

Marta Valera Guiot

Esquizofrènia paranoide en context de discapacitat intel·lectual

TREBALL DE FI DE MÀSTER

Dirigit per Georgette Van Ginkel Riba

MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

Departament de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2025

AVÍS DE CONFIDENCIALITAT

El present document conté informació confidencial, propietat d'una entitat col·laboradora i que afecta a tercers. Per aquest motiu, no es pot divulgar, reproduir ni compartir el contingut total del treball.

Només es pot consultar parcialment i per ús acadèmic.

ÍNDEX

1. Marc teòric
2. Cas clínic 1
 - 2.1 Presentació i descripció del cas
 - 2.2 Tècniques d'avaluació
 - 2.3 Hipòtesis diagnòstiques
 - 2.4 Objectius terapèutics
 - 2.5 Tècniques d'intervenció
 - 2.6 Resultats aconseguits
 - 2.7 Discussió dels resultats
 - 2.8 Seguiment
3. Cas clínic 2
 - 3.1 Presentació i descripció del cas
 - 3.2 Tècniques d'avaluació
 - 3.3 Hipòtesis diagnòstiques
 - 3.4 Objectius terapèutics
 - 3.5 Tècniques d'intervenció
 - 3.6 Resultats aconseguits
 - 3.7 Discussió dels resultats
 - 3.8 Seguiment
4. Cas clínic 3
 - 4.1 Presentació i descripció del cas
 - 4.2 Tècniques d'avaluació
 - 4.3 Hipòtesis diagnòstiques
 - 4.4 Objectius terapèutics
 - 4.5 Tècniques d'intervenció

- 4.6 Resultats aconseguits
- 4.7 Discussió dels resultats
- 4.8 Seguiment
- 5. Anàlisi de les limitacions
- 6. Conclusions
- 7. Bibliografia
- 8. Annexos
 - 8.1 Annex 1. Criteris diagnòstics d'esquizofrènia segons DSM-5-TR
 - 8.2 Annex 2. Criteris diagnòstics de Discapacitat Intel·lectual (DI) segons DSM-5-TR
 - 8.3 Annex 3. Descripció d'afectació dels diferents dominis en Discapacitat Intel·lectual (DI) lleu.

1. MARC TEÒRIC

En el present marc teòric s'introdueixen els conceptes d'esquizofrènia i discapacitat intel·lectual (DI), amb especial atenció a la seva comorbiditat i les dificultats diagnòstiques i d'intervenció associades.

Els trastorns psicòtics, segons el DSM-5-TR, són un conjunt heterogeni de síndromes caracteritzades per disfuncions cognitives, emocionals, motores i motivacionals, que afecten el funcionament quotidià. Es classifiquen dins l'espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics, caracteritzats per deliris, al·lucinacions, pensament i/o discurs desorganitzat, comportament motor desorganitzat o catatònic i símptomes negatius com l'aïllament social, anhedònia i embotament afectiu (American Psychiatric Association [APA], 2022).

El DSM-5-TR (2022) estableix sis criteris diagnòstics per a l'esquizofrènia (vegeu Annex 1), així com diversos especificadors sobre gravetat i curs clínic. Els casos presentats més endavant, es van diagnosticar d'acord amb el DSM-IV-TR, on els especificadors inclouen diferents subtipus d'esquizofrènia. En aquest cas concret, interessa el subtipus paranoide, definit pels següents criteris: (1) existència d'una o més idees delirants o al·lucinacions auditives freqüents i (2) absència de llenguatge i comportament desorganitzat, així com afectivitat inapropiada (American Psychiatric Association [APA], 2000).

A nivell biològic, hi ha implicació de factors genètics, neuroquímics i ambientals. Estudis recents identifiquen alteracions en els sistemes de dopamina i glutamat (McCutcheon et al., 2020), així com alteracions estructurals en el cervell, com la reducció del volum de la matèria grisa i anomalies en les connexions neuronals (Shen et al., 2023).

La DI és un trastorn del neurodesenvolupament amb inici en la infància, que es caracteritza per limitacions intel·lectuals i adaptatives (APA, 2022). El DSM-5-TR (2022) estableix tres criteris diagnòstics (vegeu Annex 2) i classifica la gravetat en funció de l'afectació en el component adaptatiu: lleu, moderada, greu o profunda. En aquest treball s'aborda exclusivament la DI lleu, afectacions detallades en l'Annex 3 (APA, 2022, p. 40).

Les persones amb DI presenten una prevalença major de presentar trastorns psicòtics, inclosa l'esquizofrènia paranoide, situada al voltant d'un 5% (Morgan et al., 2018), en comparació de l'1% en població general (Sohal, 2023). L'elevada prevalença s'associa a alteracions neurològiques pròpies de la DI, que poden influir en la manifestació i el diagnòstic d'esquizofrènia.

L'etiologia de l'esquizofrènia paranoide, com ja s'ha esmentat, implica la interacció entre factors genètics, neurobiològics i ambientals. Aquests inclouen la predisposició familiar i alteracions en la neurotransmissió, especialment en els sistemes de dopamina i glutamat (McCutcheon et al., 2020). En persones amb DI poden aparèixer alteracions cerebrals encara més complexes. Concretament, es detecten anomalies cerebrals, com la reducció del volum de la matèria grisa, que afecten el funcionament cognitiu i emocional (Shen et al., 2023). Aquestes característiques particulars poden modificar la presentació clínica dels símptomes i dificultar el diagnòstic (Morgan et al., 2018). A més, factors ambientals com l'estrès prenatal, la infecció viral o altres complicacions durant el desenvolupament poden augmentar el risc d'aparició de trastorns psicòtics, especialment en les persones amb DI, a causa de les dificultats en l'atenció a la salut durant la infància i l'adolescència (Sohal, 2023).

Així doncs, en persones amb DI el diagnòstic d'esquizofrènia pot variar, no només per l'esmentat, sinó també per les limitacions cognitives i comunicatives que presenten. Segons Fletcher i Loschen (2007), no hi ha grans diferències a nivell de simptomatologia entre poblacions, però cal tenir en compte diverses consideracions de cara a l'avaluació i diagnòstic.

En primer lloc, les limitacions verbals poden dificultar la detecció de deliris, sobretot en casos amb escasses habilitats comunicatives. Per això, sovint només es pot recollir aquesta informació en persones amb DI lleu o bon nivell verbal, tot i que el contingut pot semblar massa simple o irrellevant (Fletcher & Loschen, 2007). Tanmateix, cal conèixer bé les habilitats comunicatives del individu per poder valorar la presència de discurs desorganitzat (Fletcher & Loschen, 2007). Pel que fa als símptomes negatius, poden passar desapercebuts per l'escassa expressió emocional i l'absència de comportament social actiu, especialment en casos de més gravetat (Fletcher & Loschen, 2007).

D'altra banda, el diagnòstic també es pot complicar per la comorbiditat amb Trastorns de l'Espectre Autista (TEA) o altres trastorns, dificultant la identificació de símptomes psicòtics i característiques pròpies d'altres patologies (Fletcher & Loschen, 2007). Són freqüents altres trastorns com la depressió major, el trastorn d'ansietat generalitzada o el trastorn obsessiu-compulsiu, així com un alt nombre d'alteracions mèdiques associades com problemes cardiovasculars, metabolisme alterat (hipertensió, diabetes) i trastorns del son (Arruda et al., 2024; Morgan et al., 2018).

Finalment, cal remarcar que els criteris diagnòstics actuals no contemplen adaptacions específiques per a DI. A més, algunes conductes com parlar amb

si mateixos, poden ser habituals en casos de DI greu i profunda (Fletcher & Loschen, 2007).

Així doncs, tenint en compte les dificultats, garantir un diagnòstic fiable requereix una història clínica detallada i corroborada per persones properes al pacient, així com observació longitudinal que permeti detectar variacions en el comportament habitual, com ara canvis en l'activitat social o en l'expressió emocional (en DI lleu i moderada) i augment de l'agressivitat o aparició de comportament autolesiu (en DI greu i profunda), que poden ser indicatius de l'inici de l'esquizofrènia (Fletcher & Loschen, 2007).

Tanmateix, la capacitat d'*insight* sol estar reduïda, fet que dificulta el reconeixement dels símptomes. Aquesta és entesa com el grau en què la persona reconeix els propis símptomes, n'identifica una causa i entén la necessitat de tractament (Kim et al., 2020).

En resum, les persones amb DI presenten importants reptes diagnòstics en la identificació de l'esquizofrènia. Les limitacions en la comunicació, la percepció alterada de les emocions i la possible superposició de símptomes amb altres trastorns com el TEA, poden dificultar la detecció dels símptomes psicòtics. Per això, en l'avaluació es recomana un enfocament multimètode que inclogui observació directa, entrevistes estructurades i revisió de la història clínica (Fletcher & Loschen, 2007), sent essencial integrar la informació de diversos observadors per tal de compensar les limitacions cognitives i de comunicació (Kim et al., 2020). Així mateix, els mètodes d'avaluació han d'estar adaptats a persones amb DI. No obstant, la majoria d'instruments no contempen les particularitats de les persones amb DI, fet que pot comprometre la validesa i fiabilitat dels resultats. Tot i això, s'han

desenvolupat algunes eines específiques com la PAS-ADD (Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities) (Moss et al., 1993), una entrevista estructurada que permet la detecció de símptomes psicòtics; o la DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities) (Royal College of Psychiatrists, 2001), que no és una prova psicomètrica, sinó un conjunt de criteris clínics adaptats a persones amb DI.

Finalment, és important considerar aspectes relacionats amb el tractament. Aquest ha de ser individualitzat i multidisciplinari. El tractament farmacològic acostuma a ser la primera línia d'intervenció per alleujar els símptomes psicòtics. Tot i així, en persones amb DI, especialment en els casos més greus, la selecció de medicaments s'ha de fer amb més precaució, per la variabilitat de resposta i el major risc d'efectes secundaris (Courtial et al., 2024). Els antipsicòtics atípics, com la risperidona i la quetiapina, són preferits per la seva menor incidència d'efectes secundaris (Flores-Rojas & González-Zúñiga Hernández, 2019). Tot i això, cal fer seguiment continu, ja que l'augment de pes, la dislipidèmia i la diabetis poden ser més prevalents en aquest grup de pacients (Flores-Rojas & González-Zúñiga Hernández; Courtial et al., 2024).

A més del tractament farmacològic, les intervencions psicosocials són essencials per afavorir el benestar global a llarg termini del pacient. La psicoteràpia conductual, els programes de rehabilitació psicosocial i l'entrenament en habilitats socials poden ajudar en la gestió dels símptomes residuals i a millorar l'autonomia i la qualitat de vida dels pacients (Bighelli et al., 2021). En aquest sentit, la psicoteràpia cognitiu-conductual (TCC) ha mostrat eficàcia, però en persones amb DI, ha d'adaptar-se a les limitacions

cognitives i comunicatives (Shukla et al., 2021). Aquests programes poden ajudar els pacients a millorar les seves estratègies d'afrontament, les relacions interpersonals i la gestió de l'estrès, i solen incloure activitats pràctiques, com ara iniciar una conversa o reconèixer senyals emocionals. A més, moltes persones amb DI i esquizofrènia necessiten suport addicional per a la seva integració comunitària i laboral. En aquest sentit, la rehabilitació psicosocial pot proporcionar serveis com orientació laboral, teràpia ocupacional i programes de reinserció social (Bighelli et al., 2021).

Finalment, cal destacar el paper de les famílies en el procés terapèutic, ja que el seu suport i implicació són essencials pel benestar del pacient (Kim & Park, 2023). En aquest sentit, els programes d'orientació familiar poden millorar l'adaptació i reduir l'estrès que suposa el paper del cuidador (Kim & Park, 2023).

En resum, l'esquizofrènia en persones amb (DI) implica reptes diagnòstics i d'intervenció. L'avaluació és un repte per les dificultats comunicatives d'aquestes persones i la manca d'instruments adaptats, la qual cosa requereix un enfocament multidimensional que combini observació clínica, entrevistes a cuidadors i eines psicomètriques adaptades. D'altra banda, el tractament inclou una combinació de farmacoteràpia amb antipsicòtics i intervencions psicosocials adaptades, com el suport conductual, les teràpies cognitiu-conductuals i programes d'habilitació funcional. A causa de la complexitat del quadre clínic, és fonamental un abordatge interdisciplinari i un pla d'atenció individualitzat per millorar la qualitat de vida d'aquestes persones.

2. CAS CLÍNIC 1

Per preservar la confidencialitat de les dades clíniques, els detalls d'aquest cas han estat suprimits.

3. CAS CLÍNIC 2

Per preservar la confidencialitat de les dades clíniques, els detalls d'aquest cas han estat suprimits.

4. CAS CLÍNIC 3

Per preservar la confidencialitat de les dades clíniques, els detalls d'aquest cas han estat suprimits.

5. ANÀLISI DE LES LIMITACIONS

Per raons de confidencialitat, aquesta part del contingut ha estat suprimida i no es mostra en aquest document.

6. CONCLUSIONS

Per raons de confidencialitat, aquesta part del contingut ha estat suprimida i no es mostra en aquest document.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Aguinaga, G., Armentia, M. L., Fraile, A., Olanga, P., & Uriz, N. (2005). *PLON-R: Prueba de Lenguaje Oral de Navarra – Revisada (2a ed.)*. Madrid: TEA Ediciones.
2. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
3. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.)*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
4. Arruda, A. L., Khandaker, G. M., Morris, A. P., Smith, G. D., Huckins, L.

M., & Zeggini, E. (2024). Genomic insights into the comorbidity between type 2 diabetes and schizophrenia. *Schizophrenia*, 10(1).

<https://doi.org/10.1038/s41537-024-00445-5>

5. Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G.,

Furukawa, T. A., Barbui, C., & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969-980. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00243-1)

6. Bruininks, R. H., Hill, B. K., Weatherman, R. F., & Woodcock, R. W. (1996). *Inventario para la planificación de servicios y programación individual (ICAP) (Adaptación española: Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Deusto)*. Bilbao: Mensajero.

7. Chow, W. S., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13(1).

<https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-169>

8. Courtial, E., Pouchon, A., Polosan, M., & Dondé, C. (2024). Antipsychotic medication in people with intellectual disability and schizophrenia: A 25-

year updated systematic review and cross-sectional study. *Journal Of Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1177/02698811241276787>

9. *Ficha técnica del instrumento*. (s. f.). <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=108>

10. Fletcher, R., & Loschen, E. (2007). *DM-ID: Diagnostic Manual-intellectual Disability: a Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. National Association for the Dually Diagnosed Nadd.

11. Flores-Rojas, L. E., & González-Zúñiga Hernández, L. A. (2019). Efectos

secundarios metabólicos de los antipsicóticos de segunda generación.

Medicina Interna de México, 35(5).

<https://doi.org/10.24245/mim.v35i5.2658>

12. García, M., González, M., & Pérez, A. (2009) *ARMONI: Test de exploración cognitiva*. TEA Ediciones.

13. ICAP (inventory for the planning of services and Individual programming): a tool to improve planning and intervention in services for people with disabilities. (s. f.). *CORE Reader*.

<https://core.ac.uk/reader/235856085>

14. Inteligencia. (2024, 20 abril). *Test de inteligencia kbit-2: evaluación confiable de la inteligencia | ICCSI*. ICCSI. <https://iccsi.com.ar/test-de-inteligencia-k-bit/>

15. Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (2011). *K-BIT: Test breve de inteligencia de Kaufman (Adaptación española: A. Cordero Pando & I. Calonge Romano)*. Madrid: Pearson Educación.

16. Kim, S., Jung, D., Moon, J., Jeon, D., Seo, Y., Jung, S., Lee, Y., Kim, J., & Kim, Y. (2020). Relationship between disability self-awareness and cognitive and daily living function in schizophrenia. *Schizophrenia Research Cognition*, 23, 100192. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2020.100192>

17. Kim, S., & Park, S. (2023). Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 32(6), 1598-1615.

<https://doi.org/10.1111/inm.13198>

18. McCutcheon, R. A., Krystal, J. H., & Howes, O. D. (2020). Dopamine and glutamate in schizophrenia: biology, symptoms and treatment. *World Psychiatry*, 19(1), 15-33. <https://doi.org/10.1002/wps.20693>

- 19.Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., & Jablensky, A. (2018). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal Of Psychiatry*, 193(5), 364-372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.044461>
- 20.Moss, S., Prosser, H., & Goldberg, D. (1993). *Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD)*.
- 21.Nihira, K., Leland, H., & Lambert, N. (1993). *ABS-RC:2 Escala de Conducta Adaptativa – Residencias y Comunidad. Segunda edición (Adaptación española: I. García Alonso). Burgos: Universidad de Burgos*.
- 22.Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief Psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799-812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- 23.Patel, M., Lee, J. Y., & Scior, K. (2023). Psychometric properties of measures designed to assess common mental health problems and wellbeing in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal Of Intellectual Disability Research*, 67(5), 397-414. <https://doi.org/10.1111/jir.13018>
- 24.Royal College of Psychiatrists. (2001). *Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities (DC-LD) (1.^a ed.)*. GASKELL.
- 25.Shen, C., Tsai, S., Lin, C., & Yang, A. C. (2023). Progressive brain abnormalities in schizophrenia across different illness periods: a structural and functional MRI study. *Schizophrenia*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41537-022-00328-7>
- 26.Shukla, P., Padhi, D., Sengar, K. S., Singh, A., & Chaudhury, S. (2021).

- Efficacy and durability of cognitive behavior therapy in managing hallucination in patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(2), 255-264. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_94_20
- 27.Sohal, V. S. (2023). Neurobiology of schizophrenia. *Current Opinion In Neurobiology*, 84, 102820. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2023.102820>
- 28.Ware, J., Kosinski, M., & Keller, S. (1996). *SF-12 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- 29.Wechsler, D. (1999). *Escala de inteligencia de Wechsler para adultos – tercera edición (WAIS-III)*. TEA ediciones.
- 30.Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., & Hadden, S. (1996). *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Trainer's guide*. London: Royal College of Psychiatrists.