

Noelia Belmonte Domínguez

**ANÁLISIS DE TRES CASOS CLÍNICOS DE ESQUIZOFRENIA TIPO  
PARANOIDE CON Y SIN DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por Rafael Martínez Leal

MÀSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITÀRIA

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2023 – 2024

## ÍNDICE

1.	<i>MOTIVACIÓN POR EL TEMA ELEGIDO Y LUGAR DE REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS.</i>	2
2.	<i>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</i> .....	3
	Trastorno del desarrollo intelectual.....	3
	Esquizofrenia.....	7
	Comorbilidad.....	11
	Psicogeriatría.....	12
3.	<i>CASO A:</i>	
	3.1. Presentación, descripción y análisis funcional del caso.	
	3.2. Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas y de los datos de pretratamiento.	
	3.3. Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema.	
	3.4. Definición de objetivos de actuación.	
	3.5. Explicación y justificación de las técnicas de tratamiento.	
	3.6. Presentación de datos post tratamiento.	
	3.7. Discusión de los resultados obtenidos y seguimiento futuro.	
4.	<i>CASO R:</i>	
	4.1. Presentación, descripción y análisis funcional del caso.	
	4.2. Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas y de los datos de pretratamiento.	
	4.3. Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema.	
	4.4. Definición de objetivos de actuación.	
	4.5. Explicación y justificación de las técnicas de tratamiento.	
	4.6. Presentación de datos post tratamiento.	
	4.7. Discusión de los resultados obtenidos y seguimiento futuro.	
5.	<i>CASO L:</i>	
	5.1. Presentación, descripción y análisis funcional del caso.	
	5.2. Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas y de los datos de pretratamiento.	
	5.3. Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema.	
	5.4. Definición de objetivos de actuación.	
	5.5. Explicación y justificación de las técnicas de tratamiento.	
	5.6. Presentación de datos post tratamiento.	
	5.7. Discusión de los resultados obtenidos y seguimiento futuro.	
6.	<i>CONCLUSIONES CRÍTICAS Y POSIBLES CAMBIOS DE FUTURO.</i>	
7.	<i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....	14
8.	<i>ANEXOS</i> .....	17

*El presente trabajo contiene información confidencial que no puede ser compartido en su totalidad. Por este motivo se ha excluido el análisis exhaustivo de los tres casos clínicos.*

## **1. Motivación por el tema elegido y lugar de realización de prácticas.**

He realizado mi período de prácticas en Villablanca Serveis Assistencials, específicamente en la unidad Montsant, la cual forma parte del área de salud mental y larga estancia. En esta unidad se encuentran personas con discapacidad intelectual y/o trastorno mental de edad avanzada, distribuidas en cuatro subunidades especializadas:

- La unidad Rosella se dedica a la atención de mujeres con trastorno mental severo o discapacidad intelectual con un alto nivel de dependencia.
- La unidad Ginesta acoge a mujeres con trastorno mental severo o discapacidad intelectual y dependencia moderada.
- La unidad Romaní está destinada a hombres con discapacidad intelectual severa y/o trastornos de conducta.
- La unidad Farigola atiende a mujeres con discapacidad intelectual severa y/o trastornos de conducta.

Durante mi estancia en Villablanca, tuve la oportunidad de involucrarme en uno de los desafíos más complejos dentro de la unidad donde logré establecer un vínculo terapéutico sólido con la paciente. Mi interés por la esquizofrenia de tipo paranoide y su tratamiento, aumentó significativamente a medida que observaba su complejidad. Durante mi búsqueda, observé que la mayoría de estos casos también presentaban comorbilidad con discapacidad intelectual leve. Por ello, decidí seleccionar los tres casos que consideré más desafiantes e interesantes, lo que me llevó a identificar uno con esquizofrenia paranoide crónica sin discapacidad intelectual y otros dos con comorbilidad de discapacidad intelectual leve.

## **2. Fundamentación teórica**

### **Trastorno del desarrollo intelectual**

La Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y Desarrollo (AAIDD, 2011) refiere que *"La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones importantes tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa. Estas limitaciones comienzan antes de los 18 años"*.

En el DSM-5 se describe que el Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI) (discapacidad intelectual), se caracteriza por un déficit de las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia. Estas capacidades mentales producen deficiencias del funcionamiento adaptativo, dejando de alcanzar los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de su vida cotidiana. Este diagnóstico se utiliza con personas incapaces de someterse a evaluaciones sistemáticas del funcionamiento intelectual. El trastorno del desarrollo intelectual puede estar causado por un daño adquirido durante el período del desarrollo (American Psychiatric Association, 2014).

La CIE-10 describe la DI como retraso mental, más específicamente, como trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado por el deterioro de funciones concretas de cada época de desarrollo, contribuyendo así en el nivel global de la inteligencia, como las funciones cognoscitivas, del lenguaje, motrices y socialización (World Health Organization, 2000). Más adelante, la CIE-11 lo comprende como TDI y lo describe como *"grupo de afecciones etiológicamente diversas originadas*

*durante el periodo del desarrollo y caracterizadas por un funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo significativamente inferiores al promedio” (CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad, 2024).*

### **Prevalencia**

La DI se caracteriza por un retraso en el desarrollo del funcionamiento intelectual y dificultades en el funcionamiento social adaptativo. De esta manera, según la gravedad del retraso en el funcionamiento intelectual, las dificultades en el funcionamiento adaptativo y social, y el CI, las clasificaciones psiquiátricas describen cuatro niveles de gravedad (Ke & Liu, 2017):

- Profunda: El CI se encuentra por debajo de 20, representando del 1% al 2% de los casos. No pueden cuidar de sí mismos, no tienen lenguaje y tienen capacidad limitada para expresar emociones. Son comunes las convulsiones, las limitaciones físicas y una esperanza de vida más corta.
- Grave: El CI se encuentra entre 20 y 34, representando el 3% y el 4% de los casos. Tienen dificultad para pronunciar palabras. Todos los aspectos del desarrollo se encuentran retrasados. Pueden desarrollar habilidades básicas para el autocuidado con dedicación y un período de tiempo significativo, necesitando asistencia en el colegio, en casa y en comunidad.
- Moderada: El CI se encuentra entre 35 y 49, representando el 12% de los casos. Presentan un ritmo más lento del desarrollo intelectual. La capacidad para aprender y razonar lógicamente está reducida. Pueden comunicarse y cuidar de sí mismos con apoyo. Bajo supervisión, son capaces de desempeñar labores que no requieren habilidades específicas.

- Leve: El CI se encuentra entre 50 y 69, representando el 80% de los casos. El progreso durante los primeros años de vida es más pausado en comparación con niños de su misma edad, lo que resulta en un retraso en el desarrollo. Tienen capacidad de comunicarse y adquirir habilidades básicas. Tienen afectada la capacidad para manejar conceptos abstractos, así como para analizar y sintetizar información, pueden alcanzar un nivel de lectura y cálculo de tercero o sexto de primaria. Son capaces de realizar tareas domésticas, cuidar de sí mismos y desempeñar labores no especializadas o semi-especializadas. Suelen necesitar asistencia o apoyo.

Un metaanálisis concluye que en los estudios se encuentra una prevalencia media de la discapacidad intelectual de un 1% (Ke & Liu, 2017). El DSM-5 menciona que la prevalencia global de DI en la población en general es de aproximadamente el 1%. La prevalencia de DI grave es del 6 por 1000. Esta condición prevalece en el género masculino tanto en adultos como en niños adolescentes. La prevalencia varía según el nivel de ingresos económicos, existiendo una proporción mayor de casi el doble en países con ingresos bajos y medios (Maulik et al., 2011).

### ***Costes familiares y sociales***

Las familias de personas con discapacidad intelectual (DI) muestran dificultades económicas para cubrir los gastos de atención a lo largo de la vida de sus seres queridos, incluyendo gastos médicos, apoyo personal, actividades recreativas y adquisición de dispositivos técnicos. Demandan opciones de vivienda adecuadas para la atención continua y mejoras como estancias hospitalarias gratuitas en situaciones críticas. Critican la falta de

inversión gubernamental en educación, salud, vivienda, empleo y ocio para personas con DI. Reclaman que se consideren las necesidades de apoyo desde el nacimiento y durante toda la vida, independientemente de la nacionalidad o situación económica familiar, debido a la escasez de opciones de empleo y salarios insuficientes para una vida independiente (Giné et al., 2011). El coste estimado del cuidado informal para las personas que presentan enfermedades mentales se encuentra entre los 888,8 y los 1.868,1 millones de euros (Oliva Moreno & Osuna Guerreror, 2009).

Según el estudio FEAPS sobre el impacto financiero de la discapacidad intelectual o del desarrollo en las familias españolas (2014), aquellas que conviven con personas con discapacidad enfrentan costos adicionales significativos anualmente. El costo adicional promedio para personas con discapacidad intelectual asciende a 24.237€ al año, y para aquellos con necesidades extensas de apoyo, asciende a 47.129€ anuales. Este gasto adicional reduce la capacidad económica real de las familias y las hace más vulnerables económicamente, aumentando el riesgo de caer en la pobreza. La mayoría de las prestaciones (48%) se destinan de manera general, mientras que otro 48% tiene un enfoque más específico y buscan abordar los riesgos particulares de las personas con discapacidad. Por lo tanto, observamos que no existe una distinción para la discapacidad intelectual (Fresno & Henar, 2019).

### ***Tratamiento***

La intervención en casos de DI se centra en la detección precoz y la intervención temprana, ya que en muchos casos no se puede identificar una causa específica. El objetivo principal en este tratamiento es minimizar los

síntomas y por lo tanto, su discapacidad, reducir riesgos y sobre todo mejorar la calidad de vida de la persona. Según la causa y la gravedad se puede variar el enfoque del tratamiento.

La intervención es multidisciplinaria y centrada en las necesidades individuales de cada paciente y su entorno familiar, por lo que, se pueden realizar diferentes terapias. En la farmacológica, no se recomienda un uso excesivo. La educación es fundamental para los niños con DI, y en muchos países, tienen acceso a programas de educación individualizada. Se fomenta la inclusión en la educación general siempre que sea posible considerando otras opciones según las necesidades individuales. Mediante la terapia física y ocupacional se puede ayudar a abordar las dificultades motoras. La terapia del habla y del lenguaje se centra en mejorar la comunicación. El apoyo a la familia es crucial, proporcionando información, apoyo emocional, asesoramiento y servicios de cuidado para evitar la sobrecarga de los cuidadores (Ke & Liu, 2017).

### **Esquizofrenia**

El significado literal de la palabra "esquizofrenia" proviene de estas dos palabras griegas: "esquizo" (que significa "escindir") y "frenia" (que significa "mente". Literalmente, esquizofrenia significa "mente escindida". Más específicamente, viene a referir que *"el sujeto está en un mundo diferente al nuestro, no tiene un apego fuerte a la realidad (a menos que se le trate para que remita la sintomatología) y vive acorde con lo que experimenta"* (Padín, 2012).

La conceptualización de la esquizofrenia ha experimentado cambios entre la CIE-10 y el DSM-5. En la CIE-10, el diagnóstico de esquizofrenia se

caracterizaba por subtipos como paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada. Sin embargo, en el DSM-5, estos subtipos han sido eliminados (Valle, 2020). Según el DSM-5, la esquizofrenia se define como anomalías en uno o más de los siguientes dominios:

- **Delirios:** Son creencias fijas que no son susceptibles de cambio aunque existan pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas: *Persecutorios* (creencia de que uno va a ser perjudicado, acosado, etc., por un individuo u organización con el propósito de hacerle daño); *Referenciales* (creencia de ciertos gestos, comentarios, señales del medio, etc., van dirigidas a él o ella); *De grandeza* (creencia de tener habilidades, riqueza o fama excepcionales); *Erotomaniacos* (creer erróneamente que otra persona está enamorada de él o ella); *Nihilistas* (suponen la convicción de que sucederá una gran catástrofe); *Somáticos* (se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos); *Religiosos o místicos* (creencia de sentir una comunicación con Dios o incluso de ser él, o, de lo contrario, de estar poseído por el demonio); y de *Control* (creencia de que existe una fuerza externa que está manipulando o influyendo en el propio cuerpo o la propia mente). Los delirios son considerados extravagantes si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida. Por ejemplo: expresar una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo.
- **Alucinaciones:** Son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Se producen de manera involuntaria y se experimentan como si fueran percepciones reales. Esta percepción puede incluir cualquiera de los sentidos. Por ejemplo, visualizar al demonio.

- ***Pensamiento (discurso) desorganizado:*** Suele deducirse a través del discurso de la persona, por ejemplo, mediante el descarrilamiento, donde la persona cambia de un tema a otro. También puede manifestarse la tangencialidad, donde la persona ofrece respuestas que no están directamente relacionadas con la pregunta.
- ***Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía):*** Puede manifestarse de diversas formas, desde actitudes infantiles hasta agitación inesperada. Puede resultar complicado llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo y realizar las actividades cotidianas. Por otro lado, el *comportamiento catatónico* es una disminución marcada de la reactividad al entorno que puede manifestarse de varias formas, como la resistencia a seguir instrucciones (negativismo), posturas rígidas o extravagantes, y la falta de respuesta (mutismo y estupor). También pueden haber movimientos no intencionados o excesivos (excitación catatónica) y otros síntomas como movimientos repetitivos, mirada fija, muecas, mutismo y ecolalia.
- ***Síntomas negativos:*** Son una parte importante de la esquizofrenia, siendo menos comunes en otros trastornos psicóticos. Los más destacados son la expresión emotiva disminuida y la abulia. La primera implica una reducción en la expresión emocional a través del rostro, el contacto visual y la entonación del habla. La abulia se caracteriza por la falta de iniciativa y motivación para realizar actividades. Otros síntomas incluyen la alogia (reducción del habla), la anhedonia (incapacidad para experimentar placer) y la asocialidad (falta de interés en interacciones sociales).

### ***Prevalencia***

Según el DSM-5, la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida varía entre el 0,3% y el 0,7%, con diferencias según la raza, el país y el origen geográfico de los inmigrantes. La proporción de sexos también varía según la muestra y la población: los síntomas negativos y la duración más prolongada de la enfermedad se asocia con una mayor incidencia en los hombres, mientras que definiciones más amplias muestran un riesgo similar para ambos sexos. Por otro lado, Navarro (2013) estima que la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida está entre el 0,7 y el 1,5%. En España, la incidencia estimada es de 0,8 casos por cada diez mil habitantes. En cuanto a la prevalencia estimada, esta cifra es de 3 y 2,86 por cada mil habitantes por año para hombres y mujeres, respectivamente, lo que conlleva una carga adicional significativa desde el punto de vista personal, familiar, social y económico.

### ***Costes familiares y sociales***

Los costos asociados al tratamiento y cuidado de pacientes con esquizofrenia son significativamente altos, lo que representa un desafío para el sistema de salud. Estos, incluyen gastos relacionados con dispositivos de asistencia, tratamientos y la otorgación de incapacidades que limitan el acceso al empleo. Los trastornos mentales son la segunda causa más común de baja laboral en España y el tercer grupo de enfermedades con mayor gasto en el sistema de salud pública, totalizando un costo económico de 7.019 millones de euros. Este costo se distribuye en un 36.9% en costos médicos directos, un 17.7% en cuidados informales y un 42.7% en costos por baja laboral. Los trastornos mentales son el cuarto motivo principal por el cual se requiere

cuidado proporcionado por familiares y personal no profesional (Navarro, 2013).

### ***Tratamiento***

El tratamiento de la esquizofrenia es complejo y requiere un enfoque multidisciplinario. Los antipsicóticos son la base del tratamiento, y en casos graves, puede ser necesaria la hospitalización para aliviar los síntomas y prevenir recaídas (López & Abarra, 2013). No obstante, no hay una medicación universalmente eficaz, y la falta de adherencia al tratamiento y a los programas de rehabilitación puede aumentar el riesgo de recaídas.

En el ámbito psicológico, diversas modalidades terapéuticas han demostrado su eficacia. La terapia cognitivo-conductual (TCC) se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales, mientras que la terapia de rehabilitación psicosocial se enfoca en desarrollar habilidades sociales y funcionales (Vallina & Lemos, 2001; Montaña et al., 2013). La terapia familiar, que involucra a los miembros de la familia para mejorar la comunicación y el apoyo mutuo, es fundamental. Además, la terapia de aceptación y compromiso (ACT) ayuda a los pacientes a aceptar sus experiencias y comprometerse con sus valores personales. Estas intervenciones, combinadas con la medicación adecuada, pueden mejorar los síntomas y la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.

### **Comorbilidad**

Existe comorbilidad entre el Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI) y la Esquizofrenia. En cuanto a la Esquizofrenia, podemos encontrar mayor prevalencia en adultos con discapacidad intelectual. *"Las causas de esta enfermedad probablemente sean las mismas en uno y otro caso aunque, dado*

*el mayor porcentaje de casos, es más que probable que tanto las lesiones cerebrales por problemas en el parto como los factores genéticos jueguen un papel destacado” (Thorson, 2008, como se citó en Nieto, 2017).*

La comorbilidad entre TDI y Esquizofrenia puede darse por el resultado de factores genéticos y ambientales, como una mayor vulnerabilidad de la persona y niveles elevados de estrés. En estos casos se tiene que adaptar la intervención de la esquizofrenia a personas con discapacidad intelectual.

### **Psicogeriatría**

La esquizofrenia suele detectarse cuando ya se ha producido un episodio agudo o una hospitalización psiquiátrica, siendo difícil la identificación preventiva necesaria para evitar la cronicidad del trastorno (Artigue, 2014).

La esquizofrenia es un trastorno mucho más prevalente en la población con DI, con cifras que se estiman hasta del 7%, en comparación con la población general que es del 1%. (Folch etc al., 2019). Siendo el TDI y la esquizofrenia trastornos crónicos en la mayoría de los casos (DSM-5, 2014) estas personas afrontan dificultades durante todo su ciclo vital, por lo que finalmente suelen permanecer en un recurso psicogeriátrico cuando se hacen mayores.

El envejecimiento en personas con DI comparado con la población general sigue siendo debatido. Algunos estudios dicen que los procesos son similares, excepto en casos de demencia y epilepsia, mientras que otros reportan diferencias (Innes et al., 2012). La cronicidad de la esquizofrenia y el TDI, junto con la edad, interaccionan generando una situación de mayor dependencia. El tiempo de institucionalización, la medicación y la cronicidad provocan altas necesidades de atención psiquiátrica y física, enfrentando un envejecimiento prematuro.

Una vez expuesta la parte teórica, presentaré los tres casos clínicos seleccionados para desarrollar este trabajo. Más específicamente, nos encontramos con tres casos de mujeres residentes en la unidad Montsant de Villablanca Serveis Assistencials. Por un lado, nos encontramos con los casos A y L que presentan Discapacidad Intelectual Leve y Esquizofrenia Paranoide Crónica. Por otro, con el caso R que presenta Esquizofrenia Paranoide Crónica.

### 3. Bibliografía

AAIDD (2011). *Discapacidad Intelectual. Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo Social*. Madrid: Alianza Editorial.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

Artigue, J., & Tizón, J. L. (2014). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Atención primaria, 46(7)*, 336-356.

Bruininks, R., Hill, B., Weatherman, R., & Woodcock, R. (1986). *ICAP. Inventory for Client and Agency Planning. Examiner's Manual*. Allen: DLM Teaching Resources.

CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. (2024). *Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª revisión para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. Organización Mundial de la Salud. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es>

Folch, A., Salvador-Carulla, L., Vicens, P., Cortés, M. J., Irazábal, M., Muñoz, S., ... & Martínez-Leal, R. (2019). Health indicators in intellectual developmental disorders: The key findings of the POMONA-ESP project. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 32(1)*, 23-34.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (Adaptado por Lobo, A., López-Antón, R., & Saz, P.). (2001). *Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE)*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Fresno, J. M., & Henar, L. (2020). ¿El sistema de protección social protege económicamente a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo? Análisis y propuestas de mejora.

Giné, C., Balcells-Balcells, A., Simó-Pinatella, D., Font, J., Pro, M. T., Mas, J. M., & Carbó, M. S. (2011). Necesidades de apoyo de las familias de personas con discapacidad intelectual de Catalunya. *Siglo cero*, 42(34), 240.

Innes, A., McCabe, L. y Watchman, K. (2012). El cuidado de personas mayores con discapacidad intelectual: una revisión sistemática. *Maturitas* , 72 (4), 286-295.

Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1990). *Test Breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT)*. Pearson.

Ke, X., & Liu, J. (2017). Discapacidad intelectual. *Traducción De Irarrázaval, M., Martin, A., Prieto-Tagle, F. Y Fuertes, O.*). En *Rey, Joseph. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*, 1-28.

Liberman, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Martínez Roca.

López Laredo, B. S., & Ibarra Tancara, M. U. (2013). Esquizofrenia. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 35, 1804.

Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD et al (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32:419-436.

Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.

Moreno, J. O., & Guerrero, R. O. (2009). Los costes de los cuidados informales en España. *Presup. Gasto Público*, 56, 163-81.

Navarro Gómez, N. (2013). Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años.

Nieto del Rincón, P.L.. (2017). Discapacidad intelectual. En A. Polaino Lorente, C. Chiclana Actis, F. López Cánovas y G. Hernández Torrado, (Eds.), *Fundamentos de Psicopatología* [epub]. ISBN 978-84-15998-50-1.

Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), 151-172.

Valle, R. (2020). La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 95-104.

Vallina Fernández, O., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13 (3).

Wechsler, D. (2002). *WAIS-III: Test de inteligencia para adultos de Wechsler*.

World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. <https://iris.who.int/handle/10665/42326>

## **4. Anexos**

### **Anexo 1: 317 (F10) Trastorno del Desarrollo Intelectual**

- A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos, tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.
- C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

Especificar la gravedad actual (véase la Tabla 1):

317 (F70) Leve

318.0 (F71) Moderado

318.1 (F72) Grave

318.2 (F73) Profundo

Especificadores:

Los diversos niveles de gravedad se definen según el funcionamiento adaptativo, y no según las puntuaciones de cociente intelectual (CI), porque es el funcionamiento adaptativo el que determina el nivel de apoyos

requerido. Además, las medidas de CI son menos válidas para las puntuaciones más bajas del rango de CI.

### **Anexo 2: Esquizofrenia 295.90 (F20.9)**

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
1. Delirios
  2. Alucinaciones.
  3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
  4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
  5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente

- por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

- Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

- Primer episodio, actualmente en remisión parcial: Remisión parcial es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.
- Primer episodio, actualmente en remisión total: Remisión total es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes. Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial
- Episodios múltiples, actualmente en remisión total
- Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.
- No especificado

Especificar si:

- Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 119-120).
- Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.