

Variación en los puntajes de depresión en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide luego de intervención con horticultura*

Variation in the scores of depression in patients with a diagnosis of paranoid schizophrenia after intervention with horticulture

Recibido: Diciembre 05 de 2013 – Aceptado: Enero 24 de 2014

Jesús Suescun**
Caterin Guzman Hernandez***
Yajaira Ramirez Oyola****
Maryuris Campo*****

Universidad de Buenos Aires, Argentina
Universidad del Magdalena, Colombia

Para citar este artículo / To reference this article:

Suescun, J., Hernandez, C., Ramirez, Y. & Campo, M. (2014). Variación en los puntajes de depresión en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide luego de intervención con horticultura. *Cultura, Educación y Sociedad*, 5(1), 45-53.

Resumen

La esquizofrenia es una enfermedad gravemente incapacitante que altera el proyecto de vida en quienes la padecen. El objetivo del presente trabajo fue establecer si existían variaciones en los puntajes de una prueba de depresión, aplicada a pacientes con esquizofrenia tras una intervención con terapia hortícola. La terapia hortícola ha probado sus beneficios en diferentes patologías, sobre todo en el trastorno mental. Se utilizó un diseño pre experimental con prueba previa y posterior. Los resultados indican que existen variaciones entre la prueba previa y posterior aplicada a los sujetos del estudio. Se concluye que la depresión disminuye con la utilización de la horticultura como actividad coadyuvante de la terapia tradicional utilizada en estos pacientes.

Palabras Clave:

Esquizofrenia paranoide, depresión, intervención terapéutica, horticultura.

Abstract

Schizophrenia is a severely disabling disease that alters the life project in sufferers. The objective of the present study was to establish whether there were variations in scores on a test of depression, applied to patients with schizophrenia after an intervention with horticultural therapy. Horticultural therapy has proven its benefits in different diseases, especially in the mental disorder. A month design with pre and post test was used. The results indicate that there are variations between the pre and post test applied to the subjects of the study. It is concluded that depression decreases with the use of horticulture as an adjunct activity of traditional therapy used in these patients.

Keywords:

Paranoid schizophrenia, depression, therapeutic intervention, horticulture.

* Este artículo es producto del proyecto de investigación institucional titulado: "Prácticas profesionales en el área clínica"

** Psicólogo, MSc. Universidad de Buenos Aires. Correspondencia: ps.suescun@gmail.com

*** Estudiante Semillero de Investigación Facultad de Psicología Universidad del Magdalena. Correspondencia: katylane224@hotmail.com

**** Estudiante Semillero de Investigación Facultad de Psicología Universidad del Magdalena. Correspondencia: yajaramirez06@hotmail.com

***** Estudiante Semillero de Investigación Facultad de Psicología Universidad del Magdalena. Correspondencia: mayo3008@hotmail.com

Introducción

La esquizofrenia es entendida como un cuadro psiquiátrico crónico y altamente discapacitante, generalmente afectan la esfera cognitiva, afectiva, comportamental y ocupacional del que la padece; familiares, cuidadores y núcleo social del paciente resultan también afectados (Goldner, Hsu, Waraich & Somers, 2002; Kaplan y Sandock, 1995; Addington, Addington & Schiessel, 1990).

La esquizofrenia como trastorno psiquiátrico tiene una larga historia que inicia con las explicaciones en el 1400 a.c por parte de Veda en la antigua India acerca de una “enfermedad del espíritu”, muy parecida en su descripción a lo que hoy en día conocemos como esquizofrenia. Posteriormente, en la época de la ilustración se reconsideran los aspectos éticos de la medicina, y se inicia un cuestionamiento acerca de la naturaleza de las enfermedades mentales, separándolas del dominio de lo sobre natural. Destacan en estos tiempos las teorías de Pinel, Kraepelin & Bleuler (Bleuler, 1983).

Morel en (1856) retoma el concepto de demencia precoz utilizado por Bleuler para describir el caso de un joven brillante que se tornó aislado, apático y retraído.

Bleuler (1983), sustituye el término demencia precoz, por el de esquizofrenia, argumentando que no siempre la esquizofrenia llevaba aparejado deterioro cognitivo, mientras que en la demencia este sí era el caso. En la esquizofrenia existe de acuerdo con este autor, una perturbación en los pensamientos, sentimientos y comportamientos. En adelante el término esquizofrenia se ha venido matizando, actualmente se cuenta con la

descripción del DSM IV que describe la esquizofrenia como un cuadro por:

Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos
(Por ejemplo abulia o alogia)

Los criterios diagnósticos adicionales hacen referencia a deterioro social, intensidad, frecuencia y duración de la sintomatología.

Por otro lado, se encuentran sub tipos clínicos en este trastorno, ellos son (Sub tipo paranoide, sub tipo desorganizado, sub tipo catatónico, sub tipo indiferenciado y sub tipo residual) cada grupo con sintomatología, curso y pronóstico variados.

El sub tipo que ocupa al presente trabajo es el paranoide cuya característica fundamental es la presencia de contenido de ideas delirantes o alucinaciones auditivas, esto en el marco de una conservada capacidad cognoscitiva y afectiva. El contenido delirante es principalmente de persecución, grandiosidad o ambas (APA, 1994).

Se considera que es este subtipo el que presenta mejor pronóstico, debido a su relativamente conservada capacidad cognoscitiva (Blanchard & Neale, 1994); Kalkstein, Wylie, Clark, Butler & Javitt, 2008).

Típicamente se ha considerado que la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo son categorías mutuamente excluyentes, sin embargo, la evidencia clínica demuestra que la depresión se encuentra frecuentemente en pacientes con esquizofrenia. Se ha asociado la depresión con mayor morbilidad y mortalidad en este grupo clínico (Blanchard & Neale, 1994; Kalkstein, Wylie, Clark, Butler & Javitt, 2008)

La prevalencia de depresión en población general es de entre 7%-27%, mientras que para los sujetos que padecen de esquizofrenia esta prevalencia se ha reportado en un 60%. La depresión puede aparecer en cualquier fase del trastorno y lleva aparejado mayor riesgo de fracaso terapéutico, incremento de recaídas, aumento de la estancia hospitalaria y suicidio (Dollfus, Petit & Menard, 1993).

Hasta el momento no se ha podido establecer si los síntomas depresivos en la esquizofrenia son originados por algún mecanismo biológico, o son una respuesta psicológica ante el trastorno (Lindenmayer, Kay & Plutchik, 1992).

En cuanto a las estrategias de intervención para la esquizofrenia actualmente la mayoría de enfoques se plantean un doble objetivo; por un lado se busca fomentar los factores protectores (adherencia a la medicación, habilidades personales de afrontamiento y redes de apoyo) por otra parte se facilita la disminución de los estresores medio ambientales. Los nuevos formatos terapéuticos para la esquizofrenia establecen que no basta una intervención centrada exclusivamente en una dimensión, para un trastorno que se entiende como multi causal; por ello se incluye siempre además de la medicación estándar, en-

trenamiento en las esferas cognitivas, afectivas y comportamentales del individuo (Arevalo, 1990; Birchwood, 1999; Falloon, Held, Roncone, Coverdale & Laidlaw, 1998).

La terapia hortícola es una intervención que se plantea seriamente desde los años 70 en países como Irlanda, Reino Unido, Alemania, Canadá y Estados Unidos. Es una herramienta terapéutica de las denominadas ciencias socio-sanitarias y cuenta con titulación específica en diferentes países. Diversos estudios dan cuenta de sus beneficios en diferentes patologías, sobre todo en el trastorno mental (Andrade, & Pedrão, 2005; Bringslimark, Hartig, & Patil, 2009; González, Hartig, Patil, & Martinsen, 2009; Shoemaker, 2004).

En las últimas décadas se ha señalado el beneficio de las actividades relacionadas con el cultivo para la población psiquiátrica, se han reportado mejorías significativas en diferentes dominios de la vida cotidiana de los pacientes; entre ellos, los procesos psicológicos básicos, habilidades manuales, ubicación en tiempo y espacio, habilidad comunicativa y numérica, al tiempo que favorece la construcción de redes sociales de apoyo mental (Andrade, y Pedrão, 2005) ; (Bringslimark, Hartig, & Patil, 2009) ; (Gonzalez, Hartig, Patil, & Martinsen, 2009); (Shoemaker, 2004).

El objetivo del presente estudio fue determinar la variación en los puntajes de la escala de depresión aplicada antes y después de intervenir a un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia sub tipo paranoide a la terapia hortícola. No se cuentan con referentes de investigación efectuados sobre el tema en el país.

Metodo

La presente investigación es de tipo cuantitativa con diseño pre experimental, de un solo grupo con prueba previa y posterior.

La muestra estuvo conformada por 10 sujetos de sexo masculino, institucionalizados con diagnóstico previo de esquizofrenia sub tipo paranoide. La selección de los participantes se efectuó por conveniencia.

Instrumentos: Escala Calgary para medir depresión en pacientes con esquizofrenia, conformada por 9 ítems en una escala tipo likert, su consistencia interna es elevada (alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90), y muestra así mismo buenos valores de fiabilidad inter-observadores (en torno a 0,90).

Intervención: Los pacientes fueron sometidos a un programa de horticultura, en un lapso de tiempo de 2 meses a razón de 2 sesiones semanales. En las sesiones los pacientes recibían instrucciones acerca de las tareas relacionadas con el cultivo, y sesiones prácticas donde podían hacer manejo de su propia parcela.

Procedimiento: Inicialmente se socializó con los pacientes de las instituciones psiquiátricas la propuesta y sus objetivos, se procedió a inscribir a los interesados en el proyecto y a firmar los consentimientos informados. Posteriormente se socializó con el equipo de trabajo (1 médico psiquiatra, 4 practicantes de psicología, 1 terapeuta ocupacional y 1 ingeniero agrónomo) los alcances y extensión del programa. En la primera reunión, los participantes fueron instruidos en las labores y recomendaciones para adelantar la actividad. Seguidamente los profesionales de terapia

ocupacional e ingeniería desarrollaron las sesiones de horticultura; en el intermedio de cada sesión se pedía a los pacientes retroalimentación de la actividad, a manera de monitoreo diario y entrenamiento de procesos psicológicos básicos. Los pacientes fueron evaluados con el test Calgary antes y después de la intervención.

Resultados

En primera instancia, se presenta la caracterización general de la muestra de participantes del estudio. Su rango de edad se encuentra entre los 25 y 32 años con una edad promedio de 28 años.

Frente al nivel de escolaridad el 40% tiene primaria completa, un 30% tiene nivel secundario incompleto, el 10% tiene secundaria completa y el 20% tiene estudios universitarios.

En lo referente al estrato socioeconómico, el 60% pertenece al estrato uno, un 10% al estrato dos, otro 10% al estrato tres y el 20% restante al estrato cuatro.

Desde la perspectiva del diagnóstico clínico, se evidenció en los participantes la prevalencia identificada de "Esquizofrenia Paranoide".

Los resultados en la prueba de depresión aplicados en la fase pretest, tal como se evidencia en la tabla 1, todos los participantes tienen niveles diferenciales de depresión los cuales se ilustran en la figura 1.

Se identificó un 50% de los pacientes con depresión moderada, seguidos por un 40% de los pacientes con niveles leves de perturbación del estado del ánimo, mientras que el 10% se encontró un paciente ubicado en el nivel de estados de ánimo intermitentes.

Tabla 1:
Medición del nivel de depresión y significación clínica (prueba pretest)

PARTICIPANTE	PUNTAJE PRUEBA PREVIA	SIGNIFICANCIA CLÍNICA
1	22	DEPRESIÓN MODERADA
2	18	LEVE PERTURBACIÓN DE ESTADO DE ÁNIMO
3	15	LEVE PERTURBACIÓN DE ESTADO DE ÁNIMO
4	25	DEPRESIÓN MODERADA
5	27	DEPRESIÓN MODERADA
6	14	LEVE PERTURBACIÓN DE ESTADO DE ÁNIMO
7	18	ESTADOS DE DEPRESIÓN INTERMITENTES
8	23	DEPRESIÓN MODERADA
9	26	DEPRESIÓN MODERADA
10	19	LEVE PERTURBACIÓN DE ESTADO DE ÁNIMO

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2:
Medición del nivel de depresión y significación clínica (prueba postest)

PARTICIPANTE	PUNTAJE PRUEBA POSTERIOR	SIGNIFICANCIA CLÍNICA
1	18	ESTADOS DE DEPRESIÓN INTERMITENTES
2	20	ESTADOS DE DEPRESIÓN INTERMITENTES
3	10	FLUCTUACIÓN NORMAL DEL ESTADO DE ÁNIMO
4	18	ESTADOS DE DEPRESIÓN INTERMITENTES
5	20	ESTADOS DE DEPRESIÓN INTERMITENTES
6	9	FLUCTUACIÓN NORMAL DEL ESTADO DE ÁNIMO
7	17	ESTADOS DE DEPRESIÓN INTERMITENTES
8	12	LEVE PERTURBACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO
9	21	DEPRESIÓN MODERADA
10	14	LEVE PERTURBACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

Fuente: Elaboración propia

■ Depresión moderada
■ Leve perturbación del estado de ánimo
■ Estados de depresión intermitentes

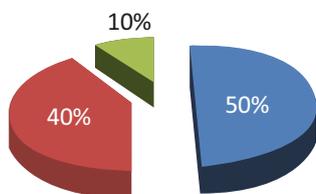


Gráfico 1: Nivel de depresión prueba pretest
Fuente: Elaboración propia

■ Fluctuaciones normales del estado de ánimo
■ Estados de depresión intermitentes
■ Leve perturbación del estado de ánimo
■ Depresión normal

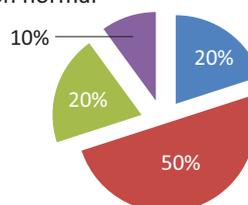


Gráfico 2: Niveles de depresión prueba postest
Fuente: Elaboración propia

Tabla 3:
Comparación de las medidas relacionadas (pretest - postest).

DIAGNÓSTICO	EDAD promedio	PUNTAJE PRUEBA PRETEST promedio	PUNTAJE PRUEBA POSTEST promedio	Disminución porcentual media
TODOS	28,6	20,7	15,9	23%
ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE	28,6	19,6	15,9	19%
ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	28,5	25,0	16,0	36%

Fuente: Los autores

A partir de la fase de medición postest, se evidenció que el 50% de los pacientes se ubican en el nivel de estados de depresión intermitentes, 20% en el nivel de fluctuaciones normales del estado de ánimo, 20% leve perturbación del estado de ánimo y 10% depresión normal. Las puntuaciones y niveles de significación clínica de la medición postest se presentan en la tabla 2.

Con el propósito de analizar los cambios se desarrolló un análisis comparativo de la diferencia porcentual entre las medidas relacionadas (pretest - postest), tal como se presenta a continuación en la tabla 3.

En la tabla anterior se muestra el resultado de la aplicación de comparación de diferencias entre las dos medidas relacionadas (pretest - postest), a partir de la cual, se identificó que existen diferencias en cuanto a los puntajes entre las pruebas previas y posteriores. Cabe anotar que debido al tamaño reducido del grupo de estudio (n: 10) no se estimó un análisis de contraste de tipo inferencial, sin embargo, los resultados indican que la prueba postest presenta una disminución en las puntuaciones de los niveles de depresión en un 23%, la cual se asocia con el proceso de intervención frente al nivel de incidencia del tratamiento.

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue establecer si existían variaciones en los puntajes de depresión, aplicada a pacientes con esquizofrenia tras una intervención con terapia hortícola. Los resultados de la presente investigación señalan que existe variación entre la prueba previa y posterior aplicada a los sujetos del estudio, en favor de una disminución de la depresión en la fase posterior.

Se reportan puntajes de depresión en todos los pacientes, lo cual es congruente con lo hallado por diferentes autores (Goldman, Tandon, & Liberzon, 1992). Sin embargo, se evidencia una disminución en los síntomas depresivos encontrados en la prueba posterior; esto podría atribuirse a la intervención con terapia hortícola de la cual los sujetos fueron participantes, tal como lo hallado por Park, & Mattson (2008). Sin embargo, se encontró que en un sujeto el puntaje en la prueba se incrementó posterior al tratamiento; el cual presenta características socio demográficas diferentes a las de los demás sujetos (mayor estrato socio económico, mayor nivel educativo y procedente de una institución de internación privada).

La esquizofrenia es un cuadro clínico crónico que impacta negativamente en la vida del paciente y de su círculo social. Históricamente se ha asociado este cuadro con la locura o escisión de la realidad; sin embargo, en la actualidad y gracias a la comprensión multi causal del trastorno se busca promover protocolos de intervención basados en la inclusión y el restablecimiento de la funcionalidad. De esta manera, la intervención multidisciplinar es hoy en día la opción primera para abordar este cuadro; el presente trabajo contó con la participación de diversos profesionales.

Aunque se ha avanzado en la implementación de estrategias de tratamiento para los pacientes con esquizofrenia, generalmente en los sistemas de salud prevalece el modelo farmacológico para hacer frente al cuadro.

En la actualidad la formulación del modelo vulnerabilidad estrés (Zubing, & Spring, 1977), supone la necesidad de diseñar intervenciones holísticas y omnicomprendivas que sean capaces de dar respuesta a la enfermedad en contextos asistenciales como los de nuestro país, en los que el tratamiento para esta psicopatología se enfoca solo a la dimensión farmacológica. Dichas intervenciones deben ir encaminadas a tratar de forma amplia aquellos aspectos internos del paciente, esto es, habilidades de afrontamiento, terapia farmacológica y capacidad cognitiva; y también lo externo, es decir, estresores ambientales y carga familiar.

La terapia hortícola es un puente donde pueden confluir distintas disciplinas científicas en torno al objetivo de mejorar la calidad de vida de otros seres humanos. Aunque existen pocas evidencias

científicas que avalen su eficacia, si se ha demostrado que su empleo favorece la adaptación del paciente tal como se evidenció en el presente trabajo (Andrade & Pedrão, 2005; Bringslimark, Hartig, & Patil, 2009; Gonzalez, Hartig, Patil, & Martinsen, 2009; Midden, & Barnicle, 2004; Shoemaker, 2004).

El presente estudio, se encontró limitado por varios motivos, entre ellos el tipo de diseño utilizado, que aunque hace parte de los diseños experimentales, el preexperimental impide la comparación con un grupo control, y por tanto sirve como estudio inicial de comprobación de que puede ser utilizado más adelante un diseño experimental “puro” o verdadero”. A la limitación anterior, debe aunarse el hecho de una muestra muy pequeña. Sin embargo, si los resultados señalan que el tipo de terapia utilizada como tratamiento puede ser funcional para mitigar las fases depresivas en estos pacientes.

Por lo anterior, se sugiere realizar estudios similares con diseños más rigurosos y muestras más amplias. Es necesario desarrollar nuevos estudios tendientes a comprobar experimentalmente la eficacia de la horticultura como herramienta de intervención para la esquizofrenia.

El presente estudio halló que la depresión disminuye con la utilización de la horticultura como actividad coadyuvante de la terapia tradicional utilizada en estos pacientes. Además, es un estudio pre experimental, muy poco utilizado en estudios en la ciudad de Santa Marta, lo cual lo constituye pionero en la misma, e indica que si es posible utilizar diseños que por los menos señalan causa – efecto, y no los acostumbrados diseños descriptivos transversales que no pueden afirmar este tipo de relación.

Referencias

- Addington, D., Addington, J., & Schiesl, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Journal Schizophrenia Research*, 3, 247-251.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrade, R.L.P., & Pedrão, L.J. (2005). Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13 (5) 737-742.
- Apiquian, R., Loyzaga, C., Cruz, E., Gutierrez, D., Suarez, J., Ulloa, R., Fresan, A., Vallejo, G., Nicolini, H. & Medina-Mora, M. (1997). Estudio mexicano del primer episodio psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas. *Revista Salud Mental*, 20 (Supl 3), 1-7.
- Arévalo, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: Aproximaciones recientes. *Revista Estudios de Psicología*, 43/44, 169-193.
- Barnes, T., Curson, D., & Liddle, P. (1988). The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic patients with remitted postpsychotic depression. *American J Psychiatry*, 146, 1495-1497.
- Becker, R., Singh, M., & Meisler, N. (1985). Clinical significance, evaluation, and management of secondary depression in schizophrenia. *J Clinical Psychiatry*, 46(2), 26-32.
- Birchwood, M. (1999). Psychological and social treatments: Course and outcome. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 61-66.
- Blanchard, D., L., & Neale, J. M. (1994). The neuropsychological signature of schizophrenia: Generalized or differential deficit?. *American Journal of Psychiatry*, 151, 40-48.
- Bleuler, M. (1983). Schizophrenic Deterioration (a multi-author discussion of the topic). *Br J Psychiatry*, 143, 78-79.
- Bringslimark, T., Hartig, T., & Patil, G. (2009). The psychological benefits of indoor plants: A critical review of the experimental literature *Environ Psychol*, 29, 422-433.
- Dollfus, S., Petit, M., Menard, J.F. (1993). Relationship between depressive and positive symptoms in schizophrenia. *J Affective Disorders*, 28(1), 61-69.
- Falloon, I. R. H., Held, T., Roncone, R., Coverdale, J. H., & Laindlaw, T. (1998). Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 43-49.
- Goldman, R.S., Tandon, R., y Liberzon, I. (1992). Measurement of depression and negative symptoms in schizophrenia. *Journal of Psychopathology*, 25(1), 49-56.
- Goldner, E.M., Hsu, L., Waraich, P. & Somers, J.M. (2002). Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(9), 833-843.

- Gonzalez, M.T., Hartig, T., Patil, G.G., Martinsen, E.W. (2009). Kirkevold M. Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study. *Res Theory Nurs Pract*, 23(4), 312-328.
- Kalkstein, S., Wylie, G. R., Clark, E., Butler, P., & Javitt, D. C. (2008). Executive control in Schizophrenia: Schizophrenia patients show task switching deficits consistent with MNDa dysfunction, but not global executive deficits: implications for pathopathology. *Schizophrenia Research*, 102 (Sup. 1-3), 140.
- Kaplan, H. y Sandock, B. (1995). *Sinopsis de Psiquiatría*. (8 ed.). New York: Editorial Panamericana.
- Lindenmayer, Jean-Pierre, Kay, S. R. and Plutchik, R. (1992). Multivantaged assessment of depression in schizophrenia. *Journal Psychiatry Research*, 42(3), 199-207.
- Midden, K.S., & Barnicle, T. (2004). Evaluating the effects of a horticulture program on the psychological well-being of older persons in a long-term care facility. *Acta Horti*, 639, 167-170.
- Morel, B.A. (1860). *Traité des maladies mentales*. Paris: Baillière.
- Park, S. & Mattson, R.H. (2008). Effects of Flowering and Foliage Plants in Hospital Rooms on Patients Recovering from Abdominal Surgery. *Acta Horti*, 639, 173-178..
- Shoemaker, C.A. (2004). Horticulture therapy: comparisons with other allied therapies and MNDa dysfunction, but not global executive deficits: implications for pathopathology. *Journal Schizophrenia Research*, 102(Sup. 1-3), 140.
- Zubing, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

