



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**Realidades de la delincuencia y la esquizofrenia en
España**

Autor/a: María Martín-Gamero Molina

Director/a: Rocío Caballero Campillo

Madrid

2022/2023

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno psicológico que altera la percepción, el pensamiento, la afectividad, la conducta y el funcionamiento social del individuo que la padece. Afecta a 24 millones de personas en todo el mundo, y comprende una serie de signos y síntomas que afectan por completo a la actividad mental humana.

Es importante saber en qué consiste la enfermedad para no vincular violencia y peligrosidad con esquizofrenia, estigma social creado, en gran medida, por la información errónea difundida a través de los medios de comunicación. Esto acarrea consecuencias como la exclusión social del individuo afectado por la enfermedad y el aumento de su sintomatología. Además, el estigma social puede internalizarse, acabando la persona que padece el trastorno por auto-estigmatizarse a sí mismo.

La realidad es que menos del 10% de la violencia social es llevada a cabo por personas con esquizofrenia a pesar de las convicciones sociales, lo que pone de manifiesto la desinformación de la población sobre la enfermedad.

Debido a esta situación, las personas que sufren esquizofrenia sienten culpa y vergüenza sobre su enfermedad, llegando a aislarse y desarrollando miedo al rechazo que poseen.

Palabras clave: esquizofrenia, estigma, violencia, rechazo

ABSTRACT

Schizophrenia is a psychological disorder which affects perception, thoughts, emotions, behavior, and social functioning of the person that suffers from it. 24 million people are affected by this disorder all over the world, and it develops signs and symptoms which involves the complete human mental activity.

It is important to know what the disease consists of, so as not to link up violence and risk with schizophrenia, a social stigma made up by misinformation broadcasted through social media. This results in some consequences as social discrimination and an increase of the symptoms which affects the person who has the disease. In addition, social stigma can be internalized, so the person ends up auto-stigmatizing itself.

The reality is that less than 10% of social violence is carried out by people affected by schizophrenia despite social convictions, which reveals the lack of information the population has about the disorder.

Due to the situation, people who suffer from schizophrenia feel ashamed and guilty about their illness, becoming isolated and developing fear of social discrimination.

Key words: schizophrenia, stigma, violence, discrimination.

ÍNDICE

Aproximación conceptual	5
La esquizofrenia	6
Conceptualización histórica y concepto de esquizofrenia	6
Sintomatología de la esquizofrenia	8
Fases de la esquizofrenia	12
Etiología de la esquizofrenia	13
Análisis de estigma social en personas afectadas por esquizofrenia	17
Estigmas sociales hacia personas con esquizofrenia	17
Auto-estigma en personas con esquizofrenia	18
Influencia de los medios de comunicación	20
Estudio de los delitos cometidos por personas con esquizofrenia	22
Relación entre delincuencia y esquizofrenia	23
Posibilidades de tratamiento en personas con esquizofrenia autoras de delitos	27
Discusión	30
Conclusión	31
Referencias bibliográficas	34

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), la esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta a 24 millones de personas en todo el mundo. Como detallan Martín y Navarro (2012) cualquier persona es susceptible de sufrir esquizofrenia, llegando a presentarla entre el 0.7% y el 1,5% de la población mundial.

Según el Ministerio de Sanidad (MINSAL, 2020), los enfermos de esquizofrenia presentan distorsiones de pensamiento, percepción y afectividad, sin encontrarse afectadas la conciencia o inteligencia de los individuos. Se trata de una afección caracterizada por diversos síntomas que alteran distintos procesos psicológicos humanos, como la percepción o la afectividad (Amador, et al., 2019). En relación a esto, Herráez y Palacios (2009) mencionan dos categorías sintomatológicas: los síntomas positivos (caracterizados por la presencia de delirios, alucinaciones y alteraciones del lenguaje) y síntomas negativos (apatía, discurso escaso y embotamiento afectivo).

Según el MINSAL (2020), la esquizofrenia es más frecuente en varones que en mujeres; no obstante, varía en función de la edad, ya que “la frecuencia es doble entre los 20 y los 49 años y se iguala a partir de los 65 años, apareciendo en este momento un ligero incremento en la mujer.” Es una enfermedad que tiende a iniciarse en la adolescencia, concretamente entre los quince y treintaicinco años y no suele aparecer una vez alcanzados los 45 años (Amador, et al., 2019).

La Asociación Americana de Psicología (APA) en el año 2000, divide la esquizofrenia en cuatro fases: fase prodrómica, fase aguda, fase de estabilización y fase estable.

Respecto a la etiología de la enfermedad, si bien es cierto que se conoce la existencia de un desequilibrio químico en el cerebro en personas afectadas por esta enfermedad, fundamentalmente, de dopamina y glutamato, los datos son insuficientes para afirmar las causas de esta afección psicológica. Además, Saiz et al. (2010) indican que se han realizado un gran número de estudios con el objetivo de identificar la carga genética de la esquizofrenia, sin embargo, los resultados han sido contradictorios. En relación a esto, queda demostrado que determinados factores ambientales actúan como facilitadores en su desarrollo (Martín y Navarro, 2012).

Por otro lado, la relación entre violencia, delincuencia y esquizofrenia es una cuestión de debate. Se conoce que el padecimiento del trastorno, por sí solo, no convierte a un individuo en una persona violenta. No obstante, dependiendo de la fase de la enfermedad,

generalmente en la fase aguda, pueden aparecer determinadas crisis con conductas violentas (Romero, 2022). Aun así, es cierto que una mala adherencia al tratamiento, el abuso de sustancias y la ausencia de tratamiento farmacológico pueden llevar a la comisión de conductas violentas por parte del paciente diagnosticado de esquizofrenia, pero no suelen ser más agresivos que el resto de la población (Álvarez y Martín, 2019).

En este sentido, Muñoz y Uriarte (2006), establecen que la esquizofrenia es una fuente de estigmatización, debido a la gran cantidad de prejuicios (actitud negativa hacia las personas que sufren la enfermedad) y estereotipos (forma de estructurar los conocimientos relativos hacia las personas con esquizofrenia) ejercidos sobre ellos. Como indica Arza (2022), la mencionada asociación entre violencia y esquizofrenia conlleva una estigmatización hacia los pacientes, vistos como agresivos y violentos por parte del resto de la sociedad, siendo fomentado en gran medida por los medios de comunicación (Álvarez y Martín, 2019).

En esta línea, la OMS (2022) refiere que habitualmente, las personas diagnosticadas de esquizofrenia suelen ser víctimas de estigmas sociales, rechazo y transgresión de sus derechos fundamentales. Un estudio realizado por Angermeyer y Matschinger (1995, citados por Álvarez y Martín, 2019), pone de manifiesto cómo la población se distancia de los enfermos mentales tras difusiones en los medios de comunicación de hechos violentos, interpretando de forma equívoca la enfermedad.

Por otro lado, es posible trabajar con el pequeño porcentaje de individuos con esquizofrenia violentos, combinando terapias farmacológicas y psicológicas, donde los pacientes y sus familiares puedan tomar participación de forma dinámica (Martín y Navarro, 2012).

LA ESQUIZOFRENIA

CONCEPTUALIZACIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

Resulta complicado encontrar una definición única y común a diversos autores que describa en qué consiste la esquizofrenia. Esta definición podría clarificarse acudiendo al origen de la palabra: -Esquizo: del griego, “escindir”; -Frenia: del griego, “mente” (Abeleira, 2012). Esto quiere decir que la propia palabra es “mente escindida”. Bleuler (citado por Masedo, 2021) habla de una escisión, es decir, la enfermedad provoca un decaimiento o rotura del sí mismo, que acarrea la ausencia de contacto con la realidad.

Como indican Gejman y Sanders (2012), la esquizofrenia es una enfermedad mental que conlleva una serie de síntomas, entre ellos el delirio y las alucinaciones, los más clásicos y conocidos; inclusive, encontramos desorganización del pensamiento, déficits cerebrales que afectan a emociones, al lenguaje, a la motivación e incluso a funciones cognitivas.

A finales del siglo XIX surge la escuela de *psiquiatría moderna* en Alemania, formada por psiquiatras como *Kraepelin* y *Bleuer*. Hasta el origen de dicha escuela las enfermedades mentales eran consideradas como “castigos de impuestos por divinidades, posesiones demoníacas y otras alteraciones que tenían que ver con entes divinos” (Abeleira, 2012).

El primero en desarrollar el término de “*demencia precoz*” fue Morel, refiriéndose a través del mismo a un conjunto de síntomas generadores de deterioros en habilidades sociales en adolescentes, que, a su vez, alteraban la percepción de la realidad. Así mismo, Kraepelin describió la demencia precoz como un trastorno de origen temprano con un desarrollo que culmina en el deterioro de quien lo sufre, aunque con ausencia de psicosis maníaco-depresiva. El psiquiatra incluye dentro de esta enfermedad una taxonomía, que supuso el punto de partida para la clasificación de la esquizofrenia: paranoide, catatónica y hebefrénica. Ya en el siglo XX, Bleuer fue el primero en introducir el término de *esquizofrenia* (Abeleira, 2012). Posteriormente, diversos autores continuaron investigando sobre la enfermedad, causas, síntomas y clasificaciones de la misma, incitando, por este motivo, a modificaciones del trastorno en manuales diagnósticos diferentes (Abeleira, 2012), pudiendo ser estas apreciadas en el DSM, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales:

Como indica Abeleira (2012), en el *DSM-IV* la esquizofrenia se definía como un trastorno psicótico con al menos dos de las siguientes características (que deben dificultar un desarrollo vital normal en el sujeto que las experimenta): “ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos catatónicos, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia)”. Además, los síntomas mencionados no deben estar causados por sustancias tóxicas o afecciones médicas. En esta edición del manual se incluye una primera clasificación de los tipos de esquizofrenia existentes (Abeleira, 2012).

Por otro lado, la información recopilada del *DSM-V* podríamos definir la esquizofrenia como un trastorno mental caracterizado por una suma de síntomas negativos y positivos,

entre los que encontramos la alteración de la sensopercepción con la aparición de alucinaciones, delirios, alteración de discurso y comportamiento, llegando a ser desorganizados o catatónicos; abulia, apatía... El trastorno nunca es derivado de efectos fisiológicos de sustancias, afecciones médicas u otros trastornos. Además, en la presente edición del manual, este trastorno aparece recogido como “Trastorno del Espectro Esquizofrénico y otros Trastornos Psicóticos”, añadiendo modificaciones con respecto a su diagnóstico, como un aumento en los síntomas del criterio A, o la eliminación de los subtipos de esquizofrenia, que conlleva una realización de la evaluación de la enfermedad en función del síntoma principal que presente el sujeto (Calafell, 2014).

SINTOMATOLOGÍA EN LA ESQUIZOFRENIA

Los síntomas de la esquizofrenia suelen afectar a las capacidades volitivas, el afecto, el pensamiento, lenguaje, capacidades perceptivas, memoria, funciones motoras y vegetativas centrales y a los procesos cognitivos (Miret, et al., 2016). Son observables tres tipos de síntomas en personas que sufren esquizofrenia: síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas cognitivos.

- *Sintomatología positiva*

Estos síntomas aparecen durante la fase crónica de la enfermedad, suponiendo para el enfermo una ausencia de contacto con la realidad (López Laredo e Ibarra, 2013). Según indican Amador et al. (2019) la sintomatología positiva únicamente la presenta la persona que sufre la enfermedad, su entorno es incapaz de experimentarla, de hecho, percibe otra realidad diferente y muestra una ausencia de consciencia del trastorno que padece.

Como indican López Laredo e Ibarra (2013), se observa la siguiente sintomatología positiva en cuadros de personas con esquizofrenia:

- *Alucinaciones*: el individuo escucha, ve y siente elementos que no se corresponden con la realidad y que otros no pueden percibir. La escucha de voces es la alucinación más común entre estas personas (López Laredo e Ibarra, 2013).

Con respecto a las alucinaciones, Amador et al. (2019) mencionan diferentes tipos:

Tabla 1*Tipos de alucinaciones*

Alucinaciones táctiles o cenestésicas	La persona tiene sensaciones fuera de lo normal que no suceden en ese momento.
Alucinaciones olfatorias	La persona percibe olores que no corresponden al lugar en el que está o simplemente no existen.
Alucinaciones gustativas	Percibe sabores anormales, inventos de sabores (tierra, cemento, cal).
Alucinaciones visuales	La persona observa objetos más allá, ataques, objetos extras, gente que no se encuentra ahí, etc.

Nota: Amador et al. (2019, p.3).

- *Delirios*: los individuos poseen creencias erróneas, aunque firmes y consistentes en su pensamiento. Es un síntoma mantenido a pesar de demostraciones objetivas que puedan falsar estas ideas (López Laredo e Ibarra, 2013). Fuentenebro (2007), por su parte, menciona diferentes tipos de delirios:

Tabla 2

Delirios paranoides	El individuo cree que otros sujetos causarán daño tanto a él como a otras personas.
Delirios de grandiosidad	La persona considera sus habilidades, identidad o importancia de una forma exagerada.
Delirios celotípicos	El individuo tiene la convicción de que le están siendo infiel.
Delirios de falsa identificación: <i>Delirio de Capgrass</i> .	El sujeto cree que personas cercanas a él han sido suplantadas en su identidad.
Delirio de Cotard	El individuo niega su propia existencia, la de partes de su cuerpo o la del mundo.

Nota: Fuentenebro (2007).

- *Trastornos del pensamiento*: el sujeto desarrolla una forma diferente de pensar, llegando incluso a crear palabras carentes de significado (“*neologismos*”). A consecuencia, el discurso y lenguaje del enfermo se hacen inteligibles. Dentro de estos trastornos, se encuentra, a su vez, el “bloqueo de pensamiento”, que implica

una ausencia inesperada de conversación, presentando el individuo una completa falta de comunicación a nivel verbal y físico (López Laredo e Ibarra, 2013).

- *Trastornos del movimiento*: la persona manifiesta movimientos repetitivos o catatónicos, en los que se observa una ausencia completa de movimiento y habla (López Laredo e Ibarra, 2013).

Del Castillo (2022), resalta la ausencia de contacto de la realidad producida en la enfermedad y las modificaciones conductuales en los pacientes que la sufren, debido a la sintomatología positiva expuesta. Esta tipología sintomática, puede remitir y volver a aparecer, variando su intensidad en función del tratamiento (Martín y Navarro, 2012).

Cabe destacar que, en función de la valoración que el individuo de a su sintomatología positiva, variará el mantenimiento de los delirios y alucinaciones que presente (Chiquilinga, 2022).

- ***Sintomatología negativa:***

Según López Laredo e Ibarra (2013), los síntomas negativos causan una suspensión emocional en el individuo con esquizofrenia. Suelen ser difícilmente detectables por el entorno debido a la similitud compartida con la sintomatología depresiva u otras afecciones psicológicas.

Entre la sintomatología negativa, Del Castillo (2022), destaca la ausencia del habla, la expresividad emocional limitada, la pérdida de interés o placer y el aislamiento social. Estos síntomas provocan una pasividad, descuido de higiene personal y falta de realización de actividades diarias con normalidad en el sujeto que los experimenta. Entre ellos, se observan los siguientes síntomas:

- *Afectividad plana*: Según Gutiérrez y Hussein (2021), se suele denominar embotamiento o aplanamiento afectivo, haciendo referencia a una pérdida de la expresión emocional. El individuo experimenta una ausencia de expresión facial, un tono de voz monótono y desanimado (López Laredo e Ibarra, 2013).
- *Anhedonia*: como indican Gutiérrez y Hussein (2021), la persona afectada por esquizofrenia se encuentra incapaz de experimentar cualquier tipo de emoción agradable, lo cual está relacionado con la *ausencia de satisfacción vital* de la que

hablan López Laredo e Ibarra (2013), sufriendo el sujeto una incomodidad vital que ocasiona un descontento manifestado habitualmente.

- *Ausencia de habilidades en tareas*: la persona es incapaz de comenzar y mantenerse en la realización de tareas diarias, siendo desorganizado y poco dedicado en su ejecución (López Laredo e Ibarra, 2013).
- *Ausencia de comunicación*: el individuo se siente incapaz de interactuar con el resto de personas de su entorno (López Laredo e Ibarra, 2013). Gutiérrez y Hussein (2021) lo denominan *asocialidad*, definiéndolo como la ausencia del deseo de tener cualquier tipo de interacción social.
- *Alogia*: es un término empleado por Gutiérrez y Hussein (2021) para hacer referencia a la reducción de la expresión de la comunicación oral por parte de la persona afectada por esquizofrenia.
- *Avoliación o abulia*: relacionado con la anhedonia y con la ausencia de habilidades en tareas. Consistente en la pérdida de voluntad, por parte de la persona con esquizofrenia, y su incapacidad para comenzar a realizar actividades o mantenerse realizándolas (Gutiérrez y Hussein, 2021).

- ***Sintomatología cognitiva***

Esta sintomatología resulta la más complicada de reconocer debido a que es la más sutil de todas las experimentadas por el sujeto. Entre ellos, López Laredo e Ibarra (2013) destacan los siguientes:

- *Problemas en el aprendizaje*: el individuo es incapaz de concentrarse y prestar atención, mostrando alteraciones memorísticas, por lo que le es complicado emplear la información después de haberla procesado (López Laredo e Ibarra, 2013).
- *Alteraciones funcionales*: el sujeto esquizofrénico carece de la capacidad para comprender la información recogida y emplearla en su toma de decisiones (López Laredo e Ibarra, 2013).

Por su parte, Ahuir (2020), refiere que las personas con esquizofrenia manifiestan numerosos *sesgos cognitivos*, que tienden a ser extremos y a generalizarse, lo que contribuye a empeorar la sintomatología del individuo. Entre ellos destaca:

- Salto a las conclusiones: las personas afectadas por esquizofrenia establecen creencias firmes y toman de decisiones con poca información.
- Sesgo de atribución: afecta a la interpretación de las acciones de los demás, calificadas como negativas.
- Sesgo contra la evidencia disconfirmatoria: consiste en rechazar la evidencia que desconfirma la hipótesis que tenía el individuo en un principio.
- Disfunción de la flexibilidad cognitiva: impide a los sujetos reflexionar y confirmar la veracidad de sus propias creencias.
- Exceso de confianza en los errores: las personas con esquizofrenia confían en los errores y desconfían de la información válida.
- Otros sesgos: catastrofismo, pensamiento dicotómico...

Cabe destacar que, según datos de la OMS (2022, citado por Del Castillo, 2022), un tercio de las personas que sufren esquizofrenia logra una remisión completa de la sintomatología asociada a la enfermedad. No obstante, otras perciben un empeoramiento de sus síntomas a lo largo del tiempo.

FASES DE LA ESQUIZOFRENIA

López Laredo e Ibarra (2013) afirman que la esquizofrenia se compone de tres fases o periodos, contabilizados desde el primer episodio en el que se manifiesta la enfermedad. Estos autores detallan que dicho trastorno psiquiátrico se desarrolla de la siguiente forma:

Primer episodio

Esta fase se caracteriza por un inicio gradual y progresivo, que cuenta con la aparición de numerosos signos y síntomas que acabarán provocando alteraciones comportamentales y mentales del sujeto (López Laredo e Ibarra, 2013). Según Amador et al. (2019), se trata de una fase activa en la cual, en determinados sujetos, el inicio puede ser tanto repentino como gradual. En esta fase, el enfermo presenta una baja autoestima, sentimientos de desesperanza, alteraciones del sueño, pensamientos distorsionados, aislamiento social, disminución de la comunicación verbal, falta de adaptación al tratamiento y es frecuente el consumo de tóxicos.

Fase aguda

Es una fase caracterizada por síntomas positivos: alucinaciones, delirios, síntomas psicóticos y poca higiene, entre otros, que se agravan a medida que transcurre el tiempo. Además, es frecuente el incumplimiento del tratamiento, el consumo de tóxicos, la ausencia de autocuidados, el deterioro del sueño y de la alimentación, además de distintos trastornos del pensamiento, ansiedad y miedo. (Amador et al., 2019).

Fase de estabilización

Este periodo se caracteriza por la reducción de la sintomatología apreciada en la fase aguda. Su duración es de seis meses en adelante posteriores a la aparición del anterior estadio (López Laredo e Ibarra, 2013).

Fase estable

Se trata de un periodo de estabilización de sintomatología. Los síntomas mencionados anteriormente se reducen llevando al sujeto a alcanzar un mayor equilibrio. En esta fase se hacen visibles síntomas negativos, como depresión, insomnio o ansiedad. No obstante, el paciente, en ocasiones, puede mostrarse asintomático (López Laredo e Ibarra, 2013).

ETIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico multifactorial, configurado por diferentes signos y síntomas, y explicado a través de diferentes condiciones que pueden influir a la hora de desarrollar la enfermedad. Hoy en día, existen numerosas teorías biológicas sobre las causas de este trastorno, siendo la más extendida la teoría dopaminérgica, que defiende la existencia de una hiperactivación de las vías dopaminérgicas ubicadas en el cerebro, causantes de delirios y alucinaciones (Martínez-Hernández, 2020). A continuación, se exponen los posibles factores desencadenantes de dicha afección:

Estructura química cerebral

La desestabilización de reacciones químicas cerebrales configura una posible causa de la esquizofrenia, explicada por la presencia de la dopamina y el glutamato, neurotransmisores encargados de la producción, el desarrollo y la transmisión celular mediante sinapsis (López Laredo e Ibarra, 2013). La mayoría de los científicos explican la esquizofrenia debido a un funcionamiento desajustado de la dopamina; de hecho, la sintomatología negativa asociada al trastorno es resultado de una disminución de la

actividad dopaminérgica cerebral, mientras que la sintomatología positiva sería explicada por un exceso de actividad de dicho neurotransmisor (Gutiérrez, 2021).

Genética

Se han realizado numerosos *estudios de ligamiento* con el objetivo de tratar de identificar la presencia de un gen transmisor del mencionado trastorno, sin embargo, los resultados son contradictorios debido a la intervención de diversos genes en la transferencia de la enfermedad. Debido a este motivo, se creó el *Lod Score*, instrumento estadístico que permite deducir la probabilidad de que el gen y el marcador se transmitan juntos, siendo heredada de este modo la enfermedad (Saiz et al., 2010).

Por otro lado, los *estudios de asociación* comparan la frecuencia de alelos en personas sin relación genética afectadas por una misma enfermedad con la de individuos sanos en una misma población. Han descubierto la presencia de genes en el circuito dopaminérgico (Saiz et al., 2010).

Distintos estudios muestran que un 1% de la población mundial recibe el diagnóstico de esquizofrenia, sin embargo, aquellos familiares de primer grado de una persona que padezca la enfermedad poseen un riesgo del 10% de recibir el mismo diagnóstico, aumentando esta probabilidad a un 50% en el caso de gemelos monocigóticos. Por tanto, la aparición de este trastorno en un miembro de la familia aumentaría el riesgo de padecerlo (Fatjó-Vilas, 2029).

Podría plantearse la siguiente pregunta: ¿la posibilidad de desarrollar esquizofrenia es mayor cuando se trata de genética o de factores ambientales?

- Estudios en gemelos

Estudios de Ban y cols; Kendler; Kringlen; Portin y Alanen; Kallmann, citados por Saiz et al. (2010) entre gemelos monocigóticos (con 100% de ADN común) y gemelos dicigóticos (con 50% de ADN común) se observa una concordancia de rasgos compartidos del 27% al 69% en el primer grupo y del 5% al 31% en el segundo.

Gejman y Sanders (2012) afirman que existe un modo de transmisión genética entre padres con esquizofrenia e hijos, sean adoptados o no. Así mismo, destacan la importancia de que “la concordancia de la esquizofrenia de los gemelos homocigóticos es 40-50%”. Sin embargo, estos autores afirman que la concordancia en gemelos dicigóticos oscila entre el 6% y el 10%, debiéndose esta disminución respecto a los gemelos homocigóticos

al descenso de la igualdad genética entre ambos, por tanto, el riesgo de que dos gemelos dicigóticos parezcan esquizofrenia simultáneamente es menor. No obstante, que la tasa de concordancia en gemelos monocigóticos sea menor que el 100%, puede indicar que determinados factores ambientales afectarían al desarrollo del trastorno (Gutiérrez, 2021).

- Estudios en adopción

Heston (citado por Saiz et al., 2010) realizó un estudio durante 30 años, en el que evaluó a 47 pacientes, todos hijos adoptivos de mujeres que padecían esquizofrenia, comparándolo con un grupo control compuesto por 50 hijos adoptivos de mujeres sanas. Los resultados revelaron que en el grupo de control no hubo ningún evaluado que desarrollase esquizofrenia, mientras que, de los 47 hijos adoptivos de mujeres esquizofrénicas, el 11% (5 personas) desarrollaron esta enfermedad. Este estudio indica que la carga genética es importante, pero que no es el único factor causal, al demostrar que el entorno tiene un papel fundamental en el desarrollo de este trastorno.

Factores de personalidad

Realmente, no se tiene información determinante sobre los factores de personalidad, sin embargo, es cierto que aquellas personas que presentan dificultades en habilidades sociales son más proclives a llevar a cabo comportamientos esquizoides (Abeleira, 2012).

Drogodependencia

Como indican López Laredo e Ibarra (2013), el consumo crónico de drogas con efectos alucinógenos, fundamentalmente de cannabis, constituye un importante factor de riesgo desencadenante de trastornos psicológicos en quién los consume, pudiendo desarrollar “*esquizofrenia endógena*” o “*psicosis cannábica*”. Como indica Saiz et al. (2010) el Delta 9- THC es el principio activo del cannabis, relacionado con la psicosis, con lo cual, un consumidor de cannabis posee más probabilidades de desarrollar psicosis.

Factores ambientales

Con respecto al desarrollo de la esquizofrenia a causa de factores ambientales, según Saiz et al. (2010), la presencia de factores psicosociales juega un papel importante a la hora de padecer este trastorno. Entre estos factores destacan la estación de nacimiento, las infecciones, las complicaciones perinatales, la edad de los progenitores, el consumo de cannabis, vivir en un entorno urbano, la etnia, situaciones de inmigración y estrés psicosocial.

Como indica Bembenek (citado por Saiz et al., 2010), la estación en la que nacen los individuos incide de tal manera que el 10% de los enfermos de esquizofrenia nacieron en meses de invierno. Además, estudios de Brown y Derkits (2021, citados por Gutiérrez, 2021) demuestran que personas nacidas durante epidemias, como la gripe, pueden llegar a desarrollar esquizofrenia.

Gejman y Sanders (2012), corroboran esta información, afirmando que el lugar urbano de residencia o los nacimientos en invierno (por motivos infecciosos) podrían influir en el desarrollo de la enfermedad.

En este sentido, además de la gripe, otras infecciones durante el embarazo y primeros años de vida pueden contribuir a padecer el trastorno, como pueden ser la varicela en el nacimiento, meningitis durante la etapa infantil, la rubeola en el primer trimestre de embarazo o el polio en el segundo trimestre. (Saiz et al., 2010) De hecho, en su mayoría, los factores ambientales de riesgo en esta enfermedad, surgen en el embarazo o en el parto (Gejman y Sanders, 2012).

Las complicaciones perinatales aumentan el riesgo de sufrir esquizofrenia, así como las complicaciones obstétricas, que suelen ser más frecuentes en madres de edades más avanzadas, con lo cual, esto, a su vez, explica la correlación entre la edad de los progenitores y la probabilidad de desarrollar la enfermedad; además, edades avanzadas del padre o edades inferiores a 25 años, también influyen en las mencionadas posibilidades (Saiz et al., 2010).

La combinación de factores biológicos con el nacimiento o crecimiento en entornos urbanos, como detalla Saiz et al. (2010) incrementa la predisposición de un individuo a sufrir esquizofrenia. Pese a desconocerse qué elementos exactos de un entorno urbano son los más influyentes, Kelly (citado por Saiz et al., 2010) se decanta por la contaminación, el consumo de drogas y la exclusión social. Por su parte, López Laredo e Ibarra (2013), consideran que residir en un medio urbano, encontrarse en situaciones de pobreza o dificultades sociales como la discriminación, incrementará el riesgo de padecer esquizofrenia.

Otros factores ambientales mencionados por Saiz et al. (2010) consistirían en la etnia, la inmigración y el estrés psicosocial, al descubrirse que, en inmigrantes de distintos países africanos y sus descendientes en Europa, la prevalencia de la esquizofrenia era 10 veces mayor que en la población general. Sin embargo, la prevalencia en los países de origen

no es tan elevada, con lo cual, estos autores concluyen que este factor ambiental puede no deberse ni a la etnia ni a la inmigración en sí, sino al estrés psicosocial que generan estos dos elementos del individuo al llegar a otra población.

ANÁLISIS DEL ESTIGMA SOCIAL EN PERSONAS AFECTADAS POR ESQUIZOFRENIA

El estigma es una construcción social compuesta por conductas, sentimientos y convicciones en forma de rechazo hacia la persona sobre la que se ejerce el estigma (Domingo et al., 2023). Cabe destacar que las personas que padecen trastornos mentales sufren un grado elevado de estigmatización social, de ahí la importancia de su análisis por las consecuencias asociadas al mismo (Chang, et al., 2018).

ESTIGMAS SOCIALES HACIA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que conlleva numerosos prejuicios por parte de la sociedad, creando una imagen del enfermo como una persona violenta, impredecible y responsable de su enfermedad (Chang, et al., 2018). Estas autoras determinan que dichos calificativos terminan por producir una visión de peligrosidad y el miedo consecuente hacia personas con esquizofrenia, todo esto causado por la desinformación social y la ausencia de conocimiento acerca del trastorno.

El estigma ejercido sobre las personas que padecen esquizofrenia es profundo y causante de discriminación. Los individuos afectados por la enfermedad sufren con frecuencia ataques y vulneraciones de sus derechos por parte de instituciones sanitarias o de su entorno y ambiente cercanos (Domingo et al., 2023).

Un estudio realizado por Chuaqui (2005) revela que la estigmatización hacia personas con esquizofrenia se basa en nociones vagas asociadas a los nombres de las enfermedades, no en un conocimiento de las mismas. Además, la visión negativa de la enfermedad se ve incrementada por los medios de comunicación, que exponen información errónea y sesgada, incitando, de este modo, a que la estereotipación continúe, provocando la visibilidad de los afectados como personas agresivas, que generan miedo. No obstante, las personas que sufren de este trastorno son mayoritariamente víctimas de agresiones y no agresores, como comúnmente se cree (Chang, et al., 2018).

Por otro lado, la presencia de la esquizofrenia provoca grandes consecuencias emocionales debido al alto grado de prejuicios internalizados en el entorno del individuo

afectado. Estos prejuicios y estereotipos son observables, así mismo, en los familiares de quienes sufren este trastorno, donde la vergüenza y la discreción son las conductas más comunes, no sin ser acompañadas por un sentimiento de culpa (Chang et al., 2018).

Por otro lado, la estigmatización de personas con trastornos mentales acarrea consecuencias negativas a la hora de encontrar trabajo, vivienda o establecer lazos sociales con diferentes personas. Estas consecuencias, a su vez, agudizan la situación emocional vivida por el enfermo, disminuyendo su autoestima, llevándolo a episodios depresivos y provocado, a su vez, un incremento de actitudes sociales desadaptativas. Todo esto puede terminar impidiendo una adecuada reinserción social del paciente en su entorno (Chang et al., 2018).

Por otro lado, se observa cómo en el estigma confluyen una serie de factores: estereotipos, separación, ausencia de estatus y rechazo social, lo que contribuye al rechazo social de la enfermedad, fundamentalmente cuando se lleva a cabo desde una posición poderosa, lo que produce que dicho estigma esté ligado a un descrédito y actitudes negativas por parte de quien lo ejerce (Domingo et al., 2023).

Un estudio realizado por García González (2019), llegó a la conclusión de que cuanto más información se tiene sobre la enfermedad, menos estigma se ejerce sobre los individuos afectados por esquizofrenia. Además, las personas que tienen relación con ellos ven disminuidos sus estigmas.

Finalmente, según indican González-Pablos y Martín-Lorenzo (2021), los estigmas sociales hacia personas con trastornos mentales llegan a desencadenar dificultades de acceso al cuidado sanitario, mental y físico, además de una reducción de su esperanza vital, discriminaciones educativas y de empleo, que llegan a incrementar el riesgo de enlace con el sistema penal, victimización y pobreza.

AUTOESTIGMA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Para González-Pablos y Martín-Lorenzo (2021), el estigma internalizado o autoestigma consiste en la incorporación personal del estigma social por parte del enfermo, por lo que acaba por internalizar los estereotipos y prejuicios que la sociedad tiene sobre sí mismo. Estos autores indican que las personas afectadas por un trastorno mental adelantan el rechazo social, llegando en numerosas ocasiones a esconder su enfermedad, promoviendo su aislamiento.

El autoestigma o estigma internalizado surge a consecuencia del rechazo y desvalorización social, llevando a la persona afectada por esquizofrenia a un empeoramiento de su calidad vital, de su eficiencia personal y su autoestima, además de poder, incluso, aumentar su sintomatología (Montero, 2017).

Un estudio realizado por García en el año 2019 concluyó que, cuanto peor salud posee un enfermo de esquizofrenia, más estigmatizado se ve y, a consecuencia, mayor autoestigmatización posee.

Según Corrigan y Watson (2022), citados por Díaz (2015), tanto el estigma social como el estigma internalizado, constan de factores cognitivos, emocionales y conductuales:

Tabla 3

Componentes cognitivos, emocionales y conductuales del estigma

Componentes	Estigma social	Estigma internalizado
<i>Estereotipo</i>	Creencias negativas sobre un colectivo	Creencias negativas sobre sí mismo
<i>Prejuicio</i>	Acuerdo con las creencias y respuestas emocionales	Acuerdo con las creencias y respuestas emocionales
<i>Discriminación</i>	Conducta reactiva al prejuicio	Conducta reactiva al prejuicio

Nota: Corrigan y Watson (2002), citados por Díaz (2015).

Según Morgades-Bamba (2020), el estigma internalizado aminora la percepción de autoeficacia y la autoestima del individuo, llegando, en el caso de la esquizofrenia, a la asunción de ser un trastorno crónico, sintiéndose los afectados por la enfermedad incapaces de actuar respecto a ella o recuperarse, produciéndose así una situación de indefensión o el mencionado *why try effect* (efecto para qué intentarlo), considerándose incapaces de afrontar dificultades o imprevistos y de conseguir sus objetivos. Por otro lado, el autor afirma que el autoestigma conlleva un aumento de la sintomatología asociada a la enfermedad, afectando, a su vez, a la memoria, atención y cognición del paciente. Por otro lado, González et al. (2018), afirman que las personas que padecen esquizofrenia y que desarrollan un estigma internalizado, poseen mayor número de autolesiones e intentos de suicidio.

Caqueo-Urizar et al. (2022) refieren que el autoestigma se relaciona con una reducción del apoyo e interrelaciones sociales percibidos, lo que acarrea el aislamiento de la persona afectada por esquizofrenia y la consecuente dificultad para desarrollar y mantener relaciones sociales.

Finalmente, además de afectar a la autoestima y al aumento de la sintomatología, el estigma internalizado está relacionado con la disminución de la adherencia al tratamiento (Díaz, 2015).

Las consecuencias que conlleva el autoestigma podrían ser de mayor gravedad que las provocadas por el estigma social. Una persona que espera la discriminación por parte del resto acaba por aislarse socialmente, empleando la evitación como recurso de afrontamiento. Además, suelen desistir en los intentos de resolución de sus problemas e iniciarse en el consumo de sustancias (Domingo et al., 2023).

INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación son considerados recursos de gran utilidad a la hora de obtener cualquier tipo de información, más aún si se trata de enfermedades mentales, por lo que constituyen un factor importante sobre una posible estigmatización de estas.

Existen numerosos artículos que fomentan mitos irreales sobre la salud mental, muchos de ellos asocian la enfermedad mental a la violencia, incrementando la discriminación social hacia las personas que padecen diferentes tipos de afecciones (Bosqued et al., 2015).

Según Mena et al. (2010), citados por Bandrés (2015), el acceso al 90% de la información de la que dispone la población sobre salud mental es recibida a través de los medios de comunicación, y no por medio de la experiencia directa. Por este motivo, los medios de comunicación tienen un rol esencial para poder eliminar el estigma hacia las personas afectadas de problemas de salud mental.

Diversos estudios ponen de manifiesto que, con respecto a las enfermedades físicas, las mentales pueden llegar a desencadenar hasta cuatro veces más una perspectiva negativa (Lawrie, 2000; citado por Bandrés 2015). Además, los medios de comunicación fomentan una visión estereotipada, aumentando los prejuicios, exponiendo casos graves y tratando de hacer ver que estas enfermedades suponen un peligro para la sociedad.

Según Treviño-Eliozondo et al. (2018), los medios de comunicación contribuyen a fomentar el estigma por los siguientes motivos:

- La forma en la que la enfermedad mental es presentada: como una afección peligrosa, que lleva a la comisión de actos delictivos.

- El uso metafórico de la palabra *esquizofrénico* para referirse a una persona que sufre alguna enfermedad mental.
- Ausencia de información sobre posibilidades de tratamiento de la enfermedad, lo que produce la concepción de que el trastorno es incurable.
- Ausencia de inclusión de opiniones de los propios enfermos.
- Empleo en noticias y artículos de etiquetas diagnósticas.

Un estudio realizado por Bosqued et al. (2015) revela que únicamente en el 16,1% de las noticias difundidas a través de los medios de comunicación sobre delitos violentos, exponen a personas afectadas por esquizofrenia como víctimas, frente al 83,9% en el que son los protagonistas y perpetradores de los delitos. Además, en aquellas noticias en las que se presenta a las personas con esquizofrenia como víctimas, se justifica el delito cometido hacia ellas, con expresiones como “estaba muy alterado”. Como indican los autores, estas expresiones envían un claro mensaje a la sociedad: tratar con un enfermo mental es difícil.

Por otro lado, según indica Otto Wahl (1999), citado por Bandrés (2015), los medios de comunicación difunden una imagen de personas con enfermedades mentales violenta y con escasas posibilidades de encontrar empleo, lo que afecta negativamente a los individuos que sufren dichas enfermedades, aminorando su autoestima e imposibilitando su adhesión a la sociedad.

En el estudio de diferentes noticias realizado por Bosqued et al. (2015), se concluye que se emplea continuamente el término *esquizofrenia* de forma metafórica como descalificativo hacia determinadas personas o colectivos, fomentando la estigmatización hacia quiénes, realmente sufren la enfermedad. Otros autores han estudiado el estigma existente en la prensa hacia los individuos afectados por esquizofrenia, obteniendo los siguientes hallazgos: en veinte artículos se utiliza el término *esquizofrénico*, y no *persona con esquizofrenia*; en treinta se utilizan las palabras *brote* o *ataque* para referirse al incremento de la sintomatología: en dieciséis noticias se emplearon *loco*, *maniático*, *peligroso*, como términos para referirse a los individuos afectados por la enfermedad, además de aludir al ingreso de estos pacientes con expresiones como *encierro* o *reclusión* (Pérez Álvarez et al., 2015; citados por Medrano, 2022).

Los individuos con enfermedades mentales graves, fundamentalmente, aquellos que sufren de esquizofrenia, son los más propensos a estigmas sociales. En diferentes países, distintos estudios demuestran que determinados psiquiatras evitan dar el diagnóstico de esquizofrenia a pacientes, motivado por el rechazo que ello conlleva. Estos autores refieren que, en numerosos países, los estudios demostraban datos similares a los anteriormente expuestos sobre esquizofrenia y medios de comunicación, por lo que se concluye que el estigma hacia esta enfermedad y la inclinación de los medios a exponer a estas personas de forma negativa, son factores mundiales (Bosqued et al., 2015).

ESTUDIOS DE LOS DELITOS COMETIDOS POR PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

En los apartados anteriores se ha relatado la imagen que la sociedad posee de las personas con esquizofrenia, una imagen asociada a la peligrosidad, en gran parte promovida por la prensa y medios de comunicación, fundamentalmente en aquellos acontecimientos aislados en los que alguna persona con enfermedad mental es acusada de un delito de gravedad (Álvarez y Martín, 2019).

Desde el siglo XIX las enfermedades mentales se han asociado a la violencia. Cesare Lombroso (1876), un médico y criminólogo italiano, llevó a cabo un estudio que concluía con la correlación entre enfermedad mental y delincuencia, llegando a desarrollar una teoría criminológica que divide a los perpetradores de delitos entre *delinquentes locos* (criminales que desarrollan alguna enfermedad mental una vez entrados a prisión) y *locos delinquentes* (personas con enfermedades mentales que cometen un delito) (Lombroso, 2005; citado por Bandrés, 2015).

Debido a estas teorías y a los estigmas sociales que han continuado desarrollándose a lo largo de los años, la población ha terminado por establecer una relación causal entre enfermedades mentales y delincuencia, a pesar de demostrar diversos estudios que esta relación no se da en la mayoría de ocasiones. Un estudio realizado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en el año 2014 pone de manifiesto que un 41% de los internos presenta trastornos mentales, siendo únicamente un 4.2% los que presentaban un trastorno mental grave, generalmente psicosis. El resto de los internos padecían otros trastornos de ansiedad o depresivos (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014: 213; citado por Bandrés, 2015). En definitiva, pese a que la sociedad relaciona delincuencia y esquizofrenia u otras enfermedades mentales graves, únicamente un 4.2%

de los delincuentes poseen un trastorno psicótico. De hecho, de los condenados por delitos graves como son los homicidios o delitos de lesiones, únicamente un 5% padecen un trastorno mental grave (Bandrés, 2015). Por tanto, el hecho de padecer una enfermedad mental grave no conduce al individuo a llevar a cabo conductas violentas (Álvarez y Martín, 2019).

Existe un desacuerdo entre la asociación de la relación entre esquizofrenia y delincuencia: por un lado, determinados autores afirman una correlación entre estas dos variables, mientras otros señalan que no es la esquizofrenia lo que se asocia con la criminalidad, sino la presencia de determinadas condiciones de riesgo, como abuso de sustancias o sintomatología positiva (Fernández, 2020).

RELACIÓN ENTRE DELINCUENCIA Y ESQUIZOFRENIA

Al contrario de lo que la sociedad tiende a pensar, los enfermos de esquizofrenia no suelen actuar contrariamente a lo establecido en el Código Penal. (Soler i Caixal, 2019). Según el psiquiatra Dr. Pérez Pazos, (citado por Soler i Caixal, 2019), el riesgo de padecer un trastorno psicótico, como lo es la esquizofrenia, aumenta notablemente una vez entrados los autores de delitos a prisión, en ocasiones debido a que nunca han sido diagnosticados y esta evaluación se realiza una vez entrados los sujetos a prisión.

Parra et al. (2008), establecen que la mayoría de personas afectadas por esquizofrenia no cometen agresiones patológicas y que, únicamente un 10% de los actos delictivos, son cometidos por estos pacientes.

Fuentes y Fernández (2016), recopilaron información sobre la prevalencia de personas enfermas de esquizofrenia entre la población penitenciaria en España durante varios años, obteniéndose los siguientes datos:

Tabla 5

Año y lugar de obtención de datos	Porcentaje de población penitenciaria con sintomatología psicótica
Año 2006, a nivel nacional.	3,4%
Año 2011, cinco cárceles nacionales masculinas.	10,7%
Año 2012, reclusos en tres centros de psiquiatría de Cádiz.	25,8%

Año 2012, centro penitenciario de Valencia.	11,6%
---	-------

Nota: Tabla de prevalencia de esquizofrenia en población penitenciaria. (Fuentes y Fernández, 2016)

En primer lugar, cabe mencionar que existen diferencias entre los individuos con esquizofrenia violentos y los que no lo son: El cerebro de sujetos afectados por la esquizofrenia poseen alteraciones en algunas estructuras cerebrales y en la comunicación de las mismas, como son el hipocampo, la amígdala o la corteza prefrontal, lo que podría llevar al individuo a la incapacidad de control de sus conductas y emociones (lo que ocurre en aquellos sujetos más violentos). La corteza prefrontal es la encargada de la adaptación al entorno y del control de impulsos. El hipocampo y la amígdala, por su parte, actúan “obedeciendo” a nuestros deseos sin anticipar las consecuencias que estos puedan tener. Por tanto, si falla la comunicación entre ellos o se altera alguna de estas estructuras, las zonas de control de impulsos y deseos emocionales no ejercerán su función, haciendo que el individuo guíe sus comportamientos en base a sus instintos primarios, lo que puede conducirle a la puesta en marcha de actos violentos (Romero, 2022).

Con respecto a las características de los pacientes con esquizofrenia que han cometido un delito encontramos una *comorbilidad con el trastorno por uso de sustancias*, que desarrolla una predisposición a cometer hechos violentos y que, además, empeora la respuesta al tratamiento; la *ausencia de adherencia al tratamiento*, incluyéndose la falta o el incumplimiento del mismo; y la *sintomatología positiva* de la enfermedad, fundamentalmente los delirios y las alucinaciones auditivas, que llevan a cometer -no muchos- delitos sobre el entorno cercano al sujeto (Fuentes y Fernández, 2016).

En relación a los factores de riesgo que conducen a un enfermo de esquizofrenia a cometer actos violentos, Esbec y Echeburúa (2016), señalan algunos que aumentan la probabilidad de violencia en estos pacientes:

- El comienzo del trastorno, en ausencia de diagnóstico y tratamiento.
- Delirios: de amenaza, de perjuicio y de celos.
- Género y edad: varones jóvenes.
- Otros trastornos de personalidad comórbidos con la esquizofrenia.
- Sintomatología positiva.
- Poca efectividad del tratamiento y baja adherencia al mismo.
- Abuso de sustancias.

- Víctimas de maltrato infantil, de abuso físico y/o sexual.

Se debe tener en cuenta que el abuso de sustancias incrementa el riesgo de violencia en cualquier individuo, siendo este 10 veces mayor en sujetos que sufren esquizofrenia, y 17 veces mayor si se trata de consumo de alcohol. Estos datos indicarían aumento de la posibilidad de comisión de actos delictivos violentos en personas con esquizofrenia, sin embargo, no se cuenta con muchos estudios que muestren una clara relación entre ambos factores (Parra et al., 2008).

Esbec y Echeburúa (2016), confirman que las conductas violentas llevadas a cabo por personas que sufren el trastorno de esquizofrenia suelen surgir en presencia de sintomatología positiva, que lleva al individuo a cometer tales actos debido a la convicción de que estas sensaciones son reales. Con respecto a esta sintomatología, Fuentes y Fernández, (2016; citados por Fernández, 2020), indican que el tipo delictivo será diferente respecto a la fase del trastorno en la que se encuentre el enfermo, cometiéndose los delitos más violentos en fases agudas del mismo. Estos actos delictivos suelen ser graves, generalmente, homicidios y asesinatos, siendo estadísticamente menos frecuentes en estos sujetos que en personas sin ningún tipo de afección mental (Pozueco et al., 2015).

Con respecto al enfermo de esquizofrenia que comete actos agresivos, Volavka (2002; citado por Esceb y Echeburúa, 2016), menciona dos tipos de violencia:

- Tipo 1: aparece en pacientes que han abandonado su tratamiento farmacológico o se han iniciado en el consumo de sustancias y que, cuando vuelven a su tratamiento o detienen dicho consumo, cesan en la práctica de dichas conductas.
- Tipo 2: se observa en pacientes que presentan resistencias al tratamiento farmacológico, y con otras afecciones o trastornos asociados a la esquizofrenia.

Parrz et al. (2008), clasifican, a su vez, los tipos de violencia presente en los afectados por esquizofrenia en dos grupos:

- *Violencia transitoria*: asociada a la patología, fundamentalmente a la esquizofrenia paranoide, siendo menos predecible y de mayor intensidad, lo que hace que hechos delictivos caracterizados por este tipo de violencia, sean los más frecuentes en los medios de comunicación. Estos pacientes se caracterizan por la

mejor respuesta al tratamiento farmacológico, aunque también poseen una mayor influencia de factores ambientales.

- *Violencia crónica*: relacionada con alteraciones neurológicas y frecuente en enfermos crónicos, como los afectados por esquizofrenia desorganizada.

Por otro lado, respecto a los actos delictivos, los autores de los delitos afectados por este trastorno no suelen ayudarse de otra persona para cometerlos, y tampoco son actos planificados. López-Ibor y Cuenca (2000; citados por Fernández, 2020), afirman que la relación entre delincuencia y esquizofrenia no es tan estricta como se percibe, sino que proviene realmente del estigma social hacia este trastorno. Dichos autores señalan que en los casos en los que las personas que sufren esquizofrenia presentan conductas agresivas, se ha demostrado que el tratamiento asociado al trastorno disminuye la probabilidad de cometer este tipo de actos.

Por otro lado, estas conductas suelen ser impulsivas y ausentes de comprensión por el resto, debido a los delirios que sufren los afectados por el trastorno (García, 2002; citado por Soler i Caixal, 2019). Un estudio realizado por Suárez (2014; citado por Fernández, 2020), reveló que la mayor parte de los actos delictivos llevados a cabo por los enfermos de esquizofrenia, no obedecen a la razón ni a la lógica, suelen ser actos impulsivos, mayoritariamente explicados por alucinaciones y delirios propios de la enfermedad y, en ocasiones, por el consumo de sustancias; factores que deben aclararse de cara a la valoración de la pena asociada a dicho acto delictivo.

A excepción de determinados casos, el hecho delictivo se ejerce contra una persona cercana, como familiares o cuidadores, y son denominados *crímenes sin historia*, debido a la ausencia de motivación para su comisión, por la previamente mencionada impulsividad con la que son cometidos, y la ausencia de planificación de los mismos, motivo por el cual la escena del crimen se encuentra repleta de evidencias (Esbec y Echeburúa, 2015). El peligro de los pacientes psicóticos se encuentra entre aquellos delirantes, siendo los delirios generalmente de tipo mesiánico, considerando que sus agresiones son justificadas por ser los elegidos de Dios para cumplir una misión; aunque en otras ocasiones los individuos creen realizar estos actos guiados por el demonio (Pozueco et al., 2015).

Además, los sujetos que presentan síntomas psicóticos poseen versatilidad en sus actos delictivos, siendo frecuentes las injurias, desacatos a la autoridad y homicidios hacia

personas cercanas o hacia aquellos individuos perseguidores de los que son objetos sus delirios (Pozueco et al., 2015).

Parra et al. (2008), indican que, en la población penitenciaria, entre los autores de homicidios, existe una prevalencia del 5% al 10% de personas con esquizofrenia, de los cuales un 62% cuentan con antecedentes por consumo de sustancias. En relación a la población general, los afectados por una enfermedad mental poseen mayor riesgo de acabar en prisión por la comisión de delitos violentos. No obstante, la probabilidad de que un paciente de esquizofrenia cometa un homicidio es del 0,05%, es decir, 100 veces menor que la probabilidad de que cometan suicidio.

Por tanto, queda demostrado que las personas que sufren esquizofrenia no son más peligrosas que el resto de la población, fundamentalmente si no consumen sustancias tóxicas, si cumplen con su tratamiento farmacológico y si presentan una buena adherencia al mismo. Aunque se debe tener en cuenta que numerosas personas afectadas por este trastorno no es provista de su adecuado tratamiento, rechazando algunos la medicación o siendo inconstantes en la ingesta de la misma. No obstante, es más frecuente que los enfermos de esquizofrenia cometan actos violentos contra sí mismos, ya que el 10% de ellos cometen suicidios, y el 20% en el caso de interrupción de la medicación (Álvarez y Martín, 2019). Finalmente, las personas afectadas por esquizofrenia, suelen ser víctimas de delitos con mayor probabilidad a la de la población general (2.5%), siendo su tasa de mortalidad más del doble que esta (Parra et al., 2008).

POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA AUTORES DE DELITOS

Con respecto a la intervención con personas afectadas por esquizofrenia que poseen una tendencia violenta, lo recomendable es poner en marcha un tratamiento no basado únicamente en la farmacología, sino en la combinación de fármacos y psicoterapia, con el objetivo de realizar una *rehabilitación psicosocial*. (Romero, 2022).

Tratamiento farmacológico:

Con respecto al tratamiento farmacológico, entre los más empleados se encuentran los antipsicóticos. Como se ha expuesto previamente, las personas afectadas por esquizofrenia presentan alteraciones dopaminérgicas, que, en exceso, podrían explicar la sintomatología positiva y numerosas acciones violentas. (Romero, 2022).

Parra et al. (2008) establecen que aquellos fármacos recomendables son los antagonistas dopaminérgicos o noradrenérgicos, al igual que los agonistas serotoninérgicos o gabaérgicos. Aun así, para saber qué tipo de fármaco emplear con cada paciente, sería adecuado conocer cuál es la causa de la agresividad que presenta el mismo, ya que, si ésta se relaciona con los síntomas del sujeto a consecuencia de la enfermedad, se administrarán fármacos antipsicóticos; y si, por el contrario, la violencia es causada por una desinhibición en el control de impulsos, sería recomendable la administración de antioconvulsionantes.

- Los ya mencionados *antipsicóticos*, poseen como objetivo el bloqueo de receptores de dopamina D2, produciendo un afecto anti-violento por su efecto inhibitorio de la conducta. (Parra et al., 2008).
- Los *ISRS* (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina), muestran una alta efectividad en el tratamiento de la violencia crónica e impulsividad en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos de personalidad. (Parra et al., 2008).
- Los *ansiolíticos* como las benzodiazepinas son frecuentemente utilizados, fundamentalmente para contrarrestar la agitación, no obstante, se emplean a corto plazo por su potencial efecto adictivo; además, deben ser administrados con el debido rigor y cuidado, ya que la detención repentina del tratamiento puede provocar abstinencia con consecuentes conductas violentas, es decir, produciendo el efecto contrario al que se pretende lograr (Parra et al., 2008).

Intervención mediante psicoterapia:

Generalmente, la intervención psicológica en pacientes con esquizofrenia se basa en la disminución de los síntomas residuales asociados a la enfermedad, en adaptarse a los episodios de crisis que puedan sufrir, en la adherencia al tratamiento, en el incremento del contacto social, de la independencia del paciente y la prevención de las recaídas que este pudiera experimentar, lo que contribuye, a su vez, a la disminución del estrés y carga por parte de los cuidadores y familias (Esbec y Echeburúa, 2016).

La *terapia cognitivo-conductual* es la más empleada para tratar la esquizofrenia, ya que ha demostrado ser altamente eficaz, fundamentalmente en factores conductuales, laborales y de interacción social (Fernández y Abril, 2021). Entre este tipo de técnicas se encuentra la reestructuración cognitiva para lograr una gestión adecuada del estrés y las

disfunciones subjetivas que ocurren como consecuencia de los síntomas positivos de la enfermedad. Lo adecuado sería una combinación de este tipo de técnicas con aquellas psicoeducativas, que logran una aceptación del trastorno por parte del paciente, proporcionando diferentes estrategias de afrontamiento (Chocó et al., 2023). Estas técnicas ayudan al paciente a lograr el reconocimiento de su conducta agresiva como algo impulsivo e inadecuado, estableciendo respuestas alternativas y evaluando las consecuencias de las mismas (Parra et al., 2008).

La *psicoeducación* trabaja elementos como la hostilidad o la implicación de los familiares en la enfermedad, demostrando su alta efectividad debido a la disminución de recaídas e ingresos de las personas afectadas por el trastorno. Además, este tipo de intervenciones ayudarían a reducir las respuestas hostiles por parte de los pacientes, debido al trabajo sobre dificultades familiares, consumo de sustancias o aislamiento (Parra et al., 2008).

González y Rodríguez (2010) destacan la importancia de la participación en la comunidad de personas con esquizofrenia, lo cual puede conseguirse mediante la implementación de *programas de rehabilitación psicosocial*, entre los que destacan los siguientes:

Programas de habilidades sociales	Debido a la pérdida del entorno y las habilidades sociales en la esquizofrenia, estos programas pretenden mejorar dichas habilidades de interacción social en los contextos en los que se relaciona el individuo.
Programa de psicoeducación y prevención de recaídas	Dada la falta de adherencia al tratamiento, frecuente en este trastorno mental grave, y a las recaídas de los pacientes, se pretenden aportar los conocimientos necesarios para la comprensión de la enfermedad y las habilidades específicas para correcta gestión.
Programa de autocontrol y manejo de la ansiedad	La ansiedad se encuentra presente en la mayoría de pacientes con esquizofrenia, dificultando su adhesión al entorno y sus capacidades de afrontamiento, lo que, a su vez, aumenta el riesgo de recaída; es por esto que se propone este programa con el objetivo de que el sujeto reconozca las distintas situaciones que le generan ansiedad para poder afrontarlas adecuadamente.
Programa de rehabilitación cognitiva	La esquizofrenia genera grandes déficits en el funcionamiento cognitivo de quién la

	sufre, por lo que se propone reparar estas funciones dañadas, compensar las ya perdidas y fomentar las conservadas.
Programa de psicoeducación de familias	Numerosos individuos con esquizofrenia viven con sus familiares, cuya participación puede favorecer la recuperación del paciente en gran medida, por ello, es necesario fomentar la implicación de la familia y el desarrollo de competencias que fomenten el proceso de rehabilitación del paciente.

Por otro lado, la *psicoterapia de grupo* ha sido empleada en determinados pacientes con esquizofrenia mostrando resultados notablemente positivos en cuanto a la aceptación de la enfermedad, la mejoría de habilidades sociales y relaciones interpersonales, la consolidación de su identidad y su adaptación al entorno. No obstante, se recomienda su combinación con psicoterapias individuales y familiares (Bestard y Cutiño, 2019).

Por su parte, la *intervención con la familia* del paciente es importante, ya que serán partícipes del tratamiento del individuo afectado por la enfermedad, comprenderán la relación entre la esquizofrenia y el estrés que presentan quienes la sufren, proporcionándoles herramientas de gestión del mismo, y de detección de posibles señales de recaídas (Esbec y Echeburúa, 2016).

En definitiva, la terapia psicosocial, junto con una terapia conductual, intervención familiar y tratamiento farmacológico, conformarían un tratamiento óptimo para una persona afectada por esquizofrenia (Esbec y Echeburúa, 2016).

DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente trabajo ha sido el análisis de la realidad de la delincuencia y la esquizofrenia en nuestro país, estudio importante para dismantelar la existente desinformación social y la estigmatización respecto a este trastorno mental grave, que, los propios pacientes afectados por la enfermedad acaban por internalizar, produciéndose el ya mencionado autoestigma.

Los hallazgos encontrados ponen de manifiesto que, realmente un porcentaje mínimo de pacientes con esquizofrenia llegan a cometer delitos, y que la población penitenciaria que

sufre esta enfermedad es notablemente escasa. Dichos resultados ponen de manifiesto que las personas con esquizofrenia tienen más probabilidades de herirse a sí mismas (cometiendo suicidios) que, de herir a terceros, y suelen ser, con mayor frecuencia, víctimas de delitos que perpetradores de los mismos.

Estos datos son de gran relevancia y poseen importantes implicaciones, a fin de establecer la posibilidad de implementación de diferentes campañas o programas de concienciación social e información a través de los medios de comunicación, con el objetivo de aumentar el conocimiento de la sociedad de este trastorno y, de este modo, contribuir a la reducción del estigma respecto a la enfermedad y a los pacientes que la sufren.

Finalmente, se han encontrado determinadas limitaciones en la realización del presente análisis, fundamentalmente al tratar de delimitar una etiología claramente establecida de la enfermedad (factores genéticos y ambientales), por lo que esto conformaría un área que sigue necesitando de investigaciones adicionales. Además, existen pocos datos e investigaciones relativas a la prevalencia de población penitenciaria con esquizofrenia en años recientes en España, y tampoco existen numerosos estudios que confirmen los delitos más cometidos por este colectivo en nuestro país, siendo más frecuentes estos tipos de investigaciones en otros países, lo cual supondría otra posible línea de investigación.

CONCLUSIONES

La esquizofrenia es un trastorno complejo, compuesto por una gran variedad de signos y síntomas, fundamentalmente por una ausencia de conexión con la realidad por parte de quien la padece. Afecta a la inteligencia, a la afectividad, a la interacción social y a la conducta, provocando una desorganización de estas funciones (Ramírez-Jirano, et al., 2019).

Entre la sintomatología presente en el trastorno, se encuentran los síntomas positivos o psicóticos, que provocan una visión distorsionada de la realidad por parte de la persona afectada por la enfermedad, siendo los más comunes los delirios, las alucinaciones y las alteraciones de pensamiento. Con respecto a la sintomatología negativa, generalmente destaca la ausencia de interés en realizar cualquier tipo de actividad, como la abulia, la anhedonia o la alexitimia. Además, las personas que sufren esquizofrenia también muestran alteradas sus funciones cognitivas (Medrano, 2022).

A pesar de que las causas de la enfermedad no están claramente establecidas, las investigaciones parecen indicar que ésta es producida debido a una combinación de elementos ambientales y genéticos. No obstante, se conoce que determinados neurotransmisores como la dopamina, serotonina y glutamato se encuentran alterados, explicándose de este modo los síntomas más característicos de la enfermedad (Ramírez-Jirano, et al., 2019).

Por su parte, la población general muestra determinadas creencias y temores equivocados sobre la enfermedad, que contribuyen a la consolidación de determinados prejuicios y estigmas, basados, fundamentalmente, en la desinformación social a cerca del trastorno. La sociedad acaba teniendo la idea de que el individuo afectado por esquizofrenia se caracteriza por ser alguien peligroso y violento (Soler i Caixal, 2019). Todas estas convicciones erróneas que se tienen sobre las personas que sufren este trastorno, son fomentadas por los medios de comunicación, provocando consecuencias como el estigma internalizado por parte de estos individuos (Rodríguez y Renhals, 2021).

Pese a los estigmas sociales y la información difundida en la prensa, la realidad es que las personas que sufren esquizofrenia, en su gran mayoría, no cometen ningún hecho delictivo o violento: Aunque existen determinados factores, como el consumo de sustancias, la presencia de otros trastornos de personalidad, experiencias perjudiciales en la infancia o dificultades ambientales y sociales que pueden aumentar el riesgo de la comisión de conductas violentas, la realidad es que menos del 10% de los delitos son cometidos por pacientes afectados por esta enfermedad (Esbec y Echeburúa, 2016).

Finalmente, cabe mencionar que la esquizofrenia es tratada con fármacos, fundamentalmente de tipo neuroléptico o antipsicóticos, que ayudan a la eliminación de desequilibrios en determinados neurotransmisores alterados por la enfermedad (Ortuño, 2022). El principal tratamiento farmacológico empleado en los pacientes con esquizofrenia es llevado a cabo normalmente con antipsicóticos, ya que favorecen notablemente la reducción de la sintomatología del paciente. No obstante, es imprescindible su combinación con psicoterapia para lograr resultados enormemente positivos en estos sujetos (Romero, 2022).

Las técnicas más comunes dentro de la intervención psicoterapéutica son las cognitivo-conductuales y las rehabilitación psicosocial, que ayudan, en gran medida, a paliar los síntomas de la enfermedad, a prevenir las recaídas, el consumo de sustancias y las

dificultades que presenten los pacientes en su entorno. A su vez, la psicoterapia ayudará a la mejora de las funciones cognitivas, sociales y afectivas del paciente, factores que podrán ser reforzados con una adecuada intervención familiar (Esbec y Echeburúa, 2016).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeleira Padín, G. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), 151-172.
- Ahuir, M. T. (2020). *Sesgos cognitivos en los trastornos psicóticos: implicaciones clínicas y abordaje terapéutico* (Doctoral dissertation, Universitat Autònoma de Barcelona).
- Álvarez, J. J. R., & Martín, J. D. D. M. (2019). Esquizofrenia y delincuencia: análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo entre 2008 y 2018. *Revista Internacional Jurídica y Empresarial*, (2), 81-126.
- Amador, A. G. L., Saavedra, D. R., Garfia, C. X. D., & Chávez, J. J. (2019). Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(11), 34-39.
- Arza Gastón, J. (2022). Implicaciones jurídico-forenses del trastorno antisocial de la personalidad y esquizofrenia paranoide.
- Bandrés Goldáraz, E. (2015). Estigmatización de la esquizofrenia en los medios de comunicación: Propuesta para mejorar el tratamiento informativo a través del estudio de un caso.
- Bestard Ricoy, J., & Cutiño Segura, M. B. (2019). Psicoterapia de grupo para tratar pacientes con esquizofrenia hospitalizados en servicios de salud pública. *Medisan*, 23(1), 165-175.
- Caqueo-Urizar, A., Ponce-Correa, F., Fond, G., & Boyer, L. (2022). Necesidad de apoyo psicológico y etnicidad en personas diagnosticadas con Esquizofrenia: La importancia del componente subjetivo en el abordaje del estigma internalizado. *Terapia Psicológica*, 417-434.
- Chang Paredes, N., Ribot Reyes, V. D. L. C., & Pérez Fernández, V. (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 705-719.
- Chiliquinga Montenegro, A. C. (2022). Implementación de la terapia cognitivo conductual para los síntomas positivos de la psicosis en un paciente con diagnóstico de esquizofrenia con presencia de sintomatología psicótica persistente.
- Chóco, P. D. M., Cajas, J. L. F., Castillo, J. E. Z., & Pucha, G. I. S. (2023). Esquizofrenia. Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería. *RECIAMUC*, 7(1), 111-123.
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Cien Soc Online*, 2(1), 45-66.
- Del Castillo, J. S. T., Santos, A. M. A. C., Amon, A. L. P., & Caicedo, M. C. A. (2022). Esquizofrenia, diagnóstico y tratamiento en pacientes pediátricos. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 6(4), 12-25.
- Díaz Mandado, O. (2015). Estigma internalizado en el trastorno mental grave: predictores cognitivos de la eficacia de un programa de intervención.

- Domingo, A.I.S., Aguilo, L.F., Fernández, D.L., Carrera, A.G., Giganto, S.L., & Marín, N.E.L. (2023). Estigmatización y adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con esquizofrenia: revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(1), 132
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de psicología jurídica*, 26(1), 70-79.
- Fernández Durán, A. (2020). Esquizofrenia e imputabilidad.
- Fernández, J. M. O., & Abril, E. C. (2021). Terapia cognitivo conductual y esquizofrenia: un estudio de revisión sobre su eficacia. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 5(41), 362-372.
- Fuentenebro de Diego, Filiberto. (2007). Psicopatología de la psicosis: delirio. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (189), 365-378.
- García González, R. (2019). Estigma Social y Autoestigma en la Esquizofrenia.
- González, J. M., Abelleira, C., & Benítez, N. (2018). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. *Actas Esp Psiquiatr*, 46(2), 33-41.
- González Cases, J., & Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.
- González-Pablos, E., & Martin-Lorenzo, C. (2021). Estigma y esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas*, 243, 65-75.
- Gutiérrez Sánchez, H. T. (2021). Caracterización clínica de los síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia y tratamiento con ISRS en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.
- Herráez, D., & Palacios, J. (2009). Recordatorio de semiología. *Semiología de la esquizofrenia. Servicio de Psiquiatría. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid*, (1755).
- López Laredo, B. S., & Ibarra Tancara, M. U. (2013). Esquizofrenia. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 1804.
- Martín, E.M, y Navarro, I.L. (2012). La esquizofrenia. *Uciencia: revista de divulgación científica de la Universidad de Málaga*, (9), 44-47.
- Martínez Hernáez, Á. (2020). *¿Has visto cómo llora el cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Masedo Gutiérrez, A. I. (2021). La psicopatología de la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 69-85.

- Medrano Alarcón, J. A. (2022). *El estigma psiquiátrico en personas con esquizofrenia y su influencia en el desempeño de las áreas de ocupación* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Miret, S., Fatjó-Vilas, M., Peralta, V. y Fañanás, L. (2016). Basic symptoms in schizophrenia, their clinical study and relevance in research. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 9(2), 111-122.
- Montero Sánchez, J. (2017). Repercusiones que acarrearán el estigma público y el autoestigma en el individuo esquizofrénico.
- Morgades-Bamba, C. I. (2020). *Estigma internalizado* (Doctoral dissertation, UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia).
- Muñoz, A. A., & Uriarte, J. J. U. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 49-59.
- Organización Mundial de la Salud. (2022, enero).
- Ortuño Sánchez-Pedreño, F. (2022). Esquizofrenia: la investigación logrará detectar los fármacos adecuados en función del perfil genético, con mejor respuesta al tratamiento y con menos efectos adversos. *Clínica de la Universidad de Navarra*.
- Parra, S. G., Molina, J. D., Huertas, D., Fontecilla, H. B., Mora-Mínguez, F., & Pascual-Pinazo, F. (2008). Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de psiquiatría*, 71(2), 109-127.
- Pérez Álvarez, C., Bosqued Molina, L., Nebot Macías, M., Guilabert Vidal, M., Pérez Zaera, J., & Quintanilla López, M. Á. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 721-730.
- Ramírez-Jirano, L. J., Velasco-Ramírez, S. F., Pérez-Carranza, G. A., Domínguez-Díaz, C., & Bitzer-Quintero, O. K. (2019). Citocinas y sistema nervioso: relación con la esquizofrenia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 57(2), 107-112.
- Romero Martínez, Á. (2022). ¿Existe una relación entre la esquizofrenia y la violencia y los homicidios? *Ars méd*, 58-64.
- Rus-Calafell, M., Lemos-Giráldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: principales cambios del DSM-V. *Revista iberoamericana de psicología: medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 111, 89-93.
- Saiz Ruiz, J., Vega Sánchez, D. C., & Sánchez Páez, P. (2010). Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21(3), 235-254.
- Soler i Caixal, M. (2019). La esquizofrenia y su estigma social: una aproximación a la percepción actual.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria*. (p.39). BDCAP SERIES 2. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Treviño-Elizondo, Francisco A.; Willis, Guillermo B.; Siller-González, Bárbara; Quiroga-Garza, Angélica (2018): "La representación de la enfermedad mental en la prensa escrita". *Estudios sobre el Mensaje Periodístico* 24 (2), 1861-1874.