

## ¿Existe una relación entre la esquizofrenia y la violencia y los homicidios?

### Is there a relationship between schizophrenia and violence and homicides?

Ángel Romero Martínez<sup>1</sup>

#### Resumen

La cultura popular ha empleado la esquizofrenia y otras enfermedades mentales como un recurso narrativo útil. Sin embargo, esto puede llegar a estigmatizar a las personas que las padecen, creando una imagen errónea. Por ejemplo, la película *Joker* (2019) puede malinterpretarse y concluir que las personas con esquizofrenia son potenciales homicidas. Es por ello por lo que debemos prestar atención a las conclusiones de la comunidad científica respecto a la relación de la esquizofrenia con la violencia y los homicidios. En este sentido, las evidencias científicas con las que contamos hasta el momento no nos permiten asumir que la esquizofrenia sea la causa principal de la violencia y, mucho menos, del homicidio. De hecho, son necesarias más variables, no directamente relacionadas con la enfermedad, como el consumo de drogas, la psicopatía o el maltrato durante la infancia para que exista una relación entre esta enfermedad y la violencia o el homicidio.

**Palabras clave:** esquizofrenia; homicidio; neurociencias; psicobiología; violencia.

#### Abstract

Pop culture has used schizophrenia and other mental illnesses as a helpful narrative resource. However, this can stigmatize people who suffer from these illnesses, creating a distorted image. For example, the movie *Joker* (2019) can be misinterpreted and conclude that people with schizophrenia are potential murderers. Thus, We must pay attention to the findings of the scientific community about schizophrenia's relationship with violence and homicides. In this regard, we cannot conclude that schizophrenia is the leading cause of violence and much less homicide. Other variables are necessary that are not directly related to the disease, such as drug use, psychopathy, or childhood abuse, for there to be a relationship between schizophrenia and violence or homicide.

**Keywords:** Homicide; neurosciences; psychobiology; schizophrenia; violence.

Fecha de envío: 2021-10-14 - Fecha de aceptación: 2022-03-21

#### Introducción

Cuando revisamos la actualidad de la crónica negra, o de sucesos, y nos topamos con una noticia sobre un homicidio, lo primero en lo que pensamos es que, muy probablemente, la "locura" sea la culpable de que alguien asesine a otra persona, ya que una persona "normal" o en sus cabales no podría realizar un acto tan atroz. Hay ocasiones en las que aparece información respecto al homicida como que "ha escuchado una voz que le ha ordenado hacerlo", "tenía visiones divinas" e incluso que lleguen a declarar que son los "auténticos elegidos de Dios para llevar a cabo una misión divina". Son solo algunos ejemplos, ya que podemos hallar un sinfín de declaraciones que describen un estado mental de enajenación

o delirante. Estas afirmaciones describen un síntoma típico de la esquizofrenia o de un brote psicótico, es decir, que impliquen una ruptura o escisión temporal con la realidad.

En la cultura popular, además, disponemos de numerosas películas y obras de ficción, especialmente aquellas con asesinos adscritas a subgéneros como los *slashers* o a géneros de intriga como los *thrillers*, en los que la esquizofrenia es un recurso cinematográfico útil para explicar el comportamiento de quien perpetra el homicidio. Esto se debe, entre otros motivos, a que las alucinaciones o percepciones alteradas de la realidad, y los delirios o creencias fijas, son recursos visuales y narrativos útiles. Para entender mejor estos síntomas y cómo han sido empleados en el cine analicemos la película "Joker"

(1) Psychobiology Department, University of València, España  
Autor de Correspondencia: Angel.Romero@uv.es



(2019; director: *Todd Phillips*). En ella, el protagonista y villano de la función, *Arthur Fleck*, interpretado por *Joaquin Phoenix*, tiene “visiones” con su vecina *Sophie*, en las que interactúa con ella e incluso crea una historia amorosa. Pero, en realidad, no es real, solo está en su cabeza. ¿Y cómo puede entonces sostenerlas? Pues para darle un sentido a esas visiones crea una compleja historia para explicarlo, pese a que no sean ciertas. Es lo que llamamos delirios, es decir, creencias que se mantienen de forma férrea, aunque les demuestren que no sean ciertas. Como creer que su padre es *Thomas Wayne*, fruto de un idilio extramarital que este tuvo con la madre de *Arthur*. A pesar de que *Thomas* le confirma posteriormente que eso no es cierto, el protagonista de la película continúa convencido de que le está mintiendo, pues es su verdadero padre y que todo es fruto de una conspiración.

Esta u otras películas que incluyen personajes afectados de esquizofrenia no necesariamente describen la realidad, muchas veces son un recurso cinematográfico que ayuda al hilo argumental. Y ahí es donde está el peligro: dan por sentado y ayudan a divulgar aspectos que no son característicos de la esquizofrenia. En otras palabras, estas películas no están construidas para mostrar la realidad de la enfermedad. Y ello hace que suelen ofrecer una visión distorsionada y, a fuerza de repetirlo, contribuyan a estigmatizar a las personas con esquizofrenia, puesto que se les percibirá como potenciales agresores u homicidas. Es por ello por lo que consideramos fundamental recurrir a los datos científicos, para contar con una visión objetiva e imparcial que nos indique si son realmente un potencial riesgo para la sociedad o, todo lo contrario. Sería así como evitaremos los estigmas sociales. Vamos a intentar aclarar si realmente existe una relación de la esquizofrenia con la violencia y/o el homicidio.

### ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es una enfermedad mental, cuya definición vendría a significar “mente escindida”, en concreto, hace referencia a una separación que experimenta la persona que la padece, de la realidad. Sin embargo, no fue hasta principios del siglo XX cuando se acuñó el concepto de “esquizofrenia”. De hecho, también se denominó a esta enfermedad como *Dementia praecox*, porque las personas que la padecían no solo mostraban delirios y alucinaciones, sino también una especie de aceleración del envejecimiento cognitivo (*Aderibigbe et al.*, 1999; *Novella & Huertas* 2010; *Tandon et al.*, 2013).

Esta enfermedad suele aparecer entre los veinte y los treinta años y, una vez que la enfermedad está presente, supone una separación importante de la realidad debido, principalmente, a sus síntomas. Y es que la esquizofrenia, en general, causa graves alteraciones en la forma de pensar, de sentir y de comportarse. Es por ello por lo que

tiene graves secuelas para las vidas de las personas afectadas, pero también para los seres queridos y el círculo social más allegado. La esquizofrenia se encuentra recogida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013) en la categoría de “Trastorno del Espectro Esquizofrénico y otros Trastornos Psicóticos”. Para su diagnóstico es necesario que se manifiesten, de forma persistente, al menos durante seis meses, los siguientes síntomas:

- Síntomas positivos: se trata de la aparición de algo que no estaba previamente y suponen alteraciones de la percepción. Algunos ejemplos de ellos serían las alucinaciones y los delirios o la desorganización del pensamiento (formas de hablar extrañas, repetición de sílabas o palabras), entre otros. Se trataría de los síntomas más “visibles” por los que las personas buscarían ayuda profesional.
- Síntomas negativos: implican quitar algo que estaba previamente, como la pérdida de la motivación para llevar a cabo los planes personales, la reducción del placer por realizar actividades previamente placenteras, la falta de interés por lo que le rodea o una menor capacidad para experimentar o sentir emociones. Aunque estos síntomas aparecieran antes que los positivos, son menos “visibles”. Por lo tanto, quien los padece, no se sentiría tan impulsado a pedir ayuda profesional.
- Síntomas cognitivos: son las dificultades para procesar la información y en el aprendizaje y la memoria. Pero también las alteraciones en la expresión emocional y en la empatía o capacidad de ponerse en el lugar de los demás.

No todas las personas con esquizofrenia son iguales, es decir, no presentan exactamente los mismos síntomas. De hecho, para diagnosticar la esquizofrenia normalmente se han considerado como síntomas nucleares las alucinaciones, los delirios y el pensamiento desorganizado. Aun así, se pueden establecer distintos subtipos de personas con esquizofrenia en función de los síntomas predominantes. En función de la gravedad, en cada uno de ellos, garantizará llegar a un diagnóstico más concreto. A modo de ejemplo, podemos hablar de esquizofrenia paranoide si la persona presentara un exceso de preocupación por ciertas alucinaciones y delirios concretos. En psiquiatría y psicología se diría: “hay una predominancia de la sintomatología positiva”. Por contra, la esquizofrenia desorganizada se caracteriza por alteraciones del lenguaje, el pensamiento y el comportamiento, que en definitiva engloba a lo que hemos llamado “síntomas negativos”.

Respecto a las causas o etiología de esta enfermedad, existe un amplio consenso por parte de la comunidad científica al destacar el papel

de la herencia en la aparición y el desarrollo de esta. Los estudios más recientes e importantes en este ámbito han establecido que la contribución de la herencia en la esquizofrenia se encontraría en torno al 79-81 % (Sullivan *et al.*, 2003; Henriksen *et al.*, 2017; Hilker *et al.*, 2018). Aun así, para la aparición y el desarrollo de la enfermedad no solo es necesaria la herencia, sino también resulta imprescindible la presencia de determinados factores ambientales. Por ejemplo, la exposición a tóxicos durante el desarrollo embrionario, el estrés prenatal o durante la infancia, la violencia en el ámbito doméstico, un ambiente familiar desestructurado o el consumo de drogas, entre otras (Sullivan *et al.*, 2003; Henriksen *et al.*, 2017; Hilker *et al.*, 2018). Por lo tanto, la herencia y el ambiente, así como su interacción, son importantes en la aparición y desarrollo de la esquizofrenia.

### **¿Las personas esquizofrénicas son potenciales homicidas?**

Para responder a esta cuestión es necesario, en primer lugar, aclarar que la violencia no necesariamente culmina en el homicidio. Por lo tanto, no podemos concluir que una mayor facilidad para experimentar ira, sentir hostilidad, ser irritable o estar agitado llevará necesariamente a esa persona a cometer un homicidio (Raine, 2013; Moya-Albiol & Romero-Martínez, 2020). De hecho, mientras duren estos estados de activación emocional, la probabilidad de cometer un acto violento es mucho mayor. Sin embargo, es fundamental diferenciar uno y otro. Por lo tanto, hemos de ser cautos a la hora de interpretar los resultados y las conclusiones que presentaremos a continuación.

La relación de la esquizofrenia con la violencia es una cuestión que ha suscitado un extenso debate entre la comunidad científica. En este sentido, padecer esquizofrenia *per se* no convierte a una persona en violenta, aunque el riesgo de sufrir un brote violento o un estado de agitación sería mayor si lo comparamos con la probabilidad de que aparezcan estos brotes en personas sin esquizofrenia u otros trastornos mentales (Douglas *et al.*, 2009; Short *et al.*, 2013). Estos brotes podrían ser explicados por las graves repercusiones que puede tener la aparición repentina de los síntomas positivos, ya que los podría llevar a estar agitados y a responder de forma airada e inesperada. Estos cuadros de agitación son episodios aislados y puntuales. Por lo tanto, no los convierten en personas violentas. De hecho, la esquizofrenia mantendría un vínculo claro con la violencia ejercida contra otros cuando esta enfermedad confluye con otras variables que podríamos considerar de riesgo. Ahí es cuando incrementarían considerablemente las posibilidades de que la persona con esquizofrenia sea potencialmente agresiva y no solo por el hecho de tener esquizofrenia.

La esquizofrenia no es la enfermedad mental que mayor riesgo implique para la perpetración de homicidios. De hecho, los

trastornos que más destacan por su relación con la violencia serían los de personalidad, en concreto, el trastorno antisocial o el límite, pero también existen otros que incrementan el riesgo como el narcisista. En tal sentido, los análisis de la población penitenciaria suelen revelar una mayor prevalencia de este tipo de trastornos entre los reclusos. Además, hay otros trastornos mentales como los del estado de ánimo, en particular, la depresión y el trastorno bipolar. Del mismo modo, la fobia social y los trastornos de pánico, contemplados dentro de los trastornos de ansiedad, que también cursan con un incremento del riesgo de perpetrar actos violentos (Crump *et al.*, 2013).

Pero muchos de estos trastornos no se dan de forma aislada, es más frecuente que confluyan varios en una misma persona. Y ello incrementa, considerablemente, el riesgo de violencia y su reincidencia.

En último lugar, se ha estimado que, de todos los homicidios, aproximadamente del 5 al 20 % de estos han sido perpetrados por una persona con esquizofrenia. Por lo tanto, debemos tener claro que la mayor parte de las personas que cometen un homicidio no tienen esquizofrenia (Crump *et al.*, 2013; Minero *et al.*, 2017). Sin embargo, es necesario entender cuáles serían los motivos que llevarían a este porcentaje minoritario de personas con esquizofrenia a ser violentas y/u homicidas.

### **¿Qué aspectos explicarían la relación de la esquizofrenia con la violencia?**

Existen una serie de características que comparten las personas con esquizofrenia que son violentas o que llegan a cometer un homicidio, y esto es igual para los hombres como para las mujeres. Entre todas ellas hay una que destaca por encima de las demás. Se trata del consumo de alcohol y sustancias de abuso como la cocaína o el cannabis. Cuanto más problemático sea el consumo, peores serán las consecuencias. Es decir, si la persona lleva más tiempo consumiéndolas, ingiere una mayor cantidad o combina distintos tipos de drogas, las consecuencias serán más perniciosas (Meyer *et al.*, 2016; Minero *et al.*, 2017; Rund, 2018).

Si, además, la persona posee una personalidad psicopática o un trastorno de personalidad antisocial, el riesgo sería aún mayor. Además, este aumentaría de forma exponencial si ha sido víctima de maltrato durante la infancia. Estos factores se pueden combinar de distintas formas para facilitar la perpetración de los actos violentos. Por ejemplo, puede ser que un niño o una niña maltratada durante la infancia tenga una mayor facilidad para refugiarse en el consumo de drogas durante una edad temprana, lo que, a su vez, suele actuar como detonante para la aparición de

los primeros brotes psicóticos en las personas que desarrollarán la esquizofrenia (¡jojo!, el consumo de drogas no es la causa, sino el detonante que allana el camino para que aparezca la esquizofrenia). Aunque puede ser que este niño presentara un perfil psicopático o antisocial que le llevaría a consumir drogas y a ser violento en un intento por compensar el bajo estado de activación psicofisiológico que le caracterizaría, lo que se agravaría tras la aparición de la enfermedad. De la misma forma, no podemos centrar toda nuestra atención en el maltrato durante la infancia, puesto que en algunas ocasiones no es necesario haber sido maltratado para consumir drogas, delinquir o ser una persona violenta (Fazel *et al.*, 2014; Moya-Albiol & Romero-Martínez, 2020). Estas son solo algunas de las posibilidades que explicarían el comportamiento violento en las personas con esquizofrenia, pero podemos combinarlas de distintos modos. Por lo tanto, existen distintas posibilidades de que una persona acabe siendo violenta cuando tiene esquizofrenia y no se explicarían por la aparición únicamente de la enfermedad. No debemos tampoco incurrir en el error de pensar que todas las personas con esquizofrenia violentas u homicidas presentan exactamente el mismo perfil. Para poder comprender un poco mejor todo lo expuesto hasta el momento es necesario recurrir a los genes para entender si algunas personas tienen una mayor vulnerabilidad para desarrollar esta enfermedad y, en ciertos casos, ser personas violentas.

Las técnicas modernas para realizar determinaciones genéticas han supuesto toda una revolución para avanzar en nuestra comprensión de los problemas graves que afectan a la sociedad como el que estamos describiendo. Estas técnicas nos han permitido poder entender nuestros genes, en otras palabras, nos han permitido leer nuestro “manual de instrucciones” e incluso modificarlo en algunas ocasiones o, al menos, interferir en las “traducciones” que se realizan de estas. Llegados a este punto, estoy seguro de que os habréis planteado la siguiente cuestión: ¿también se hereda ser una persona con esquizofrenia y violenta? Ya se ha aclarado en los apartados anteriores que no nos encontramos en un punto en el que podamos ofrecer respuestas taxativas o confirmar la existencia de un “gen del mal”, sino que podemos hablar en términos de “mayor” o “menor” probabilidad/vulnerabilidad de presentar comportamientos antisociales. Y, en tal sentido, sí que parecen existir ciertos alelos (cada una de las versiones que tiene un gen para expresarse) en el caso de las personas con esquizofrenia violentas, lo que se ha concluido es que existen alelos genéticos de riesgo que afectan al desarrollo de su cerebro, así como a su funcionamiento.

Respecto al desarrollo cerebral de las personas con esquizofrenia, se ha visto que las personas más agresivas poseen una variación alélica que afecta al desarrollo cerebral. De hecho, esta variación alélica propicia que su cerebro madure más lentamente e incluso

no llegan a desarrollarse completamente como lo haría el de una persona “normativa”. Asimismo, esta ayudaría a que su cerebro no poseyera el mismo potencial de ser “plástico” y adaptarse a las demandas ambientales (Soyka, 2011; Singh *et al.*, 2012). Aunque, cabe poner de manifiesto, que al desarrollo del cerebro no solo depende de un único gen. Por lo tanto, no podemos culpar a este único gen de ser el principal responsable de la violencia.

Es también necesario centrarse en varios alelos de los genes que contribuyen al funcionamiento del sistema cerebral dopaminérgico, es decir, de la dopamina (Soyka, 2011; Singh *et al.*, 2012). Este neurotransmisor es una de las sustancias químicas que emplea el cerebro para comunicarse; vamos, es como si habláramos de uno de los alfabetos que emplea nuestro cerebro para construir su lenguaje. Así, los alelos de riesgo se relacionarían con la liberación de la dopamina, con su eliminación y con su recepción. Para comprender correctamente lo que ocurre en un cerebro “enfermo” pensemos en un concierto musical: si todos sus integrantes coordinan sus esfuerzos crean una melodía, pero si alguien desafina o no es capaz de coordinarse con el resto de los integrantes destruimos la armonía. Esto es exactamente lo que sucede en el cerebro de una persona con este trastorno. En este sentido, hay un ejemplo más claro que me gusta poner en clase. Para comprender cómo hablan las neuronas, debemos imaginarnos una conversación entre dos personas. Si hay una buena comunicación entre emisor y receptor todo fluye correctamente, pero si uno o los dos integrantes de la comunicación tienen problemas de emisión o recepción, la situación cambiará radicalmente. En este caso ocurre lo mismo, es decir, nos encontramos con un sistema dopaminérgico que produce un exceso de dopamina y ese exceso no puede ser recibido, ni eliminado el exceso por parte de los elementos “receptores” del mensaje. Para comprender mejor esto, resulta fundamental recurrir a los resultados de los estudios de neuroimagen y que presentaremos en el siguiente apartado.

### ¿Cuándo es violenta una persona con esquizofrenia?

Es importante dar a conocer bajo qué circunstancias una persona con esquizofrenia es capaz de golpear a otras personas o de asesinar. Así, la mayor parte de los ataques de violencia y los homicidios suelen situarse en el periodo temporal comprendido entre los primeros brotes psicóticos y antes de recibir el tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico. Parece pues que, cuanto mayor es la intensidad de los delirios y las alucinaciones y un ambiente desestructurado, la facilidad para que la persona se aisle del mundo y, por lo tanto, viva “separado/a” de la realidad es mucho mayor. Esto puede provocar que la persona perpetre el acto, puesto que su juicio “está nublado” y no es capaz de anticipar o prever las consecuencias de su comportamiento. Esto puede conducir a

una “explosión” de violencia. Una vez que el acto está perpetrado y la persona afectada por la esquizofrenia tiene “contacto con la realidad”, se da cuenta de lo que ha realizado. Ahí es cuando entra en juego la importancia del manejo de la enfermedad mediante la medicación antipsicótica, puesto que eso será un buen predictor de que en el futuro esta persona no vuelva a reincidir (Douglas et al., 2009; Raine, 2013; Moya-Albiol & Romero-Martínez, 2020).

Como ya se ha comentado previamente, el riesgo de violencia será mayor antes de que estas personas reciban el tratamiento psicofarmacológico. Ello no quiere decir que desaparezca una vez comience. En tal sentido, la probabilidad de reincidir será menor si la persona con esquizofrenia y violenta se adhiere y respeta el tratamiento, o sea, si sigue el tratamiento de forma estricta. Contrariamente, abandonarlo de forma prematura o consumir otras sustancias mientras lo sigue, aumentará el riesgo de reincidir. Debido a que la medicación suele necesitar de varias semanas para que el cerebro comience a “responder” al tratamiento, abandonarlo de forma prematura provoca que el cerebro no se haya “curado” y se produzca un rebote en los síntomas. Por otro lado, si esta persona mezcla la medicación psiquiátrica con otras drogas, el riesgo de producir una intoxicación o potenciar los efectos adversos es mucho mayor. Por lo tanto, siempre es deseable vigilar la evolución de la persona violenta afectada por la esquizofrenia tras el comienzo del tratamiento (Meyer *et al.*, 2016).

Vale la pena recordar que el consumo de drogas es un agravante, en muchas ocasiones clave, para explicar la comisión de delitos, de actos violentos u homicidas. De hecho, son muchas las ocasiones en las que una persona comete este tipo de actos bajo los efectos de alguna sustancia. Lo más frecuente es que sea bajo los efectos del alcohol o psicoestimulantes como la cocaína y las anfetaminas. Los actos se pueden cometer bajo los efectos de estas sustancias o en estados de privación de estas. Lo que se conoce como “estar con el mono”. En esas circunstancias la persona se encuentra mal e intenta conseguir la nueva dosis y, en algunos casos, eso los o las lleva a delinquir para obtener la siguiente dosis. Por lo tanto, si combinamos ciertas características de personalidad de riesgo, junto a la esquizofrenia y el consumo de drogas, obtenemos un cóctel explosivo de difícil manejo y con la necesidad de desarrollar estrategias de intervención más específicas y novedosas (Moya-Albiol & Romero-Martínez, 2020).

Antes de finalizar este apartado considero importante analizar en detalle algunas de las variables que hemos expuesto en el apartado anterior. En este sentido, los párrafos anteriores hacen referencia a “explosiones de violencia”. Esto es, violencia reactiva o guiada por las emociones. En estas circunstancias, suele actuarse o producirse esta violencia para “descargar” el malestar emocional acumulado

o intentar cortar una situación que les genera tensión o ansiedad. No obstante, vale la pena plantearse la siguiente cuestión: ¿es posible que una persona afectada por la esquizofrenia perpetre un acto violento u homicida de forma premeditada? La respuesta es que sí, es decir, que también pueden plantear un crimen de forma fría y premeditada. Aunque no sería la enfermedad en sí mismo la que lo explicaría, sino que, en gran medida, tendría que ver con la presencia de rasgos de psicopatía y con las características de personalidad de esa persona, es decir, si presenta una alta hostilidad, baja impulsividad, elevado maquiavelismo y narcisismo, entre otras características. Esto posibilitará que la persona sea capaz de trazar un plan e intentar prevenir las posibles consecuencias que tendrá contra él o ella. No obstante, es necesario poner de manifiesto que la psicopatía no tiene que relacionarse con la inteligencia, en otras palabras, no necesariamente trazar un plan significa que sea infalible o que contemple todas las contingencias de este. Esto se puede ver en los casos en los que el homicida ha asesinado a algún familiar por la herencia, pero no ha previsto todas las contingencias ha hecho que le atrapen.

### **El cerebro de las personas con esquizofrenia que son violentas e incluso asesinas u homicidas**

La investigación actual ha obtenido interesantes resultados que permiten entender y diferenciar el funcionamiento cerebral de las personas con esquizofrenia de aquellos con esquizofrenia y que son impulsivos y violentos. Esto no equivale a decir que posean cerebros claramente distintos, pues no podría hablarse de “cerebro esquizofrénico”, sino que debemos pensar en diferencias más sutiles que acaban afectando al funcionamiento. Por ejemplo, si pensamos en el cerebro de las personas con esquizofrenia violentas, han sido halladas diferencias estructurales y funcionales en la corteza prefrontal orbitofrontal, en el hipocampo y en la amígdala respecto al de las personas con esquizofrenia que no son violentas y respecto a las personas sin trastornos mentales. Las alteraciones en estas estructuras y en su comunicación acabarían por resultar en la incapacidad de la persona para controlar su comportamiento y sus emociones (Soyka, 2011; Meyer *et al.*, 2016).

Para aclarar este apartado me permitirán un ejemplo muy sencillo; para ello pensemos en el cerebro como dos sistemas claramente diferenciados, uno que sería el que se encarga de controlar y el otro simplemente quiere saciar sus apetitos más primarios. Si el sistema cerebral que controla no llama la atención al sistema emocional, este último se dejará llevar sin límites. Esto es lo que sucede en estas personas, puesto que tenemos un sistema de control que no funciona adecuadamente y, por lo tanto, no puede vigilar todo lo que hace un sistema emocional que funciona como un tren sin frenos. En este sentido, las estructuras cerebrales prefrontales

forman parte del sistema cerebral que se encarga de que las personas seamos capaces de adaptarnos a nuestro entorno y no nos dejemos llevar por nuestros impulsos más primarios, mientras que el hipocampo y la amígdala forman parte del sistema límbico o “el sistema emocional” que nos guía emocionalmente o hacen que nos dejemos llevar por nuestros deseos, pero sin pensar en las consecuencias que tienen.

### ¿Existen intervenciones efectivas para las personas con esquizofrénicas que han mostrado violencia?

El tratamiento de las personas con esquizofrenia y violentas debe abordarse desde distintos frentes, en otras palabras, no solo será necesaria la administración de psicofármacos, sino que es aconsejable combinarlo con una intervención en psicoterapia y otra que atienda más a los déficits en las capacidades cognitivas mediante un entrenamiento intensivo (rehabilitación neuropsicológica).

En relación con el tratamiento psicofarmacológico, el primero de ellos lo constituyen los antipsicóticos. Ya se ha comentado que la neurotransmisión dopaminérgica está alterada en estas personas. En concreto, hay un exceso de dopamina en la vía mesolímbica. Este exceso de dopamina sería responsable, al menos en parte, de los síntomas positivos y las conductas violentas. Es por ello por lo que resulta imprescindible reducir este exceso de neurotransmisión y lograr una armonía del sistema. Aunque baste recordar que las personas con esquizofrenia también experimentan un defecto de neurotransmisión dopaminérgica mesocortical, responsable de los síntomas negativos y los cognitivos. Por lo tanto, conviene estabilizar los niveles dopaminérgicos y esto se logra mediante los tratamientos antipsicóticos (Soyka, 2011; Meyer *et al.*, 2016). La desaparición drástica de los brotes violentos se lograría mediante la administración de un antipsicótico atípico conocido como la clozapina, mientras que si no tolerasen este tratamiento se administraría olanzapina. Asimismo, también se ha recomendado otro fármaco como el zuclopentixol, ya que tiene un potente efecto sedante (Soyka, 2011; Meyer *et al.*, 2016). Sin embargo, estos tratamientos deben ser concebidos como “muletas”, puesto que aliviarán los síntomas más acuciantes, pero no necesariamente harán que esa persona cambie o se reduzca su tendencia hacia la violencia. Es por ello por lo que la psicoterapia centrada en cambiar esquemas, ofrecer alternativas a la violencia, ayudar a gestionar las emociones, fomentar las habilidades empáticas y prosociales, entre otras, ayudará a la adaptación de la persona con esquizofrenia a su entorno. Del mismo modo, existen claras evidencias de que un trabajo adicional de entrenamiento cognitivo para reforzar las carencias y déficits en procesos cognitivos tiene bastante éxito para aumentar la adherencia de la persona al tratamiento y, de ese modo, reducir el futuro riesgo de violencia. Por

lo tanto, las evidencias y los datos actuales nos ofrecen una perspectiva alentadora, en el que las personas con enfermedades mentales y problemas relacionados con la violencia tienen oportunidades de reinserirse y dejar de ser violentos.

### Conclusiones

Tal y como se ha analizado a lo largo de este artículo, no podemos asumir que la esquizofrenia sea la causa principal de la violencia y, mucho menos, del homicidio. De hecho, la comparación con otros trastornos pone de manifiesto que son los trastornos de personalidad y no la esquizofrenia los que mantienen una relación más estrecha con la violencia ejercida contra otras personas. Además, el porcentaje de homicidios perpetrado por personas con esquizofrenia es relativamente bajo en comparación con otros trastornos. En este sentido, para que la esquizofrenia se relacione con la violencia son necesarias más variables, no directamente relacionadas con la enfermedad, como el consumo de drogas, la psicopatía o el maltrato durante la infancia para que exista una relación entre esta enfermedad y la violencia o el homicidio.

### Referencias

- Aderibigbe YA, Theodoridis D. & Vieweg WVR. (1999). Dementia praecox to schizophrenia: the first 100 years. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* **53**, 437-448.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UH. & Simonsen E. (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review* **31**, 711-726.
- Crump C, Sundquist K, Winkleby MA. & Sundquist J. (2013). Mental disorders and vulnerability to homicidal death: Swedish nationwide cohort study. *Bmj* **346**.
- Douglas KS, Guy LS. & Hart SD. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* **135**, 679.
- Fazel S, Wolf A, Palm C. & Lichtenstein P. (2014). Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *The Lancet Psychiatry* **1**, 44-54.
- Henriksen MG, Nordgaard J. & Jansson LB. (2017). Genetics of schizophrenia: overview of methods, findings, and limitations. *Frontiers in Human Neuroscience* **11**, 322.

- Hilker R, Helenius D, Fagerlund B, Skytthe A, Christensen K, Werge TM, & Nordentoft M, Glenthøj B. (2018). Heritability of schizophrenia and schizophrenia spectrum based on the nationwide Danish twin register. *Biological Psychiatry* **83**, 492-498.
- Meyer JM, Cummings MA, Proctor G. & Stahl SM. (2016). Psychopharmacology of persistent violence and aggression. *Psychiatric Clinics* **39**, 541-556.
- Minero VA, Barker E. & Bedford R. (2017). Method of homicide and severe mental illness: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* **37**, 52-62.
- Moya-Albiol L. & Romero-Martínez Á. (2020). *Neurocriminología. Psicobiología de la violencia*. Madrid, Pirámide.
- Novella EJ. & 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**, 205-219.
- Raine A. (2013). *The anatomy of violence: The biological roots of crime*. Allen Lane, London.
- Rund BR. (2018). A review of factors associated with severe violence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry* **72**, 561-571.
- Short T, Thomas S, Mullen P. & Ogloff JR. (2013). Comparing violence in schizophrenia patients with and without comorbid substance-use disorders to community controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **128**, 306-313.
- Singh JP, Volavka J, Czobor P. & Van Dorn RA. (2012). A meta-analysis of the Val158Met COMT polymorphism and violent behavior in schizophrenia. *PloS one* **7**, e43423.
- Soyka M. (2011). Neurobiology of aggression and violence in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* **37**, 913-920.
- Sullivan PF, Kendler KS. & Neale MC. (2003). Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Archives of General Psychiatry* **60**, 1187-1192.
- Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, Maspina D, Owen MJ, Schultz S, Tsuang M, Van Os J. & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research* **150**, 3-10.