 horas más de intervención que el grupo de control durante el estudio. Los

dos estudios tuvieron una intervención de arteterapia que en general fue similar. Richardson 2002 tuvo grupos más pequeños y dos sesiones más que Green 1987. Green 1987 también tuvo una introducción adicional a la sesión que incluyó relajación. Sin embargo, ambos estudios utilizaron una intervención de arteterapia que encaja con la definición utilizada en esta revisión.

4.5.2 Tratamiento convencional

Green 1987 afirmó que el tratamiento convencional consistió en terapia verbal individual, brindaba por un miembro del equipo comunitario, cada dos o cuatro semanas durante alrededor de 20 minutos, una revisión a cargo de un psiquiatra del equipo durante 10 o 15 minutos una vez por mes y medicación psicotrónica. El tratamiento convencional en grupo de Richardson 2002 incluyó "una continuación del servicio existente". Es probable que la cantidad de aportes brindados por los equipos comunitarios difieran entre las personas. El tratamiento de intervenciones convencionales en ambos grupos fue lo suficientemente similar, por lo que si hubiesen habido suficientes datos, los resultados de los estudios se podrían haber combinado. Ambos estudios utilizaron grupos para administrar la arteterapia pero en ningún estudio la intervención de control incluyó trabajo grupal. Es posible que cualquier efecto beneficioso de la arteterapia se deba a factores grupales en lugar del tratamiento mismo.

4.6 Resultados

Los únicos datos utilizables para Green 1987 fueron para el resultado del abandono temprano del estudio para las 20 semanas. Lamentablemente los datos del abandono temprano del estudio para los nueve meses no se informaron por separado de acuerdo con los grupos. No hemos tenido éxito en nuestros intentos de contactar con el Dr. Green para conseguir una aclaración adicional. No se encontraron datos disponibles para el resultado del abandono temprano del estudio para Richardson 2002 porque solamente estuvieron disponibles los números totales durante todo el estudio. Para otros resultados de Richardson 2002 se supuso que números iguales abandonaron cada grupo.

Green 1987 utilizó escalas de calificación de resultados, pero lamentablemente no se informaron desviaciones estándar ni promedios. Los cálculos ANOVA y los niveles de significación para los resultados estadísticamente significativos también fueron demasiado imprecisos como para poder utilizarlos. El cuestionario de satisfacción utilizado en el estudio no fue una herramienta estandarizada y solamente se administró a personas que recibieron arteterapia. Por tanto, estos resultados son inservibles.

Richardson 2002 utilizó la Brief Psychiatric Rating Scale (Escala Concisa de Calificación Psiquiátrica), el Brief Symptom Inventory (Inventario Conciso de Síntomas), la Health of the Nation Outcome Scale (Escala de Resultados de Salud Nacional), el Inventory of Interpersonal Problems 32 (Inventario de Problemas Interpersonales 32), el Lancashire Quality of Life Profile (Perfil de Calidad de Vida Lancashire), la Social Functioning Scale (Escala de Funcionamiento Social), una escala para medir la "Satisfacción con el servicio", escalas desarrolladas localmente de "Art Therapy Engagement and Evaluation" (Compromiso y Evaluación de la Arteterapia) y, se cree que también utilizó el Social Network Schedule (Esquema de Red Social). En la información no publicada que amablemente brindaron los autores de los ensayos, esta última escala solamente se denomina "SNS" (sigla en inglés de "Social Network Schedule"). Se está buscando la confirmación del autor. Lamentablemente, los datos del Brief Symptom Inventory, Lancashire Quality of Life Scale, y la Social Functioning Scale fueron inservibles porque no se informaron las desviaciones estándar. Los cálculos ANOVA y los niveles de significación, nuevamente para los resultados significativos, son demasiado imprecisos como para poder utilizarlos. Tampoco se pudieron incluir los datos de la Health of the Nation Outcome Scale, ya que no se consideran adecuados para su uso en ensayos clínicos (Wing 1994). No se proporcionaron datos para la escala de satisfacción ni para las escalas de "Art Therapy Engagement and Evaluation". El autor tuvo la amabilidad de proporcionar datos no publicados de la BPRS (sigla en inglés de "Brief Psychiatric Rating Scale"), IIP32 (sigla en inglés de "Inventory of Interpersonal Problems 32") y SNS que permitieron el uso de estos resultados en esta revisión.

4.6.1 Escalas de calificación de resultados incluidas en esta revisión

4.6.1.1 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS, Overall 1962)

La Brief Psychiatric Rating Scale es una breve escala de calificación utilizada para evaluar la gravedad de un rango de síntomas psiquiátricos, que incluye síntomas psicóticos. La escala tiene 16 ítems y cada uno de ellos se define en una escala de siete puntos que varía desde "ausente" hasta "extremadamente grave". Las puntuaciones varían entre 24 y 168.

4.6.1.2 Inventory of Interpersonal Problems 32 (IIP32, Barkham 1996)

El Inventory of Interpersonal Problems 32 es un breve formulario de 32 ítems del Inventory of Interpersonal Problems original. Su objetivo es registrar las dificultades que experimentan las personas en sus relaciones interpersonales. Existen ocho subescalas (dificultad para ser sociable, dificultad para ser positivo, demasiado agresivo, demasiado abierto, demasiado preocupado, dificultad para brindar apoyo, dificultad para participar, demasiado dependiente) y las ramas dentro de estas subescalas se clasifican del cero al cuatro (desde "en absoluto" hasta "extremadamente"). Las puntuaciones varían entre 0 y 128.

4.6.1.3 Social Network Schedule (SNS, Dunn 1990)

El Social Network Schedule registra la cantidad y calidad de los contactos sociales que informan los propios pacientes durante el mes previo (es decir, número de contactos sociales, localización, designación, frecuencia y si el contacto se perdiera, es molesto, considerado como un amigo o confidente). La entrevista dura hasta una hora. La SNS está específicamente diseñada para las personas enfermas mentales, tiene datos normativos informados y tiene propiedades psicométricas satisfactorias. La confiabilidad entre evaluadores es 0,95 y la confiabilidad de los informes de los clientes se ha establecido mediante un estudio observacional. No está claro qué significado clínico tiene un único cambio en esta prueba.

CALIDAD METODOLÓGICA

1. Aleatorización

Green 1987 afirmó que las personas se asignaron al azar a las dos intervenciones, pero no se detalló cómo se realizó. No se les garantiza a los lectores de este informe que la asignación haya tenido un verdadero ocultamiento. En Richardson 2002 la asignación al azar se logró mediante un programa informático que empleó el método de minimización. Los grupos se equilibraron para los diversos factores descritos más arriba. Sin embargo, no está claro si la asignación tuvo ocultamiento.

2. Cegamiento

Green 1987 afirmó que los resultados de calificación de los miembros del equipo comunitario fueron cegados a los objetivos del estudio y al grupo al que se habían asignado las personas. Sin embargo, los autores señalaron que los participantes pueden haberle contado a los evaluadores qué tratamiento estaban recibiendo. Richardson 2002 consideró que como el asistente de investigación tenía que entrevistar a los participantes para completar las evaluaciones, es poco probable que hayan seguido estando cegados a la asignación al grupo.

3. Descripciones de las personas que se retiraron antes de la finalización del estudio

Green 1987 afirma que no hubo diferencia entre los que abandonaron el estudio en los niveles iniciales de funcionamiento y características demográficas y aquellos que finalizaron el ensayo, pero sigue siendo incierto por qué las personas abandonaron el estudio. En Richardson 2002 no se informa por grupo la cantidad de personas que abandonaron después de la asignación al azar. Los resultados de las escalas incluidas solamente estuvieron disponibles entre 68 y 71 (75% al 79%) de los 90 participantes. Nuevamente, no se informó por qué estas personas abandonaron el estudio.

4. Impresión global

Los informes actuales de ambos estudios no confirman que la asignación haya tenido un ocultamiento completo. Por consiguiente, ambos estudios están clasificados como 'B'. Green 1987 es simple ciego, pero es probable que esto haya sido afectado y no se informan las razones por las que estas personas abandonaron el estudio en una etapa temprana. Richardson 2002 también es simple ciego, pero, como los autores han señalado, es probable que esto esté afectado por las evaluaciones de las entrevistas. Richardson 2002 no ha sido todavía publicado al completo y damos las gracias a los autores por la información que nos ha sido posible incluir. Una versión completa publicada de este estudio e información adicional permitirían una impresión global más informada del estudio.

RESULTADO

1. Búsqueda

La búsqueda dio un resultado de 57 referencias, 41 de las cuales claramente no eran relevantes para esta revisión. De los 16 informes restantes, se pudieron incluir dos ensayos pero se necesita más información para poder utilizar todos los resultados (Green 1987, Richardson 2002) y un resumen no informó datos útiles (Krajewski 1993) y tiene una evaluación pendiente. Aún se están haciendo intentos para obtener datos de estos estudios. Esta revisión contiene datos solamente de Green 1987 y Richardson 2002 (total n=137).

2. COMPARACIÓN: ARTETERAPIA + ATENCIÓN ESTÁNDAR versus ATENCIÓN ESTÁNDAR

2.1 Abandono temprano del estudio (20 semanas)

Diecinueve de los 47 participantes (40%) abandonaron Green 1987 antes de acabar las 20 semanas. Más personas finalizaron el estudio si habían sido asignadas al grupo de arteterapia (n=47; 1 ECA; RR 0,34 IC 0,15 a 0,8; NNT 3 IC 1,5 a 7). Aunque en Richardson 2002 los datos acerca del número de personas que abandonaron el estudio en una etapa temprana no están divididos de acuerdo con los grupos, puede observarse que entre 68 y 71 (22% al 25%) de 90 personas no tuvieron puntuaciones finales para las escalas incluidas.

2.2 Estado mental: Cambio promedio (BPRS, mediano plazo, deterioro=bueno) (Richardson 2002)

En esta medida continua de estado mental, el grupo de arteterapia tuvo un cambio promedio en la puntuación de -0,03 (DE 5,6; n se asume que es 33) y el grupo de atención estándar tuvo un cambio promedio en la puntuación de 1,9 (DE 8,4; n se asume que es 38). Los números de cada grupo se basaron en la suposición de que se perdieron números iguales de cada grupo y la persona adicional se perdió del grupo de tratamiento. El grupo de tratamiento mejoró levemente y el grupo de control empeoró levemente. Los datos no publicados que se proporcionaron contenían un cálculo ANOVA para estos resultados que dio $F(1,70)=2,6$; $p=0,11$. Este resultado no es estadísticamente significativo.

2.3 Relaciones interpersonales: Cambio promedio (IIP32, mediano plazo, deterioro=bueno)(Richardson 2002)

En esta medida continua de relaciones interpersonales, el grupo de arteterapia tuvo un cambio promedio en la puntuación de -0,16 (DE 0,34; n se asume que es 32) y el grupo de atención estándar tuvo un cambio promedio en la puntuación de -0,09 (DE 0,47; n se asume que es 36). Los números de cada grupo se basaron en la suposición de que se perdieron números iguales de cada grupo. Las personas del grupo de tratamiento mejoraron levemente comparados con aquellos del grupo de control que empeoraron levemente. Los datos no publicados que se proporcionaron contenían un cálculo ANOVA para estos resultados que dio $F(1,70)=0,75$; $p=0,39$. Este resultado no es estadísticamente significativo.

2.4 Red Social: Cambio promedio (SNS, mediano plazo, deterioro=bueno) (Richardson 2002)

En esta medida continua de red social, el grupo de arteterapia tuvo un cambio promedio en la puntuación de -0,05 (DE 3,1; n se asume que es 33) y el grupo de atención estándar tuvo un cambio promedio en la puntuación de 1,0 (DE 3,3; n se asume que es 38). Nuevamente, los números de cada grupo se basaron en la suposición de que se perdieron números iguales de cada grupo y la persona adicional se perdió del grupo de tratamiento. Los datos no publicados que se proporcionaron contenían un cálculo ANOVA para estos resultados que dio $F(1,67)=5,5$; $p=0,02$. Éste es un resultado estadísticamente significativo.

DISCUSIÓN

1. Fortalezas y debilidades de la revisión

Esta revisión hace un intento demasiado extraordinario para cuantificar los efectos de un enfoque de tratamiento para personas con esquizofrenia que recomiendan los arteterapeutas (Killick 1995, Gilroy 1995, Wood 1997). Se han hecho grandes esfuerzos para identificar estudios aleatorios a fin de medir el valor de este tratamiento especializado de la forma más objetiva posible. Green 1987, Richardson 2002, y quizá Krajewski 1993 reconocieron la necesidad de esto y han probado que la asignación al azar es posible; esta revisión entrega su trabajo para los trabajos futuros y enfatiza las lecciones que los futuros autores de ensayos pudiesen aprender.

Solamente se pudieron incluir dos de estos pequeños ensayos en esta revisión y los escasos informes de datos han causado una pérdida adicional de información. Los revisores esperan que Richardson 2002 proporcione más datos para la inclusión cuando se publique al completo. No obstante, también es probable que ambos estudios hayan tenido poca potencia para encontrar un efecto clínicamente significativo. Es comprensible que las escalas hayan sido utilizadas en estos ensayos formadores de hipótesis. Los cambios significativos en las escalas podrían sugerir una significación clínica que podría probarse en un estudio con plena potencia.

2. Aplicabilidad

Solamente Richardson 2002 proporcionó datos acerca del número de personas que había sido identificado originalmente como elegible para el estudio y el número que verdaderamente ingresó al ensayo. Parece que hasta el 68% de los participantes potenciales rechazó la posibilidad de la arteterapia. Esto puede sugerir que la idea de arteterapia como tratamiento no resulta atractiva para las personas con esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia, aunque no está claro si el 22% del total que no asistió a las citas tenía conocimiento de que estaba siendo considerado para un estudio de arteterapia. Los autores de los ensayos solamente excluyeron a 49 personas por no cumplir con los criterios de inclusión, lo que significa que el resto tomó su propia decisión de no participar. Es posible que los que participaron en el estudio no representen a las personas con esquizofrenia que se observan en la práctica diaria.

3. COMPARACIÓN: ARTETERAPIA + ATENCIÓN ESTÁNDAR versus ATENCIÓN ESTÁNDAR

3.1 Abandono temprano del estudio (20 semanas)

Green 1987 sugiere que fue tres veces más probable que las personas en el grupo de control abandonaran el estudio en una etapa temprana que aquellos asignados a la arteterapia. Todos recibieron tratamiento convencional, pero las personas del grupo de arteterapia recibieron claramente una intervención que incluía trabajo grupal y 15 horas adicionales de tratamiento. Cualquier diferencia en los resultados puede deberse al contacto adicional o a la integridad del grupo en lugar de a la arteterapia per se. Tampoco se supo por qué

las personas abandonaron el estudio en una etapa temprana. Es posible que las personas permanezcan en un estudio porque se sientan satisfechas con la atención y mejore su autoestima y esperanza. También puede ser que aquellos que abandonen el estudio en una etapa temprana se hayan recuperado y que estén ansiosos por dejar atrás el papel que su enfermedad les confiere. Debido a estas dificultades, y al hecho de que los datos únicamente provienen de un ensayo muy pequeño en el que solamente la mitad de las personas padecían de esquizofrenia, la interpretación resulta imposible.

El cuarenta por ciento abandonó Green 1987 antes de la finalización del estudio en comparación con el 22% al 25% en Richardson 2002. Lamentablemente el último estudio no informa los datos por grupo.

3.2 Estado mental: Cambio promedio (BPRS)

Richardson 2002 (n=90) sugiere que no hay una diferencia significativa en el cambio de estado mental, medido por la BPRS. De nuevo, hay algunas dificultades con la interpretación. Estos datos no son del tipo intención de tratar (intention-to-treat) (n=71). Además, los resultados muestran una estabilidad extraordinaria para el estado mental que normalmente tiene fluctuaciones. Finalmente, los resultados son para el mediano plazo, por lo que sería interesante observar si se encontraron algunos efectos sobre un período más prolongado. Aunque debería considerarse este hallazgo interesante, no debería ser sobreinterpretado.

3.3 Relaciones interpersonales: Cambio promedio (IIP-32)

En Richardson 2002 la calificación de las relaciones interpersonales también incluyó análisis que no eran del tipo intención de tratar (intention-to-treat), en datos que no estaban normalmente distribuidos. Nuevamente, las puntuaciones fueron extraordinariamente estables para el mediano plazo.

3.4 Red social: cambio promedio en la puntuación de escala (SNS)

Richardson 2002 sugiere que hay una diferencia estadísticamente significativa en el cambio promedio en la red social que apoya a las personas en el grupo de arteterapia. Él dice que los datos se deberían tratar con cautela porque los datos del grupo de arteterapia no están normalmente distribuidos. Nuevamente, como en los resultados del abandono temprano del estudio, es difícil saber si este hallazgo es el resultado de la arteterapia misma. En Richardson 2002 las personas asignadas al tratamiento convencional no recibieron la atención adicional ni el trabajo de grupo que se le brindó a las personas asignadas a la arteterapia, por lo que su red social puede haber aumentado en virtud de estar en un grupo. Además, la significación clínica del resultado estadísticamente significativo es incierta. Sería interesante ver si estos efectos se pueden reproducir y si hubo algún efecto a largo plazo.

CONCLUSIONES DE LOS REVISORES

Implicaciones para la práctica

1. Para las personas con esquizofrenia

Si se le ofrecía arteterapia, una persona con esquizofrenia debía saber que su uso está bajo evaluación y que sus beneficios o daños todavía son inciertos. La persona a la que se le ofrecía esta intervención podía sugerir que solamente cumpliría en el contexto de inclusión de una investigación evaluativa, en el mundo real.

2. Para los clínicos

Si la arteterapia está disponible para personas con esquizofrenia, su uso solamente se puede considerar como experimental, ya que en la actualidad no se sabe si este enfoque ayuda o daña. Existen algunas pruebas que sugieren que la arteterapia puede tener más valor que la atención estándar para mantener a las personas comprometidas con los servicios. No está claro si la arteterapia puede mejorar el estado mental, las relaciones interpersonales o las redes sociales y no hay datos disponibles para resultados tales como la calidad de vida y la satisfacción con la atención.

3. Para los elaboradores de políticas

No existen pruebas que apoyen el uso de la arteterapia como parte de una política.

4. Para los financiadores

Los financiadores interesados en los tratamientos proyectivos deberían apoyar estudios de arteterapia para la esquizofrenia con diseños y potencias más adecuadas.

Implicaciones para la investigación

1. Consideraciones generales

Si se siguieran las recomendaciones del CONSORT (Moher 2001) para la realización de los informes de estudios futuros, se podría saber más acerca de los efectos de la arteterapia. Se perdieron muchos datos importantes en los estudios incluidos debido a informes deficientes.

2. Aspectos específicos

Como la arteterapia se utiliza en personas con esquizofrenia, se justifica la realización de ensayos grandes y simples, bien diseñados e informados para establecer si la arteterapia tiene un papel en el tratamiento de la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia.

Es posible que los investigadores deseen incluir más intervenciones comparables. Sería aconsejable establecer alguna manera de compensar el tiempo adicional que recibieron las personas y la integración del grupo generada por la asignación a la arteterapia. Una variedad de resultados clínicamente significativos resulta importante para los estudios futuros de arteterapia. Por ejemplo, los cambios clínicamente significativos en el funcionamiento global, estado mental y conducta, recaídas, ingreso al hospital, compromiso con los servicios, calidad de vida, abandono temprano del estudio, satisfacción con la atención, efectos adversos, resultados económicos y muerte (costo-efectividad y costo-beneficio).

AGRADECIMIENTOS

Los revisores agradecen a Clive Adams sus consejos durante la realización de esta revisión, a Mark Fenton la ejecución de la búsqueda y a Evandro da Silva Freire Coutinho su traducción al español.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno conocido.

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Green 1987
Methods	Allocation: randomised. Blindness: raters blind to treatment group, unaware of study hypothesis. Duration: 20 weeks (end of therapy).
Participants	Diagnosis: schizophrenia (50%), major affective disorder or psychotic disorder (21%), neurotic disorder +/- personality disorder (18%). N=47. Age: mean 40 years. Sex: 30 female, 17 male. History: 23 single, 14 divorced or separated, 5 married, 3 widowed, attended psychiatric clinic for several years, seen > once a month, mean 3 admissions. Setting: Cincinnati, USA.
Interventions	1. Art therapy + standard care: therapy for 1.5hrs every 2 weeks for 10 sessions, 2 groups of 12 people, same art therapist for both groups. N=24. 2. Standard care: individual verbal therapy from MDT member every 2-4 weeks for ~20 mins, psychiatrist review for 10-15 mins monthly, psychotropic medication. N=23.
Outcomes	Leaving the study early - at end of therapy course. Unable to use - Psychosocial functioning: Progress Evaluation Scales (no means, SDs, or Ns by group). Self esteem: Rosenberg's Self Esteem Scale (no mean, SD, or N by group). Patient satisfaction: (no control group data). Leaving the study early - at 9 months (data not presented by group).
Notes	
Allocation concealment	B
Study	Richardson 2002
Methods	Allocation: randomised using computer programme, stratified for severity, gender, chronicity and ethnicity.

	Blindness: rater blind. Duration: 6 months.
Participants	Diagnosis: psychosis. N=90. Age: range 23-69, mean ~41 years (SD 11). Sex: 59 men, 31 women. Race: 43 white European, 42 black Afro-Caribbean, African, British, 5 unknown. History: duration ill range 1-37 years, mean ~13 (SD 9), CPA level 13=1, 44=2, 8=3.
Interventions	1. Art therapy + standard care: therapy for 1.5hrs every week for 12 weeks, 4 people per group. N=43. 2. Standard care by CMHT. N=47.
Outcomes	Mental state: BPRS. Social networks: SNS. Interpersonal relationships: IIP32. Unable to use - Leaving the study early (not reported by group). Mental state: BSI (no SD). Quality of life: LQoLP (no SD). Social functioning: SFS (no SD). Health and social functioning: HoNOS (not validated for use in trials). Satisfaction with services: Leavey satisfaction scale (no data). Art therapy engagement and evaluation scales: developed locally (no data).

Notes

Allocation B
concealment

CMHT = community mental health team.
HoNOS - On this scale an increase in score represents a worsening of health and social functioning.
MDT = multidisciplinary team.
BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale
BSI = Brief Symptom Inventory
LQoLP = Lancashire Quality of Life Profile
SFS = Birchwood Social Functioning Scale
IIP32 = Inventory of Interpersonal Problems 32
SNS = assumed to be Social Network Schedule (awaiting confirmation from authors)

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Borchers 1985	Allocation: not randomised.
DeCarlo 1985	Allocation: randomised. Participants: included people with schizophrenia. Interventions: activity therapy (finding magazine pictures to represent themselves, designing coat of arms with sections aimed at self disclosure, listening tasks, eye contact game, role plays) versus verbal therapy versus normal day treatment, no intervention consistent with definition of art therapy.
Diaz Martinez 1996	Allocation: not randomised.
Dincin 1982	Allocation: randomised. Participants: mostly people with schizophrenia. Interventions: comprehensive treatment (individual casework, vocational rehabilitation, social rehabilitation, residential facilities, academic program, prevention of rehospitalisation) versus supportive treatment, no intervention consistent with definition of art therapy.
Dobson 1995	Allocation: randomised. Participants: people with schizophrenia. Interventions: social skills group versus social milieu group (choice of structured activities for the same time period as the active treatment group), no intervention consistent with definition of art therapy.

- Durell 1968 Allocation: randomised.
Participants: people with schizophrenia.
Interventions: therapeutic community (no individual psychotherapy, no occupational or recreational therapy, encouraged to seek employment and appropriate social and homelife) versus control group, no intervention consistent with definition of art therapy.
- Gauthier 1972 Allocation: randomised.
Participants: people with schizophrenia.
Interventions: 8 combinations of milieu A1 (traditional ward with dormitory), milieu A2 (small modern clinical section in research department), group psychotherapy, occupational therapy program (5 activities - one being "1 hour of pictorial expression either on an assigned theme or following personal inspiration"), art therapy just one part of occupational therapy, so impossible to determine the effect of this intervention.
- Grodner 1982 Allocation: unclear.
Participants: minority of people (7/45) had schizophrenia.
- Karon 1972 Allocation: randomised.
Participants: people with schizophrenia.
Interventions: psychoanalytic psychotherapy of an active variety without medication versus psychoanalytic psychotherapy of an "ego-analytic" variety with medication versus "treatment as good practice recommends", no intervention consistent with definition of art therapy.
- Korlin 2000 Allocation: not randomised, no control group.
- Liberman 1981 Allocation: randomised.
Participants: people with schizophrenia.
Interventions: social skills training versus intensive holistic health therapy (jogging, meditation, yoga and art therapy) + insight orientated family therapy, art therapy just one of holistic therapies, impossible to determine the effect of art therapy alone.
- Lukoff 1986 Allocation: randomised.
Participants: people with schizophrenia.
Interventions: social skills training versus holistic treatments(exercise, yoga, meditation, stress education sessions, art therapy activity, positive reframing of patients psychotic ideas), art therapy just one of holistic therapies, impossible to determine the effect of art therapy alone.
- Matthews 1979 Allocation: unclear.
Participants: people with schizophrenia.
Interventions: intensive interpersonal treatment program in community facility versus neuroleptic medication + standard inpatient care, no intervention consistent with definition of art therapy.
- Munjiza 1999 Allocation: randomised
Participants: people with schizophrenia.
Interventions: group therapy and pharmacotherapy versus psychopharmacotherapy in milieu therapy, no intervention consistent with definition of art therapy.
- Odell-Miller 2001 Allocation: randomised to treatment and control, thereafter assessment determined which type of therapy people received - not truly randomised.
Participants: people with continuing mental health problems (9/25 had schizophrenia).
Interventions: individualised packages of arts therapies some including art therapy but not standard package to compare with controls.
- Paul 1977 Allocation: unclear.
Participants: chronically institutionalised psychotic people.
Interventions: milieu therapy versus social -learning therapy, no intervention consistent with definition of art therapy.

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Green 1987 {Solo datos publicados}

*Green BL, Wehling C, Talsky GJ. Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. Hospital and Community Psychiatry 1987;38(9):988-91.

Richardson 2002 {Datos publicados y no publicados}

Hughes , Richardson P. Art therapy as an adjunctive treatment in severe mental illness: a randomised controlled evaluation. National Research Register 2000.

*Richardson P. A randomised trial of group based art therapy as an adjunctive treatment in severe mental illness. Unpublished data received from author November 2002.

Richardson P. Randomised controlled trial of group interactive art therapy as an adjunctive treatment in severe mental illness. National Research Register. 2000.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión**Borchers 1985**

Borchers KK. Do gains made in group art therapy persist? A study with aftercare patients.. American Journal of Art Therapy 1985;23(3):89-91.

DeCarlo 1985

DeCarlo JJ, Mann WC. The effectiveness of verbal versus activity groups in improving self perceptions of interpersonal communication skills. American Journal of Occupational Therapy 1985;39(1):20-7.

Diaz Martinez 1996

*Diaz Martinez LR, Murow E, Ortega H, Valencia M, Rascon ML, Ramirez I. The integral management of the schizophrenic patient. A model of the Mexican Institute of Psychiatry [El manejo integral del paciente esquizofrenico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatria]. Salud Mental 1996;19(4):1-7. 97056190.

Dincin 1982

Dincin J, Witheridge TF. Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. Hospital and Community Psychiatry 1982;33(8):645-50. 83005448.

Dobson 1995

Dobson DJG, McDougall G, Busheikin J, Aldous J. Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. Psychiatric Services 1995;46(4):376-80.

Durell 1968

Durell J, Hanson EJ, Steinberg HR. The treatment of schizophrenia in a therapeutic community - a controlled study. 124th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 13-17 May 1968, Boston, USA. .

Gauthier 1972

Gauthier R, Panaccio L, Kekhwa G, Lefebvre G, Tetreault L, Bordeleau JM. Comparative therapeutic factors in schizophrenia. Canadian Psychiatric Association Journal 1972;17(Suppl 2):S145-8. 72232161.

Grodner 1982

Grodner S, Braff D, Janowsky D, Clopton P. Efficacy of art/movement therapy in elevating mood. The Arts in Psychotherapy 1982;9:217-25.

Karon 1972

Karon BP, Vanden Bos GR. The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. Psychotherapy Theory Research and Practice 1972;9(2):111-9.

Korlin 2000

Korlin D, Nyback H, Goldberg F. Creative arts groups in psychiatric care: Development and evaluation of a therapeutic alternative. Nordic Journal of Psychiatry. 2000;54:333-340.

Liberman 1981

Liberman RP, Wallace CJ, Falloon IR, Vaughn CE. Interpersonal problem solving therapy for schizophrenics and their families. Comprehensive Psychiatry 1981;22(6):627-30. 82071292.

Lukoff 1986

Lukoff D, Wallace CJ, Liberman RP, Burke K. A holistic program for chronic schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin 1986;12(2):274-82. 86235356.

Matthews 1979

Matthews SM, Roper MT, Mosher LR, Menn AZ. A non neuroleptic treatment for schizophrenia: analysis of the two year postdischarge risk of relapse. Schizophrenia Bulletin 1979;5(2):322-33. 79225448.

Munjiza 1999

Munjiza M, Mandi D, Kuzmanovi S, Vidojevi P, Lapevi D, Ljubomirovic N. 11th World Congress of Psychiatry, 6-11 August 1999, Hamburg, Germany. Vol. 2, Conifer, Excerpta Medica Medical Communications BV, 1999:303.

Odell-Miller 2001

Odell-Miller H. A detailed study of outcome and benefits of music therapy and other arts therapies (art therapy, dramatherapy, dance movement therapy). Proceedings of the Vth European Music Therapy Congress in Castel Dell'Ovo; 2001 April 20-24; Napoli, Italy. 2001:1464-82.

*Odell-Miller H, Westacott P, Hughes P, Mortlock D & Binks C. An Investigation into the Effectiveness of the Arts Therapies (Art Therapy, Dramatherapy, Music Therapy, Dance Movement Therapy) by measuring symptomatic and significant life change for people between the ages of 16-65 with continuing mental health problems.. Addenbrooke's

NHS Trust & Anglia Polytechnic University publication. December 2001.

Paul 1977

Paul GL, Lentz RJ. Psychosocial treatment of chronic mental patients: milieu versus social-learning programmes. Cambridge, USA: Harvard University Press, 1977:13-18.

Referencias de los estudios en espera de evaluación**Krajewski 1993**

*Krajewski C, Classen W, Boesken S. Comparison of art and cognitive therapy (IPT) with simultaneous cognitive and art therapy for schizophrenic patients regarding the change of cognitive processes. *Pharmacopsychiatry* 1993;26:171.

Referencias adicionales**Altman 1996**

Altman DG, Bland JM. Detecting skewness from summary information. *BMJ* 1996;313(7066):1200.

Barkham 1996

Barkham M, Hardy G, Startup M. The IIP32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems.. *British Journal of Clinical Psychology* 1996;35(1):21-35.

Bland 1997

Bland JM. Statistics notes. Trials randomised in clusters. *BMJ* 1997;315:600.

Clark 2002

Clarke M, Oxman AD. *Cochrane Collaboration Handbook*. Oxford: Update Software, 2002.

Davey 1997

Davey Smith G, Egger M. Meta-analyses of randomised controlled trials. *Lancet* 1997;350(9085):1182.

Deco 1998

Deco S. In: Skaife S, Huet V, editor(s). *Art psychotherapy groups. Between pictures and words*. London & New York: Routledge, :1998.

Divine 1992

Divine GW, Brown JT, Frazier LM. The unit of analysis error in studies about physicians' patient care behavior. *Journal of General Internal Medicine* 1992;7(6):623-9.

Dunn 1990

Dunn M, O'Driscoll D, Dayson D, Wills W, Leff J. The TAPS Project. 4: An observational study of the social life of long-stay patients.. *British Journal of Psychiatry* 1990;157:842-8.

Gilroy 1995

Gilroy A, Lee C. *Art and music therapy and research*. London & New York: Routledge, 1995.

Gulliford 1999

Gulliford MC. Components of variance and intraclass correlations for the design of community-based surveys and intervention studies: data from the Health Survey for England 1994. *American Journal of Epidemiology* 1999;149:876-83.

Jadad 1996

Jadad A. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary?. *Controlled Clinical Trials* 1996;17:1-12.

Johnstone 1998

Johnstone E, Freeman C, Zealley A. *Companion to psychiatric studies*. 6th Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.

Kandinsky 1955

Kandinsky W. *Concerning the spiritual in art, and painting in particular*. New York: Wittenborn, 1955.

Killick 1995

Killick K, Greenwood H. In: Gilroy A, Lee C, editor(s). *Art and music therapy and research*. London & New York: Routledge, 1995.

Marshall 2000

Marshall M. Unpublished rating scales: a major source of bias in randomised controlled trials of treatments for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2000;176:249-52.

Moher 2001

Moher D, Schulz KF, Altman D. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *JAMA* 2001;285(15):1987-91.

Overall 1962

Overall J, Gorham D. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 1962;10:799-812.

Sarra 1998

Sarra N. In: Skaife S, Huet V, editor(s). Art psychotherapy groups. Between pictures and words. London & New York: Routledge, 1998:74.

SCATP 1989

Standing Committee of Arts Therapies Professions. Artists and art therapies. London: Carnegie UK Trust, 1989.

Schulz 1995

Schulz KF. Empirical evidence of bias: dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. JAMA 1995;273:408-12.

Sims 1995

Sims A. Symptoms in the mind: An introduction to descriptive psychopathology. 2nd Edition. London: WB Saunders, 1995.

Smeeth 1999

Smeeth L. Numbers needed to treat derived from meta-analyses -sometimes informative, usually misleading. BMJ 1999;318:1548-51.

Thomson 1989

Thomson M. On art and therapy. London & New York: Free Association Books, 1989.

Waller 1993

Waller D. Group Interactive Art Therapy. London: Routledge, 1993.

WHO 1992

World Health Organisation. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organisation, 1992.

Wing 1994

Wing J. Outcomes in Clinical Practice. London: BMJ Publishing, 1994.

Wood 1997

Wood C. In: Killick K, Schaverien J, editor(s). Art psychotherapy and psychosis. London & New York: Routledge, 1997.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

GRÁFICOS

01 ARTETERAPIA + ATENCIÓN ESTÁNDAR versus ATENCIÓN ESTÁNDAR

Outcome title	Nro de estudios	No. de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono temprano del estudio, para las 20 semanas	1	47	Riesgo Relativo [Fijo] [IC 95%]	0.34 [0.15, 0.80]
02 Estado mental: Cambio promedio (BPRS, mediano plazo, deterioro=bueno) - C_0102			Otros datos	
03 Relaciones interpersonales: Cambio promedio (IIP-32, mediano plazo, deterioro=bueno) - C_0103			Otros datos	
04 Red social: Cambio promedio (SNS, mediano plazo, deterioro=bueno) - C_0104			Otros datos	

CARÁTULA

Titulo

Arteterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia

Revisor(es)	Ruddy R, Milnes D
Contribución de los revisores	Rachel Ruddy inició la revisión, la producción del protocolo, la selección y búsqueda de estudios, la obtención de datos, la asimilación, la redacción de informes, el mantenimiento de la revisión. David Milnes - ayudó con el protocolo y la extracción de datos.
Número de protocolo publicado inicialmente	2002/3
Número de revisión publicada inicialmente	2003/2
Fecha de la modificación más reciente	25 febrero 2003
Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	14 noviembre 2002
Cambios más recientes	El revisor no facilitó la información
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El revisor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El revisor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	El revisor no facilitó la información
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los revisores	El revisor no facilitó la información
Dirección de contacto	Dr Rachel Ruddy Practice Research Network Co-ordinator Academic Unit of Psychiatry and Behavioural Sciences University of Leeds 15 Hyde Terrace Leeds LS2 9LT West Yorkshire UK tel: +44 113 343 2706 rruddy@medix-uk.com
Número de la Cochrane Library	CD003728-ES
Grupo editorial	Cochrane Schizophrenia Group
Código del grupo editorial	HM-SCHIZ

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

Recursos internos

- Leeds Community Mental Health Trust UK
- University of Leeds UK

SINOPSIS

Se ha sugerido que la arteterapia es una de las terapias creativas que tiene valor como tratamiento adyuvante para las personas con esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia. Se encontraron sólo dos ensayos pequeños. En la actualidad, los beneficios o daños de la arteterapia para enfermedades mentales graves son inciertos.

Traducción realizada por el Centro Cochrane Iberoamericano, con el patrocinio de Merck, Sharp & Dohme de España, S.A.

El contenido de esta información refleja las conclusiones y hallazgos propios de los autores, según la traducción realizada por los traductores y no son necesariamente los de Merck & Co., Inc., ni los de ninguna de sus afiliadas y se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias.

GRÁFICOS