

Montserrat Solsona Tost

# **ESQUIZOFRÈNIA**

TREBALL FI DE MÀSTER

Dirigit per Inés Raigón López

MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

Departament de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2025

**Aquest treball de fi de màster conté informació confidencial i no pot ser compartit íntegrament.**

## ÍNDEX

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓ.....  | 5  |
| 2. FONAMENTACIÓ TEÒRICA.....                               | 5  |
| 2.1.    Concepte evolutiu d'esquizofrènia.....             | 5  |
| 2.2.    Etiologia.....                                     | 6  |
| 2.3.    Criteris diagnòstics.....                          | 8  |
| 2.4.    Prevalença.....                                    | 9  |
| 2.5.    Pronòstic.....                                     | 9  |
| 2.6.    Diagnòstic diferencial.....                        | 9  |
| 3. DESCRIPCIÓ DEL PRIMER CAS (SUBJECTE A).....             | 10 |
| 3.1.    Dades personals.....                               | 10 |
| 3.2.    Motiu de consulta.....                             | 10 |
| 3.3.    Història del problema.....                         | 11 |
| 3.4.    Anàlisi funcional.....                             | 12 |
| 3.5.    Tècniques d'avaluació en el diagnòstic.....        | 13 |
| 3.6.    Tècniques d'avaluació en el seguiment.....         | 14 |
| 3.6.1. Proposta de seguiment aplicada.....                 | 15 |
| 3.6.2. Justificació.....                                   | 17 |
| 3.6.3. Propietats psicomètriques.....                      | 18 |
| 3.7.    Hipòtesis diagnòstiques.....                       | 21 |
| 3.8.    Hipòtesis d'origen i manteniment del problema..... | 22 |

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 3.9.   | Tractament, objectius i justificació.....                   | 23 |
| 3.9.1. | Teràpia individual amb la seva psicòloga de referència..... | 23 |
| 3.9.2. | Teràpies grupals amb la terapeuta ocupacional.....          | 25 |
| 3.9.3. | Teràpies de psicologia grupals.....                         | 26 |
| 3.10.  | Dades posttractament.....                                   | 27 |
| 3.11.  | Discussió dels resultats obtinguts.....                     | 29 |
| 3.12.  | Seguiment dels resultats.....                               | 29 |
| 4.     | DESCRIPCIÓ DEL SEGON CAS (SUBJECTE B).....                  | 30 |
| 4.1.   | Dades personals.....  | 30 |
| 4.2.   | Motiu de consulta.....                                      | 30 |
| 4.3.   | Història del problema.....                                  | 30 |
| 4.4.   | Anàlisi funcional.....                                      | 32 |
| 4.5.   | Tècniques d'avaluació en el diagnòstic.....                 | 33 |
| 4.6.   | Tècniques d'avaluació en el seguiment.....                  | 34 |
| 4.6.1. | Proposta de seguiment aplicada.....                         | 34 |
| 4.6.2. | Justificació.....   | 36 |
| 4.7.   | Hipòtesis diagnòstiques.....                                | 37 |
| 4.8.   | Hipòtesis d'origen i manteniment del problema.....          | 39 |
| 4.9.   | Tractament, objectius i justificació.....                   | 39 |
| 4.9.1. | Teràpia individual amb la psicòloga de referència.....      | 39 |
| 4.9.2. | Teràpies grupals amb la terapeuta ocupacional.....          | 41 |

|   |    |
|---|----|
| 4.9.3. Teràpies de psicologia grupal.....               | 42 |
| 4.10. Dades posttractament.....                         | 43 |
| 4.11. Discussió dels resultats obtinguts.....           | 44 |
| 4.12. Seguiment dels resultats.....                     | 45 |
| 5. DESCRIPCIÓ DEL TERCER CAS (SUBJECTE C).....          | 45 |
| 5.1. Dades personals.....                               | 45 |
| 5.2. Motiu de consulta.....                             | 46 |
| 5.3. Història del problema.....                         | 46 |
| 5.4. Anàlisi funcional.....                             | 47 |
| 5.5. Tècniques d'avaluació en el diagnòstic.....        | 49 |
| 5.6. Tècniques d'avaluació en el seguiment.....         | 49 |
| 5.6.1. Proposta de seguiment aplicada.....              | 49 |
| 5.6.2. Justificació.....                                | 50 |
| 5.7. Hipòtesis diagnòstiques.....                       | 51 |
| 5.8. Hipòtesis d'origen i manteniment del problema..... | 53 |
| 5.9. Tractament, objectius i justificació.....          | 53 |
| 5.10. Dades posttractament.....                         | 56 |
| 5.11. Discussió dels resultats obtinguts.....           | 57 |
| 5.12. Seguiment dels resultats.....                     | 58 |
| 6. ANÀLISIS DE LES LIMITACIONS DEL TREBALL.....         | 58 |
| 7. CONCLUSIONS CRÍTIQUES.....                           | 59 |

|  |    |
|--|----|
| 8. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....  | 60 |
| 9. ANNEXOS.....  | 63 |
| 9.1. Annex 1: Criteris diagnòstics d'esquizofrènia, DSM 5-TR<br>(Associació Americana de Psiquiatria, 2022)..... | 63 |
| 9.2. Annex 2: Criteris diagnòstics d'esquizofrènia, CIE-11 (OMS,<br>2022).....                                   | 64 |
| 9.3. Annex 3: Documents adjunts subjecte A.....  | 65 |
| 9.4. Annex 4: Documents adjunts subjecte B.....  | 66 |
| 9.5. Annex 5: Documents adjunts subjecte C.....  | 68 |

## **1. INTRODUCCIÓ**

En aquest treball de fi de màster, exposo tres casos clínics reals de pacients diagnosticats amb esquizofrènia.

I aprofito per agrair el suport rebut en aquest projecte a la tutora acadèmica Inés Raigón López, a la meva tutora del centre i a la institució on he realitzat les pràctiques.

## **2.FONAMENTACIÓ TEÒRICA**

### **2.1 Concepte evolutiu d'esquizofrènia**

A continuació detallaré els principals autors, que han marcat un canvi en l'estudi d'aquest trastorn al llarg de la història.

El Sr. Emil Kraepelin (1856-1926) va distingir un conjunt de trastorns caracteritzat per la presència de deliri i vuit afectiu, en edat relativament primerenca amb un curs crònic i de deteriorament que va anomenar *dementia praecox*. També va establir dos grans grups de psicosis endògenes, la psicosi maníaca-depressiva curable i la demència precoç incurable (Angst,2002). I amb el temps, va apartar la paranoia, hipertrofiant les formes paranoides de la *dementia praecox* i denominant parafrènies als mateixos casos que abans havia etiquetat de forma fantàstica de la paranoia (Álvarez, 1996).

El Sr. Eugen Bleuler (1857-1939) va canviar la denominació de demència precoç per la d'esquizofrènia al 1908. I va agrupar els símptomes amb fonamentals i accessoris. Però la seva proposta no es limitava a variació terminològica, sinó que la interpretació psicopatològica assumia una importància central (Gruhle, 1913).

El Sr. Kurt Schneider (1959) va representar un dels primers intents per sintetitzar el diagnòstic de l'esquizofrènia utilitzant símptomes específics. Considerant que si es donen de forma conjunta asseguren el diagnòstic. Argumentant que els símptomes patognòmics eren els deliris i al·lucinacions que Bleuler va considerar com accessoris. Les seves aportacions subministren el tercer gran pilar d'aquesta malaltia (Andreasen, 1997; Peralta i Cuesta, 2000), afegint al deteriorament Kraepeliniano i a la desorganització bleuriana els anomenats trastorns del jo (*Ich-Strörungen*) com eix central de les manifestacions clíniques (Ramos, 1992).

El Sr. Philip Crow (1980) va formular la primera tipologia en l'esquizofrènia, distingint els símptomes positius i negatius. On el seu model indica que tipus I té simptomatologia positiva i que correlaciona amb un ajust premòrbid millor, tenint bona resposta al tractament en neurolèptics i els de tipus II predomina simptomatologia negativa, tenint pitjor ajust.

El Sr. Patrick McGorry, s'ha centrat a prevenir el desenvolupament de la malaltia a través de la detecció primerenca i intervenció precoç amb usuaris amb símptomes subclínic, indicant que aquest tipus d'intervenció i una orientació multidisciplinària amb una orientació de diferents focus clínics millora la simptomatologia i el funcionament (McGorry, Edwards et al., 1996).

## **2.2 Etiologia**

Malgrat les investigacions realitzades, no s'ha demostrat una etiologia precisa, relacionen la seva aparició a causes multifactorials (Torres et al., 2022).

Els factors de risc associats són els següents:

### Factors de risc genètic:

- Estudi de bessons: s'identifica una major concordança en els bessons monocigòtics que en els dicigòtics (Ban i cols, 1982; Kendler, 1983; Kringlen, 1976; Portin i Alanen, 1997; Kallmann, 1994), amb concordança en monocigòtics del 27% al 69% i en els dicigòtics del 5 % al 31%.
- Estudi d'adopcions: els resultats que han obtingut nombrosos estudis (Tienari et al., 1987, Tienari i Wynne, 1994; Kety, 1976; Kety,1983; Wender et al.,1977) conclouen la importància del component genètic en el desenvolupament, però que no és l'únic agent causal i que l'ambient té un aspecte destacat també.
- Estudi de lligaments cromosòmics: les regions associades són 1p,2q,3p,5q,6p,8p, 10q, 16p (NG et al.,2009).

### Factors de risc ambientals:

- Estació de naixement: els infants nascuts als mesos d'hivern, tenen un risc superior del 10% que els que han nascut a l'estiu (Bembenek, 2005).
- Infeccions: les infeccions que poden influir en el sistema nerviós central (Pérez Nevot et al., 2007), la rubèola en el primer trimestre (Brown et al.,2001), pòlio en el segon trimestre (Suvisaari et al.,1999), varicel·la en el naixement (Torrey et al., 1988), virus de l'herpes (Buka et al.,2008) o meningitis durant la infància (Abrahamo et al., 2005).
- Complicacions perinatals tant en l'embaràs, el part com en el desenvolupament fetal (Hultman et al., 1999). La presència de

complicacions obstètriques perinatals augmenten la vulnerabilitat de l'esquizofrènia (Verdoux i Sutter, 2002; Geddes et al.,1999).

- Edat del pare: tenir una edat avançada parental manté relació amb l'esquizofrènia (Zammit et al., 2003; Malaspina et al., 2001; Byrne et al.,2003). Però també s'ha trobat indicatiu que pares joves menors de vint-i-cinc anys tenen risc (Miller et al., 2010).
- Consum de Cànnabis: s'ha identificat al Delta 9-THC com principal actiu del cànnabis amb més poder per produir psicosi (Di et al.,2009).
- Residència urbana: hi ha un major risc si neixes o creixes en àrees urbanes (Van Os et al.,2005). Com candidats potencials es localitza la contaminació, l'ús de tòxics o l'exclusió social (Kelly et al., 2010).
- Ètnia, immigració i estrès psicosocial: van detectar el fenomen de tenir aquesta malaltia relacionada amb l'estrès psicosocial de ser de color en poblacions blanques (Eaton i Harrison, 2000).

### **2.3 Criteris diagnòstics**

Els criteris per aquesta malaltia es poden obtenir mitjançant dos manuals diagnòstics:

El primer és el Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-5-TR), de l'any 2022 editat per l'Associació Americana de Psiquiatria (APA), es pot localitzar en la taula 1, en l'apartat annex 1, on es troben els criteris diagnòstics per l'esquizofrènia, segons aquest manual.

I el segon és la Classificació internacional de malalties (CIE-11) de l'any 2022, notificat per l'organització mundial de la salut (OMS), que està en la

taula 2, en l'apartat annex 2, on es localitza els criteris diagnòstics de l'esquizofrènia segons aquest manual.

#### **2.4 Prevalença:**

L'OMS (2022), indica que aquest trastorn mental afecta a escala mundial aproximadament a 24 milions de persones. Concretament 1 de cada 300 persones (0,32%). En els adults, la taxa és d'1 de cada 222 persones (0,45%).

En la base de dades clíniques d'atenció primària (BDCAP), han creat un informe del sistema nacional de salut en 2020, que analitza les dades han estat obtingudes de l'any 2017, indiquen que és més freqüent en els homes (4,5 %) que en les dones (2.9 %), però la freqüència és doble entre els 20 i els 49 anys, igualant-se als 65 anys, apareixen en aquest moment un lleuger increment en la dona. També es descobreix un gradient social marcat, sobretot en rendes molt baixes, sent més evident en aquest grup la major prevalença en homes.

#### **2.5 Pronòstic**

El pronòstic és pitjor en països desenvolupats (González i Sanjuán,2006). I segons Torrey (2019), el pronòstic de la malaltia pot conceptualitzar una regla de terços, és a dir, un 30% es recupera completament, un altre 30% té símptomes crònics en remissió, un altre 30% és resistent al tractament i el 10% restant mor per suïcidi.

#### **2.6 Diagnòstic diferencial**

El diagnòstic diferencial que s'ha de tenir en compte quan es vol diagnosticar esquizofrènia, segons el Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (Associació Americana de Psiquiatria, 2022), indica que

s'ha de descartar els següents trastorns: El trastorn depressiu major o bipolar amb característiques psicòtiques o catatòniques, el trastorn esquizoafectiu, el trastorn esquizofreniforme i trastorno psicòtic breu, el trastorn delirant, el trastorn esquizotípic de la personalitat, el trastorn obsessiu compulsiu i trastorn dismòrfic corporal, el trastorn d'estrès posttraumàtic, el trastorn de l'espectre autista o trastorns de la comunicació i altres trastorns mentals associats a un episodi psicòtic.

## **8. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES**

Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; DSM-5-TR)*. Editorial Médica Panamericana.

Barrera, A. (2006). Cognitive deficits in schizophrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(3),215-221. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000300007>

Correll, C. U., y Schooler, N. R. (2020). Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 519–534. <https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>

Folstein, M.F., Folstein, S.E.,McHugh, P.R. y Fanjiang, G. (1975). *Examen cognoscitivo Mini-mental* (Lobo, A.,Saz,P.,Marcos,G y Grupo de trabajo Zarademp). 2002. Tea ediciones.

Gejman, P. y Sanders, A. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina*.72,227-234. PMID: 22763160

- Hemsley, D. (2004). La esquizofrenia: modelos explicativos. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos, *Manual de psicopatología* (503–528). McGraw-Hill.
- Jackson, C., y Chadwick, P. (2002). Terapia cognitiva para las alucinaciones y las ideas delirantes. En V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 663–684). Siglo XXI de España Ediciones.
- López-Pousa, S. (2006). *Prueba de exploración Cambridge revisada, Camdez-R, examen cognitivo Camcog*. Ediciones Tea.
- McGorry, PD. y Killackey, EJ. (2002). Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 11(4). 237-247. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00005807>
- Novella, E. y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21 (3) ,205-219. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a1>
- Organització Mundial de la Salut. (2022). *Classificació internacional de malalties (11a edició)*. <https://icd.who.int/>
- Penadés, R y Gastó C. (2010). *El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia*. Herder.
- Pena-Garijo, J. y Monfort-Escrig, C. (2020). Cognition in schizophrenia. State of the art (I): assessment methods and neural correlates. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40 (137), 109-130. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352020000100007>

- Peña, J., Gramunt, N. y Gich, J. (2006). *Test neuropsicológicos: Fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias*. Masson.
- Peralta, V. y Cuesta, M.J. (1994). Validación de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 4, 44-50.
- Pino, O., Guilera, G., Rojo, J.E., Gómez-Benito, J. y Purdon, S.E. (2014). *SCIP-S, Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría*. Madrid: TEA Ediciones.
- Piñón, A., Álvarez, M.C., Torres, T., Vázquez, P. y Otero, F. (2018). *Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia*. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias*, 5 (1). <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/113293>
- Ruiz Almazán, I. (2013). *Dèficit de consciència de trastorn i perfil de memòria en pacients psicòtics* [Tesi doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. Dipòsit Digital de la UAB. [https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013/hdl\\_10803\\_126527/ira1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013/hdl_10803_126527/ira1de1.pdf)
- Saiz, J., De la Vega, C. y Sánchez, P. (2010). Bases neurobiológicas de la esquizofrenia. *Clínica i salut*. 21 (3), 235-254. <https://doi.org/105093/cl2010v21n3a3>