

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología mención Jurídica y Forense - I Cohorte

Factores Psicosociales de Riesgo y Delitos Asociados a Pacientes Declarados Inimputables, con Diagnóstico de Esquizofrenia, que Fueron Internados en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil-Ecuador desde el 2013 hasta el 2022

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magíster en Psicología, mención en Jurídica y Forense

Autora:

Wendy Vanesa Ramón Patiño

Director:

Carlos Enrique Orellana Román

ORCID:  0000-0002-8068-1605

Cuenca, Ecuador

2023-07-13

Resumen

La esquizofrenia es un trastorno mental, en su mayoría de evolución deficitaria, con características heterogéneas, que conlleva repercusiones a nivel cognitivo, conductual, físico y emocional, con implicaciones en el ámbito social, familiar, laboral, entre otros. El contexto en el que se desarrolla el paciente está matizado por factores psicosociales que pueden ser de riesgo o protectores, además de que responden a causas estructurales y, por ende, podrían complicar o favorecer el pronóstico y la evolución de la esquizofrenia. Es común que los pacientes con esquizofrenia tengan inconvenientes con la justicia por las conductas erráticas que pueden cometer. El objetivo general de esta investigación fue determinar la relación entre los factores psicosociales de riesgo y variables vinculadas a la esquizofrenia en los pacientes inimputables que fueron internados en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil-Ecuador, desde 2013 hasta 2022. Para esto, se realizó una investigación de enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, de diseño no experimental y retrospectivo. Se trabajó con 64 historias clínicas de la base de datos del INC-JBG. Los instrumentos empleados fueron, un formulario psicosociodemográfico y judicial, además de la revisión documental. Se encontró que la mayoría son hombres, con una edad promedio de 35 años, escolaridad incompleta, que viven en zonas urbanas, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, delirios de persecución y alucinaciones auditivas. Además, han cometido delitos relacionados con agresiones o lesiones y, por su gravedad, han llegado a ser fatales. Es fundamental considerar estos factores para prevenir e intervenir en pacientes con esquizofrenia.

Palabras clave: trastorno mental, crimen, conducta humana, inimputabilidad



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Schizophrenia is a mental disorder, mostly of deficient evolution, with heterogeneous characteristics, which entails repercussions at the cognitive, behavioral, physical and emotional levels, with implications in the social, family and work environments, among others. The context in which the patient develops is nuanced by psychosocial factors that may be risk factors or protective, in addition to the fact that they respond to structural causes and, therefore, could complicate or favor the prognosis and evolution of schizophrenia. It is common for patients with schizophrenia to have problems with justice due to the erratic behaviors they may commit. The general objective of this research was to determine the relationship between psychosocial risk factors and variables linked to schizophrenia in unimputable patients who were hospitalized at the Neurosciences Institute of the Junta de Beneficencia de Guayaquil-Ecuador, from 2013 to 2022. For this, research of quantitative approach, correlational scope, non-experimental and retrospective design was carried out. We worked with 64 clinical histories from the INC-JBG database. The instruments used were a psychosociodemographic and judicial form, in addition to a documentary review. It was found that the majority are men, with an average age of 35 years, incomplete schooling, living in urban areas, with a diagnosis of paranoid schizophrenia, delusions of persecution and auditory hallucinations. In addition, they have committed crimes related to assaults or injuries and, due to their severity, have been fatal. It is essential to consider these factors in order to prevent and intervene in patients with schizophrenia.

Keywords: mental disorder, crime, human conduct, imputability



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

| | |
|---|----|
| Fundamentación Teórica | 7 |
| Legislación Sobre Personas Inimputables en el Ecuador | 7 |
| Esquizofrenia, Sintomatología y Factores de Riesgo..... | 8 |
| Pacientes Penitenciarios con Esquizofrenia..... | 12 |
| Proceso Metodológico | 15 |
| Enfoque, Alcance y Tipo de Diseño..... | 15 |
| Participantes y Contexto | 15 |
| Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información..... | 15 |
| Tabulación y Análisis | 16 |
| Consideraciones Éticas..... | 16 |
| Presentación y Análisis de los Resultados | 17 |
| Identificación de Factores Psicosociales de Riesgo | 18 |
| Identificación de Características Judiciales..... | 25 |
| Características Referentes a la Esquizofrenia..... | 25 |
| Correlación entre Variables vinculadas a Esquizofrenia | 27 |
| Conclusiones | 30 |
| Recomendaciones y Limitaciones..... | 32 |
| Referencias..... | 33 |
| Anexos..... | 38 |

Índice de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 Diagrama de cajas y bigotes de número de factores psicosociales de riesgo y calidad de vida | 28 |
|--|----|

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Variables Sociodemográficas Ordinales de los Pacientes Inimputables..... | 17 |
| Tabla 2 Variables Demográficas Nominales de los Pacientes Inimputables | 18 |
| Tabla 3 Factores Psicosociales Relacionados a los Pacientes con Esquizofrenia | 18 |
| Tabla 4 Problemas Económicos de los Pacientes Inimputables..... | 19 |
| Tabla 5 Problemas Relacionales de los Pacientes Inimputables..... | 19 |
| Tabla 6 Problemas relacionados con el acceso a la atención médica y a otros tipos de atención sanitaria..... | 20 |
| Tabla 7 Problemas Ocupacionales..... | 21 |
| Tabla 8 Problemas Relacionados con el Entorno Social..... | 21 |
| Tabla 9 Problemas Relacionados con la Interacción con el Sistema Legal..... | 22 |
| Tabla 10 Problemas Educativos Basados en la Escolarización de los Pacientes..... | 23 |
| Tabla 11 Abuso y Negligencia | 23 |
| Tabla 12 Problemas de Vivienda de los Pacientes Inimputables..... | 24 |
| Tabla 13 Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes consumidas por los Pacientes Inimputables..... | 24 |
| Tabla 14 Caracterización Judicial de los Pacientes Inimputables..... | 25 |
| Tabla 15 Desarrollo de la esquizofrenia de los Pacientes Inimputables..... | 26 |
| Tabla 16 Alteraciones en las Funciones e Instintos de los Pacientes Inimputables..... | 27 |
| Tabla 17 Correlaciones entre Variables vinculadas a la enfermedad..... | 29 |
| Tabla 18 Puntaje Escala de Calidad de Vida y alucinaciones auditivas y delirio persecutorio..... | 29 |

Fundamentación Teórica

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) definió a la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”. Es un estado de equilibrio entre la persona y su entorno.

Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 11, (2022) expuso:

Los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo son síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. (p. 412)

Muy similar, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, texto revisado DSM-5 TR de la American Psychiatric Association [APA] (2022) estableció:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental. Los trastornos mentales generalmente se asocian con una angustia o discapacidad significativa en actividades sociales, laborales u otras actividades importantes. (p. 14)

Según el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2014) en el año 2012 en el Ecuador había 8 660 pacientes psiquiátricos identificados y atendidos dentro del sistema de salud. Los pacientes psiquiátricos declarados inimputables forman parte de los grupos de atención prioritaria, sin embargo, tampoco se ha podido encontrar una fuente de información que proporcione una cifra exacta de cuántos pacientes psiquiátricos inimputables hay a nivel nacional. Hasta la fecha no se han encontrado estadísticas oficiales actualizadas a nivel nacional.

Legislación Sobre Personas Inimputables en el Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador es garantista de derechos y con especial cuidado de los grupos de atención prioritaria, en el artículo 35 establece que “El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad”. Los pacientes declarados inimputables tienen necesidades clínicas específicas que les permitan reintegrarse a la sociedad sin figurar como peligrosos para sí mismos o para terceros.

El Código Integral Penal [COIP], 2014 determinó que “para que una persona sea considerada responsable penalmente deberá ser imputable y actuar con conocimiento de la antijuridicidad

de su conducta” (Art. 34). También señaló que “no existe responsabilidad penal en el caso de trastorno mental debidamente comprobado” (Art. 35). Además, indicó que, “la persona que al momento de cometer la infracción no tiene la capacidad de comprender la ilicitud de su conducta o de determinarse de conformidad con esta comprensión, debido al padecimiento de un trastorno mental, no será penalmente responsable. En estos casos, la o el juzgador dictará una medida de seguridad” (Art. 36). De igual manera se estableció que:

El internamiento en un hospital psiquiátrico se aplica a la persona inimputable por trastorno mental. Su finalidad es lograr la superación de su perturbación y la inclusión social. Se impone por las o los juzgadores, previo informe psiquiátrico, psicológico y social, que acredite su necesidad y duración. (Art. 76)

El proyecto de Guías para el Conocimiento de Delitos Cometidos por Personas con Trastornos Mentales, elaborado por el Consejo de la Judicatura el año 2016, propone políticas, directrices y excepcionalidades que se deben considerar para juzgar a las personas con trastornos mentales.

La Policía, las y los fiscales; y, las y los jueces, deben conducirse garantizando la protección no solo de los derechos de las víctimas del delito, sino también de los grupos vulnerables entre los que se encuentran las personas con trastornos mentales. (p. 1)

El Acuerdo Ministerial 0056 (MSP, 2017), estableció la Norma para la Atención Integral a Personas Declaradas Inimputables por Presentar Trastornos Mentales. “Se garantizará la atención integral de salud de la persona declarada inimputable cuando se encuentre bajo la medida de seguridad dispuesta por Autoridad competente y aun cuando esta sea levantada, a fin de dar continuidad al tratamiento” (p. 3).

Hasta el año 2019, el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias de Guayaquil tuvo una casuística de 151 casos de pacientes judiciales, de los cuales 43 contaban con un diagnóstico concerniente al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que tienen el mayor porcentaje, y de entre los cuales, el subtipo paranoide es el más prevalente. Le sigue el grupo de trastornos mentales y del comportamiento por consumo de drogas, con 28 casos. El trastorno por policonsumo es el más prevalente de este grupo. En tercer lugar, se encuentran los Trastornos Mentales Orgánicos, con 24 casos, y finalmente, 14 casos de Trastorno Bipolar, donde predomina el episodio maníaco con síntomas psicóticos (Bohórquez y Orellana, 2019).

Esquizofrenia, Sintomatología y Factores de Riesgo

Según el Clasificador de Enfermedades Mentales DSM-5 TR, de la APA (2022) describió el desarrollo sintomatológico de la esquizofrenia así:

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican una variedad de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, pero ningún síntoma por sí solo es patognomónico del trastorno. El diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados con el deterioro del funcionamiento social o laboral. Los individuos con el trastorno variarán sustancialmente en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo. (p.115)

Todos estos signos y síntomas que podrían llegar a ser incapacitantes pueden ser controlados con la correcta adherencia al tratamiento, redes de apoyo y espacios libres de consumo de sustancias, esto durante la fase inicial de la esquizofrenia (Esbec y Echeburúa, 2016).

Para comprender el impacto de la esquizofrenia es fundamental realizar el examen mental al paciente, ya que permite apreciar el estado general e identificar signos y síntomas psicopatológicos, asimismo se puede analizar las expresiones afectivas, cognitivas y comportamentales. Las áreas a evaluar son apariencia y actitud, conciencia, atención, lenguaje, orientación, memoria, inteligencia, pensamiento, sensopercepción, afectividad, motricidad y los instintos de vida, nutrición, sexualidad y sueño. Identificable por su acrónimo ACALOMIPSAM-4 (Nachar et al., 2018).

Los seres humanos protagonizan el desarrollo de su vida a través de la interacción en sistemas relacionales estructurados en la sociedad. La teoría ecológica de Bronfenbrenner (2023) examina cómo los sistemas ambientales, familia y sociedad, ejercen influencia sobre el comportamiento humano. Esta perspectiva posibilita una comprensión amplia y contextualizada del comportamiento individual, evitando una explicación reduccionista de los fenómenos.

En el mismo sentido, para un adecuado y completo manejo de intervención psicológica, tanto para la psicoterapia individual como para la intervención en la familia, se requiere tomar en cuenta los factores psicosociales. Los mismos que según Sperry et al. (2015) pueden ser factores de protección y factores de riesgo. Estos factores psicosociales se deben analizar aparte de los síndromes psiquiátricos, que hasta el DSM-IV estaban registrados en el eje IV del diagnóstico multiaxial de 5 ejes. Desde el DSM-5 publicado en 2013 y del actual DSM-5 TR publicado en 2022 ya no se registra el diagnóstico multiaxial, sin embargo, en este último se encuentran en el capítulo de Otras condiciones que pueden ser objeto de la atención clínica.

La evaluación de los factores estresantes, psicosociales y ambientales de un paciente, puede proporcionar una visión más completa del problema que presenta. Además, de identificar las causas formativas, causas de precipitación, causas exacerbantes y causas mantenedoras del

trastorno. Es fundamental comprender estas relaciones causales en la esquizofrenia, debido a que puede proporcionar información diagnóstica y para la planificación del tratamiento de forma holística, que incluye factores de riesgo y factores de protección como el sistema de apoyo, la educación, el historial laboral, la vivienda, la situación económica y el acceso a la asistencia sanitaria (Misra, 2018; Sperry et al., 2015).

Factores de riesgo son aquellos que no son desencadenantes de la enfermedad, pero sí influyen en su aparición, no son las causas directas, pero están asociadas. Existen factores de riesgo como: las complicaciones obstétricas, uso y abuso de drogas y determinados virus, relaciones psicoafectivas nocivas, redes de apoyo deficientes, la pobreza, la exposición a la violencia y comunidades con presencia de delincuencia, entre otras (Benavides-Portilla et al., 2016; Bernardo y Bioque, 2022; González et al., 2015; Insuasti y Castillo, 2023). Esos factores, según el DSM-5 TR de la APA (2022), están ordenados así:

1. Comportamiento suicida (comportamiento potencialmente autolesivo con al menos cierta intención de morir) y autolesión no suicida (daño autoinfligido intencionalmente al cuerpo en ausencia de intención suicida).
2. Abuso y negligencia (por ejemplo, problemas de maltrato y negligencia de niños y adultos, incluyendo abuso físico, abuso sexual, negligencia y abuso psicológico).
3. Problemas relacionales (por ejemplo, problemas de relación entre padres e hijos, problemas de relación entre hermanos, problemas de relación con el cónyuge o la pareja íntima, perturbación por separación o divorcio).
4. Problemas educativos (por ejemplo, analfabetismo o bajo nivel de alfabetización, escolarización no disponible o inalcanzable, fracaso en los exámenes escolares, bajo rendimiento escolar).
5. Problemas laborales (por ejemplo, desempleo, cambio de trabajo, amenaza de pérdida de empleo, horario de trabajo, discordia con el jefe y los compañeros de trabajo).
6. Problemas de vivienda (por ejemplo, falta de hogar; vivienda inadecuada; discordia con el vecino, el inquilino o propietario).
7. Problemas económicos (por ejemplo, falta de alimentos adecuados o de agua potable, pobreza extrema, bajos ingresos).
8. Problemas relacionados con el entorno social (por ejemplo, problemas relacionados con la vida en solitario, dificultad de aculturación, exclusión o rechazo social).
9. Problemas relacionados con la interacción con el sistema legal (por ejemplo, condena en un proceso penal, encarcelamiento u otro tipo de proceso penal,

encarcelamiento u otro tipo de encarcelamiento, problemas relacionados con la salida de la cárcel, problemas relacionados con otras circunstancias legales).

10. Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales y ambientales (por ejemplo, problemas relacionados con un embarazo no deseado, víctima de un delito, víctima del terrorismo).

11. Problemas relacionados con el acceso a la atención médica y a otros tipos de atención sanitaria (por ejemplo, falta de disponibilidad o inaccesibilidad de los centros de atención sanitaria).

12. Circunstancias de la historia personal (por ejemplo, historia personal de trauma psicológico por mala experiencia militar).

13. Otros encuentros con servicios sanitarios para asesoramiento y consejo médico (por ejemplo, asesoramiento sexual u otro tipo de asesoramiento o consulta).

14. Afecciones o problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica (p. ej., vagabundeo asociado a un trastorno mental, duelo no complicado en la fase de la vida). (p. 822)

Nolen-Hoeksema (2020) considera que son factores predictivos con resultados menos favorables para el paciente con esquizofrenia son: vivir eventos estresantes asociados al desarrollo, la familia que no se adapta a sus necesidades y que la comunidad lo excluya. La postura de esta autora le da un valor importante a la familia, en virtud de que afirma que “La esquizofrenia tiende a tener un curso más benigno en países en desarrollo que en países desarrollados (...) En los países en desarrollo, las personas con esquizofrenia están rodeadas de redes familiares más amplias y cercanas que pueden cuidar del paciente” (p. 222). Sin embargo, esto no es predictivo.

Cuando una persona recibe un diagnóstico de esquizofrenia, su familia atraviesa un desajuste en su organización y sus integrantes pueden tener cambios físicos, emocionales y sociales a partir de que se responsabilizan del cuidado de un paciente (Martínez-Cardona et al., 2020).

Por lo general, es un integrante de la familia quien toma la mayor responsabilidad del cuidado del paciente y es quien más alteraciones tiene en su calidad de vida debido a que supone un esfuerzo físico, mental y emocional adicional. El desgaste por el trabajo de cuidado a un paciente psiquiátrico podría ser un factor de riesgo para desarrollar algún tipo de trastorno o patología por agotamiento (Ribé, 2014).

La familia puede desempeñar principalmente dos roles, de protección o de riesgo. Se consideran protectores cuando hay vínculos positivos, métodos de crianza que satisfacen las necesidades del paciente, prevención de violencia, prevención de consumo de sustancias, entre otros (Charry, 2021); y de riesgo cuando hay familiares diagnosticados con esquizofrenia, estilos de apego inseguro y los estilos de crianza negligentes.

En un metaanálisis de Carr et al. (2018, como se cita en Hodann, 2021) en una muestra de 11 696 pacientes, concluyeron que el 76% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia tenían apegos inseguros. Es importante recalcar que el ambiente domiciliario juega un papel fundamental en el cuidado del paciente psiquiátrico, ya que es la primera respuesta social del paciente de la cual dependerá el tratamiento, protección y provisión de recursos y apoyo para él (Audiffred et al., 2022; APA, 2021; Bighelli et al., 2021; Dompablo, 2017; Nolen-Hoeksema, 2020). De lo contrario, aumentaría la probabilidad de realizar conductas contra la integridad de otras personas o sobre sí mismos.

La esquizofrenia frecuentemente se relaciona con la pobreza e indigencia, puesto que desencadena y prolonga la enfermedad. Los pacientes requieren adherirse a un tratamiento adecuado a sus necesidades, lo que resulta costoso y no siempre se cumplen los tratamientos farmacológicos, terapéuticos y sociales como se necesita (González-Pérez et al., 2019; Sánchez-Salcedo et al., 2018). Además, por el menor acceso a educación o a trabajo, las pacientes con esquizofrenia suelen habitar en hospitales de caridad, penitenciarias o casas de acogida (Nolen-Hoeksema, 2020).

Pacientes Penitenciarios con Esquizofrenia

Existen varias características propias de los pacientes penitenciarios con diagnóstico de esquizofrenia: generalmente son hombres jóvenes, adictos a sustancias, carentes de recursos económicos, sin domicilio estable y frecuentemente son reincidientes debido a que no tienen un seguimiento médico adecuado, de baja escolaridad, desempleo, solteros o con muchas parejas inestables. (Fuentes y Fernández, 2016).

Avilés (2014) caracterizó a los pacientes con esquizofrenia del Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba, y se pudo identificar que el 40% eran pacientes entre 25 y 34 años, y el tipo de esquizofrenia con más prevalencia fue la paranoide con un 42%.

Fuentes y Fernández (2016) encontraron que la esquizofrenia es el trastorno mental más prevalente en pacientes judiciales, debido a sus síntomas característicos, como alucinaciones visuales y auditivas, agravados por el consumo de sustancias. El subtipo paranoide se destaca por sus delirios y alucinaciones, los cuales afectan la percepción de la realidad y la conducta (Vecino et al., 2018).

El DSM-5 TR de la APA (2022) expuso que “la gran mayoría de las personas con esquizofrenia no son agresivas y son victimizadas con más frecuencia que los individuos de la población general” (p. 116). Sin embargo, las personas que presentan trastornos mentales tienen más posibilidades de cometer un delito, crimen o acto violento cuando no hay adherencia al tratamiento, no tienen una red de apoyo social o familiar, hay sintomatología

delirante, alucinatoria, afectiva, además de consumo de sustancias (Esbec y Echeburúa, 2016; Nolen-Hoeksema, 2020; Recalde et al., 2015; Quílez, 2016; Trenoweth, 2017).

Las conductas agresivas son respuestas para la supervivencia en situaciones hostiles, sin embargo, la esquizofrenia al ser un trastorno mental que se caracteriza por alterar la percepción del entorno, el paciente puede identificar estímulos como amenazantes cuando no lo son y responder con agresividad. (Romero y Molina, 2019, p. 95)

Además de las situaciones estresantes, el uso y abuso de drogas legales e ilegales como marihuana, cocaína o alcohol aumenta el riesgo de tener manifestaciones clínicas de esquizofrenia y puede ser un factor desencadenante para personas de población general sin un diagnóstico previo (Espinoza et al., 2015; Fuentes y Fernández, 2016). Se ha identificado la asociación del consumo de sustancias con el riesgo de recaídas y menor adherencia al tratamiento. La probabilidad de que un paciente cometa un acto violento en el primer año después de haber recibido tratamiento cuando hay consumo de sustancias, a diferencia de los pacientes que no consumen sustancias (Díaz et al., 2023; Nolen-Hoeksema, 2020).

El consumo de tabaco y alcohol se ha identificado como prevalente en pacientes con esquizofrenia (Gutiérrez, 2013). Sin embargo, Herrera y Sanyer (2020) no encontraron una relación estadísticamente significativa entre el uso de sustancias y la esquizofrenia en el estudio en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Pacientes con Esquizofrenia y Calidad de Vida

La esquizofrenia se relaciona con el deterioro de la calidad de vida debido a la angustia emocional, las necesidades psicosociales no satisfechas y la alteración de las funciones sociales (Liu, 2019). La cognición social reducida y una mayor resiliencia se asocia con un mejor funcionamiento psicosocial, mientras que un mejor rendimiento neurocognitivo se relaciona con una mayor calidad de vida subjetiva (Kim et al., 2019).

La calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia puede verse afectada por los síntomas positivos y negativos de la enfermedad, así como por factores de riesgo prolongados que generan incomodidad (Boussard, 2020; Gaviria et al., 2020). Sin embargo, aquellos pacientes que tienen acceso a tratamiento médico y rehabilitación suelen experimentar una mejora en su percepción de calidad de vida, ya que los síntomas de la esquizofrenia se reducen (Constanza-Peretto et al., 2019).

Por lo antes expuesto, la **pregunta de investigación** que guio esta investigación fue ¿Existe correlación entre la **cantidad** de factores psicosociales de riesgo **presentes** con las variables vinculadas a la esquizofrenia, como *edad de ingreso al instituto, tiempo de internamiento, número de delirios, número de alucinaciones, cantidad de sustancias que consume, número de funciones mentales alteradas y calidad de vida*, en pacientes diagnosticados con

esquizofrenia, declarados inimputables que fueron internados en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil-Ecuador desde el 2013 hasta el 2022?

La **hipótesis** planteada en la investigación fue que existe correlación entre el número de factores psicosociales de riesgo y las variables psicosociodemográficas y judiciales vinculadas a la esquizofrenia en pacientes inimputables que fueron ingresados al Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil-Ecuador, desde el 2013 hasta el 2022.

El **objetivo general** fue determinar la correlación entre el número de factores psicosociales de riesgo y variables vinculadas a la esquizofrenia, como edad de ingreso al Instituto, tiempo de internamiento, número de delirios, número de alucinaciones, cantidad de sustancias que consume, número de funciones mentales superiores alteradas y calidad de vida en pacientes inimputables que fueron ingresados al Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil-Ecuador, desde el 2013 hasta el 2022. Los **objetivos específicos** son: (1) identificar factores psicosociales de riesgo según los lineamientos del DSM 5 TR, (2) identificar características judiciales de los participantes, (3) describir las características referentes a la esquizofrenia en los participantes e (4) Identificar las variables psicosociodemográficas y judiciales vinculadas a la esquizofrenia.

Proceso Metodológico

Enfoque, Alcance y Tipo de Diseño

La investigación tuvo un **enfoque cuantitativo**, se realizó un proceso secuencial y organizado. Se utilizó este enfoque, puesto que permite comprender los fenómenos en términos estadísticos y medir variables (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

El estudio tuvo un **alcance correlacional**, debido a que la investigación relacionó variables vinculadas a la esquizofrenia. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), el alcance correlacional “tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (p. 109).

El **diseño** fue **no experimental**, ya que no se manipularon variables para obtener resultados. Además, fue de corte **transversal**, pues se analizaron los datos de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron entre el año 2013 y 2022 sin estudiar su evolución. **Retrospectivo** porque se analizaron los datos que reposaban en los expedientes e historias clínicas del Instituto de Neurociencias de Guayaquil (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Y finalmente, **documental**, ya que no hubo interacción directa con los pacientes, únicamente se revisaron los archivos físicos y digitales.

Participantes y Contexto

El estudio se llevó a cabo en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil-Ecuador, INC-JBG en adelante. Esta institución tiene la misión de brindar servicios integrales de salud mental y así colaborar con calidez, solidaridad, competencia y compromiso para mejorar su calidad de vida a la sociedad ecuatoriana, mediante el uso eficiente de técnicas de neurociencias (Instituto de Neurociencias, s.f.).

Tras la revisión de las 215 historias clínicas del total de pacientes declarados inimputables internados en el INC-JBG, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, se llegó a un número total de **64 historias clínicas** con las que se realizó el respectivo análisis e indagación de información acerca del proceso judicial en el Sistema Automático de Trámite Judicial Ecuatoriano, SATJE en adelante.

Los **criterios de inclusión** aplicados fueron que los pacientes a quien pertenece la historia clínica, tengan 18 años o más al momento del ingreso, con diagnóstico de esquizofrenia, según los criterios diagnósticos del CIE-10. Se **excluyeron** de la investigación a aquellas historias clínicas de pacientes con órdenes judiciales, pero que no hayan cometido un delito al momento del ingreso.

Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

Se emplearon dos técnicas e instrumentos: (1) La revisión documental se empleó para analizar los originales de las historias clínicas de los pacientes declarados inimputables del Instituto y además se cotejó con la información pública de los casos que se encuentran en el

SATJE. (2) El formulario psicosociodemográfico y judicial se empleó para recolectar toda la información identificada de valor para este estudio (anexo A). Este formulario se construyó en tres partes, la primera para recolectar información general sociodemográfica del paciente, la segunda sobre la esquizofrenia a partir de las categorías que establece el DSM-5-TR y la tercera parte sobre las características judiciales a partir del COIP.

Tabulación y Análisis

En este estudio se utilizó la información recogida en el formulario psicosociodemográfico y judicial en el programa Microsoft Excel. Luego, se pasó esta información al Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, versión 25, SPSS v.25, y para el análisis se emplearon estadísticos descriptivos como mínimo, máximo, frecuencias, porcentajes, media aritmética y desviación típica, así como gráfico de cajas y bigotes. Para la correlación entre las variables se calculó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, ya que las variables no tuvieron una distribución normal ($p < .05$) se aplicaron pruebas no paramétricas (Rho de Spearman). Además, se empleó la prueba U de Mann Whitney para comparar el puntaje de calidad de vida con dos variables vinculadas a la esquizofrenia. Los resultados se presentaron en tablas y figuras editadas en Microsoft Excel.

Consideraciones Éticas

Se contó con el permiso del INC-JBG para realizar la investigación y acceder a la información de los usuarios declarados como inimputables. Cabe resaltar que todos los datos que se obtuvieron cuentan con el debido consentimiento, pues estos usuarios al momento del ingreso firmaron el respectivo consentimiento informado. Se garantizaron los derechos de los pacientes de cuyas historias clínicas sirvieron para esta investigación, sujetándose a los principios éticos de los psicólogos y código de la conducta declarados por la APA (2017), se asumió la responsabilidad de garantizar el riesgo mínimo y el derecho a la privacidad, confidencialidad, beneficencia y no maleficencia. La información recolectada y codificada se mantiene en la base de datos donde no se usa información que puedan revelar la identidad de los pacientes.

Presentación y Análisis de los Resultados

Los resultados que se presentan corresponden a los datos e información obtenida de las 64 historias clínicas, y se muestran en cuatro apartados: (1) identificación de factores psicosociales de riesgo, (2) identificación de las características judiciales, (3) características referentes a la esquizofrenia y (4) correlación entre las variables vinculadas a la esquizofrenia. Antes de mencionar los factores psicosociales de riesgo se presenta en la Tabla 1 los datos sociodemográficos generales. Se obtuvo que los participantes tenían una edad mínima de ingreso de 18 años, debido a que es la edad desde la que se puede juzgar una acción penal a una persona en el Ecuador, además que generalmente aparecen los primeros síntomas de la esquizofrenia. Esto coincide con lo expuesto por Avilés (2014) pues en esta edad las personas tienen más energía, fuerza, agilidad para cometer infracciones y los síntomas positivos de la esquizofrenia se relacionan con comportamientos hostiles y violentos.

Con relación al tiempo de internamiento, se registró un tiempo mínimo de 25 días hasta un máximo de siete años aproximadamente. La media del tiempo de internamiento fue de 283.38 días o nueve meses con una DT de 382.06 días. Esta DT es mayor a la media debido a que esta variable presenta varios casos atípicos. El tiempo de internamiento se asocia por lo menos a tres factores: gravedad de los síntomas, gravedad de la infracción y si la persona puede constituir un peligro para la sociedad. El tiempo de internamiento lo dispone el juez apoyado por el informe pericial; sin embargo, se consideran las recomendaciones de los especialistas que tratan al paciente dentro del INC-JBG cuando ven que el paciente puede continuar el tratamiento fuera de la institución.

Tabla 1

Variables Sociodemográficas Ordinales de los Pacientes Inimputables

| Variables | Edad de internamiento (años) | Tiempo de internamiento (días) |
|-----------|------------------------------|--------------------------------|
| Mínimo | 18 | 25 |
| Máximo | 62 | 2 472 |
| M | 35.75 | 283.38 |
| DT | 10.63 | 382.06. |

En la tabla 2 se presentan las variables sociodemográficas nominales. Se destaca que la mayoría eran hombres y de autoidentificación mestiza.

El hecho de que en este trabajo haya más hombres se puede explicar desde lo reportado por Quílez (2016), en su revisión bibliográfica, que identifica que principalmente los hombres tienden a desarrollar conductas violentas, por lo cual se asocia a tener más conflictos con la ley. La autoidentificación étnica no es un factor de influencia sobre el desarrollo de la esquizofrenia, así lo manifiesta Liu et al. (2019) con el estudio en el que comparó varias etnias, sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 2*Variables Demográficas Nominales de los Pacientes Inimputables*

| Variables | | N | % |
|----------------------------------|-----------------|----------|----------|
| Sexo | Hombre | 58 | 90.6 |
| | Mujer | 6 | 9.4 |
| Autoidentificación Étnica | Mestizo | 57 | 89.1 |
| | Indígena | 2 | 3.1 |
| | Montubio | 2 | 3.1 |
| | Afroecuatoriano | 2 | 3.1 |
| | | Blanco | 1 |
| | | | 1.6 |

Identificación de Factores Psicosociales de Riesgo

En la tabla 3 se muestra el porcentaje por influencia de los factores psicosociales identificados en pacientes del INC-JBG con esquizofrenia. Estos factores son los establecidos por el DSM-5-TR. En los siguientes apartados se fueron analizando los factores de forma más detallada.

Tabla 3*Factores Psicosociales Relacionados a los Pacientes con Esquizofrenia*

| Factor | % |
|--------------------------------|----------|
| P. Económicos | 84.6 |
| P. Relacionales | 81.8 |
| P. Acceso a la atención médica | 79.7 |
| P. Ocupacionales | 78.1 |
| P. Entorno Social | 76 |
| P. Sistema Legal | 53.1 |
| P. Educativos | 46.9 |
| Abuso y negligencia | 34.4 |

Del factor, Problemas Económicos, se expone en la tabla 4 que el 84.4% de personas eran de nivel socioeconómico bajo y que el 89% de los casos, reportaron ingresos mensuales inferiores a los 425 dólares que corresponde a menos de quince dólares por día.

Los resultados para esta variable coinciden con los resultados de González-Pérez et al. (2019) y Sánchez-Salcedo et al. (2018), que muestran una mayor prevalencia de esquizofrenia en personas de nivel socioeconómico bajo, además de que expuso que los pacientes tienden a empobrecerse y permanecer en la pobreza durante el curso del trastorno.

Tabla 4*Problemas Económicos de los Pacientes Inimputables*

| Variables | | N | % |
|---|-----------------------------------|----|------|
| Nivel Socioeconómico | Bajo | 54 | 84.4 |
| | Medio | 9 | 14 |
| | Alto | 1 | 1.6 |
| Valor de ingresos económicos mensuales | Ingresos inferiores a 425 dólares | 57 | 89 |
| | Ingresos iguales a 425 dólares | 6 | 9.4 |
| | Ingresos superiores a 425 dólares | 1 | 1.6 |

Sobre el factor, Problemas Relacionales, se consideran las variables asociadas al apoyo familiar y la interacción de la familia con el paciente. En la tabla 5 se expone que la mayoría de ellos eran solteros (82.8%), no recibían visitas (56.3%) a lo largo de su internamiento, mientras que aquellos que sí las recibían, lo hacían principalmente por parte de su madre (18.8%). Esta interacción de la familia es fundamental porque son los más cercanos quienes pueden garantizar que el paciente siga un tratamiento, que pueda satisfacer las necesidades básicas y prevenir conductas de riesgo.

Estos resultados son similares a los hallados a las investigaciones de Quílez (2016) y Aguilar (2020) cuando mencionan que el estado civil soltero es el más frecuente, debido a que las personas con este trastorno presentan más dificultades para entablar relaciones interpersonales sanas y duraderas por los síntomas propios del diagnóstico. Martínez-Cardona (2020) y Ribé (2014) coinciden en que generalmente el trabajo de cuidado de los pacientes recae en la madre o en mujeres del núcleo familiar, en algunos casos, a pesar de haber sido las principales víctimas de sus hijos, son quienes apoyan en el internamiento.

Tabla 5*Problemas Relacionales de los Pacientes Inimputables*

| Variables | | N | % |
|--|-------------------|----|------|
| Estado civil | Soltero | 53 | 82.8 |
| | Unión Libre | 4 | 6.3 |
| | Casado | 4 | 6.3 |
| | Divorciado | 3 | 4.6 |
| ¿La persona recibía visitas mientras estuvo en internamiento? | No | 36 | 56.3 |
| | Sí | 28 | 43.7 |
| ¿Quién visitaba al paciente? | Ninguno | 36 | 56.3 |
| | Madre | 12 | 18.8 |
| | Hermano o hermana | 7 | 10.9 |
| | Pareja | 4 | 6.3 |
| | Otros familiares | 3 | 4.7 |
| | Padre | 2 | 3 |

Del factor, Problemas relacionados con el acceso a la atención médica y a otros tipos de atención sanitaria, se identificó que el 79.7% de los pacientes han incumplido su tratamiento terapéutico y médico, estos resultados se presentan en la tabla 6. Los pacientes han recibido atención médica en un momento dado, sin embargo, no se mantuvo. Además, únicamente el 18.8% conoce que tiene un antecedente familiar con esquizofrenia, por lo que el factor genético no se podría considerar de relevancia estadística, sin embargo, esta respuesta corresponde a lo que el paciente refiere y puede no ser el reflejo de la realidad.

En la investigación de Fuentes y Fernández (2016), se identifica la importancia de la atención adecuada sanitaria para los pacientes con esquizofrenia para evitar conductas que pongan en riesgo su integridad y de otras personas, además de prevenir la comorbilidad. La adherencia al tratamiento genera un mejor pronóstico para el paciente.

Tabla 6

Problemas relacionados con el acceso a la atención médica y a otros tipos de atención sanitaria

| Variables | N | % |
|---|-----------------------------------|---------|
| ¿La persona ha tenido tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico? | Sí, pero lo ha abandonado | 51 79.7 |
| | No, nunca ha recibido tratamiento | 9 14 |
| | Sí | 4 6.3 |
| Antecedente familiar de esquizofrenia | No | 52 81.2 |
| | Sí | 12 18.8 |

En relación con los Problemas Laborales, se presenta la Tabla 7, en la cual se identificó que el 78.1% de la población se encontraba desempleada. Estos resultados concuerdan con la investigación de Espinoza et al. (2015) en Honduras, donde el 43.2% de los participantes estaban desempleados. Esto se explica porque los impedimentos cognitivos y sociales causados por la esquizofrenia dificultan que las personas con esta condición puedan conservar un trabajo. Pueden tener dificultades con la atención, la memoria, la resolución de problemas y la toma de decisiones, además dificultades con las interacciones sociales, la comunicación y la comprensión de normas sociales.

Por otro lado, Avilés (2014) en su estudio realizado en Cuba, identificó que el 39.2% de los pacientes contaba con un empleo, mientras que un 18.9% ya se encontraba jubilado. Este dato está estrechamente relacionado con los ingresos económicos y el trastorno, ya que, si una persona no cuenta con ingresos regulares, no podría garantizar el cumplimiento del tratamiento. Además, el trabajo desempeña un rol importante en el desarrollo personal del paciente y forma parte del tratamiento para su reinserción. No se consideró el empleo informal

como factor en esta investigación, dado que no proporciona ingresos económicos estables y no ofrece un entorno adecuado.

La combinación de déficits cognitivos, sociales y otros síntomas puede hacer difícil que las personas con esquizofrenia mantengan empleo. Sin embargo, con tratamiento y apoyo, los pacientes pueden trabajar y llevar vidas productivas.

Tabla 7

Problemas Ocupacionales

| Variable | N | % |
|------------|----|------|
| Desepleado | 50 | 78.1 |
| Empleado | 14 | 21.9 |

Del factor que aborda los Problemas Relacionados con el Entorno Social, se presenta la Tabla 8 que la mayoría de los pacientes (79.7%) provenían de zonas urbanas. Esto coincide con lo que plantea Hodann (2021) respecto a la incidencia de la esquizofrenia. Puede explicarse por la exposición a mayor contaminación, aislamiento social y estrés por el modo de vida acelerado que se vive en las ciudades

En cuanto a la provincia de origen, se observó que el mayor porcentaje de pacientes provenía de Guayas (42.2%), Manabí y Los Ríos. Estos resultados no indican necesariamente un mayor riesgo para los residentes de estas provincias, sino que pueden explicarse por la proximidad geográfica del Instituto de Neurociencias, que, al ser el centro de atención psiquiátrica más grande del país, los jueces y juezas pueden disponer el cumplimiento de las medidas de seguridad en este lugar. También se debe considerar que hay otros centros especializados para el tratamiento de psicopatologías que también albergan a pacientes declarados inimputables, pero en menor cantidad.

Tabla 8

Problemas Relacionados con el Entorno Social

| | Variables | N | % |
|-----------------------------|-----------|----|------|
| Lugar de procedencia | Urbano | 51 | 79.7 |
| | Rural | 13 | 20.3 |
| | Guayas | 27 | 42.2 |
| | Manabí | 11 | 17.2 |
| Provincia | Los Ríos | 6 | 9.4 |
| | Otros | | |

Nota. Ver la tabla completa en el Anexo B

En relación con los Problemas Relacionados con la Interacción con el Sistema Legal, se presenta la Tabla 9, en la que se identificó que el 53.1% de los pacientes tenía antecedentes delictivos y que, al menos en una ocasión, habían sido privados de su libertad. Además, que

estos actos se daban principalmente en el ámbito familiar (51.65%). Se puede comprender por la cercanía, el estrés o la percepción de riesgo que el paciente pueda tener en su hogar por la intención de controlar los comportamientos violentos o la prohibición de consumo de sustancias, etc.

La investigación de Esbec y Echeburúa (2016) presenta resultados similares, en los cuales también se encuentra una asociación entre los delitos y conductas violentas en la etapa prodrómica o en la psicosis aún no diagnosticada. Esto significa que previamente las personas ya tienen detenciones de corta duración, pero se identifica un cambio conductual importante después de esas detenciones.

Estos resultados son similares a los presentados por Esbec y Echeburúa (2016) en el que las agresiones fueron dentro de su núcleo familiar o a vecinos y por incumplir la orden de acercarse a su familia.

La familia generalmente es quien recibe las agresiones iniciales por el cuidado y la cercanía que tiene, generalmente el trabajo de cuidado recae en la madre, por lo cual está más expuesta a la violencia que puede surgir al realizar acciones que el paciente puede interpretar como un peligro.

Tabla 9

Problemas Relacionados con la Interacción con el Sistema Legal

| Variable | | N | % |
|---|-----------------|----|------|
| Antecedentes delictivos | Sí | 34 | 53.1 |
| | No | 30 | 46.9 |
| Ámbito en donde sucede el delito | Familiar | 33 | 51.6 |
| | Social | 30 | 46.9 |
| | Laboral | 1 | 1.5 |

Sobre los Problemas Educativos, los resultados se presentan en la Tabla 10. Se encontró que el 3.1% de los pacientes no ha tenido acceso a educación formal, mientras que el 46.9% ha alcanzado únicamente el nivel primario. Esto podría estar relacionado con la edad en la que comienzan a aparecer los primeros síntomas de la esquizofrenia, lo cual interfiere sobre el rendimiento académico, además de acceso limitado de recursos de apoyo que dificulta continuar con estudios superiores.

En este sentido, Espinoza (2015) en su estudio en Honduras también reporta un mayor porcentaje de pacientes con esquizofrenia finalizan la educación primaria.

Estos resultados difieren de los encontrados por Kim et al. (2019) en Singapur, donde se observó que un alto porcentaje (50.6%) de los pacientes con esquizofrenia alcanzaron un

nivel educativo más elevado. Estas diferencias socioeconómicas pueden influir en el desarrollo personal del paciente, su enfermedad y además su calidad de vida.

Tabla 10*Problemas Educativos Basados en la Escolarización de los Pacientes*

| | Variables | N | % |
|-----------------------------|------------------|----------|----------|
| Nivel de Instrucción | Ninguno | 2 | 3.1 |
| | Primaria | 30 | 46.9 |
| | Secundaria | 26 | 40.6 |
| | Tercer nivel | 6 | 9.4 |

Según el factor de abuso y negligencia, se presenta en la tabla 11 que el 34.4% ha sido víctima de violencia en algún momento de su vida y posterior a eso hayan desarrollado los síntomas de esquizofrenia

De forma similar Gutiérrez (2013) señala un porcentaje importante (42.3%) de la relación de la violencia. Lo que deja de manifiesto que esta variable puede constituir un detonante para el desarrollo de la enfermedad dado que los factores estresores afectan a la salud mental y al bienestar emocional. Quílez (2016) por otro lado, encuentra solamente el 14% de incidentes familiares en la infancia que pueden tener relación con la violencia actual de los pacientes con esquizofrenia.

Tabla 11*Abuso y Negligencia*

| | Variable | N | % |
|---|-----------------|----------|----------|
| Antecedentes de sufrir violencia | Sí | 22 | 34.4 |
| | No | 42 | 65.6 |

Sobre los problemas de vivienda, en la tabla 12 se identifica que en la mayoría de los casos tenían acceso a servicios básicos y en menor porcentaje existía hacinamiento en el hogar. Este factor es relevante, debido a que el número de personas que habitaban en la vivienda y los servicios básicos a los que tienen acceso son importantes para comprender cómo se da la interacción de los miembros de la familia dentro del espacio. Este hallazgo coincide con lo expuesto por Sánchez-Salcedo et al. (2018) en la que el 22% de sus participantes viven con seis o más personas en un mismo espacio habitacional, esta investigación fue desarrollada en Colombia, un contexto similar al ecuatoriano.

Tabla 12*Problemas de Vivienda de los Pacientes Inimputables*

| Variable | | N | % |
|-----------------------|-----------|----------|----------|
| Luz eléctrica | Sí | 54 | 84.4 |
| | No | 10 | 15.6 |
| Agua potable | Sí | 52 | 81.2 |
| | No | 12 | 18.8 |
| Alcantarillado | Sí | 47 | 73.4 |
| | No | 17 | 26.6 |
| Hacinamiento | Sí | 24 | 37.5 |
| | No | 40 | 62.5 |

Sobre el factor que considera las afecciones o problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, se encontró el consumo de sustancias, en el que el 40.6% de los casos hay información acerca del consumo de al menos un tipo de droga previo a incurrir en un delito.

En la tabla 13 se despliegan los tipos de drogas que han consumido, del cual el cannabis sobresalió; sin embargo, los pacientes pudieron consumir varias sustancias simultáneamente. Algo similar a este resultado presenta Quílez (2016), quien encontró una relación estadísticamente significativa entre el consumo de cannabis, esquizofrenia y conductas violentas. Estos resultados son contrarios a los encontrados por González-Pérez et al. (2019) en el que se presentan como predominantes el consumo de alcohol y tabaco. El uso de estas sustancias resulta predominante, quizás por la facilidad para conseguirla que hay en el contexto y que cada vez más se está normalizando su consumo de cannabis, así como de alcohol y tabaco desde temprana edad.

Tabla 13*Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes consumidas por los Pacientes Inimputables*

| | Variables | N | % |
|------------------------------|-------------------------------------|----------|----------|
| Consumo de sustancias | Sí | 26 | 40.6 |
| | No | 38 | 59.4 |
| Tipo de sustancias | Cannabis | 15 | 23.4 |
| | Alcohol | 11 | 17.2 |
| | Tabaco | 10 | 15.6 |
| | Estimulantes | 7 | 10.9 |
| | Inhalantes | 2 | 3.1 |
| | Opiáceos | 2 | 3.1 |
| | Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos | 1 | 1.6 |

Identificación de Características Judiciales

El 82.2% de pacientes fue procesado con el Código Orgánico Integral Penal, el 20.3% ha sido procesado por algún delito del tipo contra la inviolabilidad de la vida, el delito más frecuente fue el de tentativa de asesinato (14.1%). En la tabla 14 se presentan los porcentajes más altos de cada variable. Estos resultados se relacionan con el uso de la fuerza y la violencia dirigida a las personas como un mecanismo de protección ante las amenazas reales o no, que son percibidas por el paciente.

El paciente no identifica si los estímulos que percibe son reales o no, por lo cual su conducta responde a ese estímulo de forma errática, sin embargo, no se puede reducir la explicación, es fundamental contemplar las relaciones familiares, la educación que pudo recibir, si consume o no sustancias, el acceso a armas, entre tantos factores.

Tabla 14

Caracterización Judicial de los Pacientes Inimputables

| | Variables | N | % |
|--|--|----|------|
| Código con el que se juzgó | Código Orgánico Integral Penal | 53 | 82.2 |
| | Código Penal | 11 | 17.8 |
| Tipo de delito | Delitos contra la inviolabilidad de la vida | 13 | 20.3 |
| | Delitos contra la integridad personal | 12 | 18.8 |
| | Delito contra la integridad sexual y reproductiva | 10 | 15.6 |
| Delito | Tentativa de asesinato | 9 | 14.1 |
| | Lesiones | 8 | 12.5 |
| | Incumplimiento de decisiones legítimas de autoridad competente | 6 | 9.4 |
| Relación entre víctima y victimario | Desconocidos | 24 | 36.9 |
| | Madre | 13 | 20 |
| | Amigos o conocidos | 9 | 13.8 |

Nota. Ver la tabla completa en el Anexo C

Características Referentes a la Esquizofrenia

En la tabla 15 se pueden identificar características de la esquizofrenia, el tipo predominante fue el paranoide (65.6%), el delirio con mayor presencia fue el persecutorio (65.6%) y las alucinaciones que se presentaron con mayor frecuencia fueron las auditivas de comando (73.4%). Estos resultados concuerdan con lo presentado por Bohórquez y Orellana (2019) en la que también mantiene la prevalencia de este subtipo en el INC-JBG. Estas características coinciden con lo expuesto por Fuentes y Fernández (2016) sobre la prevalencia del subtipo paranoide en los pacientes ingresados en hospitales penitenciarios.

Tabla 15*Desarrollo de la esquizofrenia de los Pacientes Inimputables*

| Variables | | N | % |
|-------------------------------|----------------------------------|----------|----------|
| Tipo de esquizofrenia* | Tipo paranoide | 42 | 65.6 |
| | Tipo indiferenciado | 8 | 12.5 |
| | Tipo residual | 4 | 6.3 |
| Tipo de delirio | Persecutorio | 42 | 65.6 |
| | De referencia | 28 | 43.8 |
| | De contenido místico o religioso | 14 | 21.9 |
| Tipos de alucinaciones | Alucinaciones auditivas | 47 | 73.4 |
| | Alucinaciones visuales | 31 | 48.4 |
| | Alucinaciones táctiles | 6 | 9.4 |
| | Alucinaciones somático-olfativas | 3 | 4.7 |
| | Alucinaciones propioceptivas | 2 | 3.1 |

Nota. Ver tabla completa en el Anexo D.

*La categorización se realiza según el CIE-10. Según el DSM-5-TR es Esquizofrenia F20.9. Sobre los resultados del examen mental, las funciones e impulsos que tienen algún tipo de alteración se presentan los resultados en la Tabla 16. Las principales alteraciones corresponden a la afectividad (85.9%), actitud y pensamiento (82.8%). Estas funciones se ven alteradas en simultáneo, a consecuencia de que, como característica de la esquizofrenia es que haya distorsiones desde la sensopercepción hasta la respuesta conductual se va a alterar, además de generar un malestar emocional en la persona a pesar de no ser consciente de la enfermedad. Esbec y Echeburúa (2016) explican como las condiciones en las que se desarrolla la esquizofrenia puede repercutir en las alteraciones a nivel cognitivo, emocional y comportamental. Los resultados de la evaluación de las funciones alteradas se relacionan con el puntaje de calidad de vida de los pacientes y la discapacidad que pueden o no presentar.

Tabla 16*Alteraciones en las Funciones e Instintos de los Pacientes Inimputables*

| | Variables | N | % |
|--|------------------|----------|----------|
| | Afectividad | 55 | 85.9 |
| | Actitud | 53 | 82.8 |
| | Pensamiento | 53 | 82.8 |
| | Lenguaje | 48 | 75 |
| | Sensopercepción | 44 | 68.8 |
| Funciones Evaluadas en el Examen Mental | Consciencia | 43 | 67.2 |
| | Atención | 24 | 37.5 |
| | Orientación | 21 | 32.8 |
| | Motricidad | 10 | 15.6 |
| | Memoria | 7 | 10.9 |
| | Inteligencia | 5 | 7.8 |
| | Sueño | 37 | 57.8 |
| Instintos Evaluados en el Examen Mental | Vida | 18 | 28.1 |
| | Nutrición | 10 | 15.6 |
| | Sexualidad | 16 | 25 |

Correlación entre Variables vinculadas a Esquizofrenia

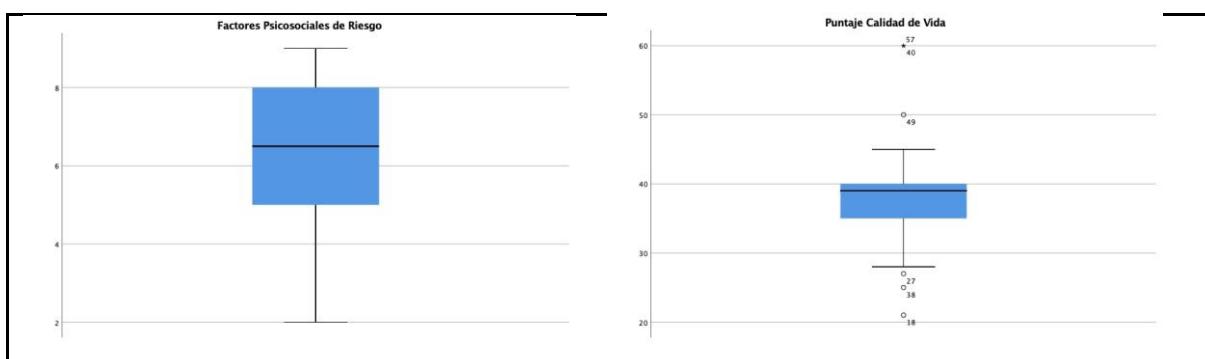
Para realizar el análisis de correlación primero se realizó un descriptivo de las dos principales variables empleadas para la correlación. En la figura 1 se presenta un diagrama de cajas y bigotes para visualizar de manera global sus puntajes. Se evidencia que la variable número de factores psicosociales de riesgo puntúa en los valores altos, lo que indica que los participantes presentaron muchos factores psicosociales de riesgo a la vez.

En cuanto a calidad de vida, los puntajes se ubicaron en los valores bajos, lo que representa que, de manera global, existió una percepción de baja calidad de vida. Debe recordarse que la calidad de vida es una variable vinculada a la esquizofrenia en vista de que la enfermedad necesariamente afecta al bienestar subjetivo.

Los factores psicosociales presentes pueden interferir también en la percepción de calidad, si se conjugan con los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. El bienestar subjetivo de quien padece esquizofrenia se puede alterar por todas las esferas de la vida en las que interfiere y se toma en cuenta si el paciente tiene o no acceso a un tratamiento adecuado.

Figura 1

Diagrama de cajas y bigotes de número de factores psicosociales de riesgo y calidad de vida



En la tabla 17 se presentan los resultados de la correlación entre el número de factores psicosociales de riesgo y variables vinculadas a la esquizofrenia como: edad de ingreso al Instituto, tiempo de internamiento, número de delirios, número de alucinaciones, cantidad de sustancias que consume, número de Funciones Mentales alteradas y calidad de vida.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el número de delirios ($\rho = .301$, $p = .016$). Por tanto, estas dos variables tienen una relación escasa y una dirección positiva, lo que indica que a medida que aumenta la calidad de vida, aumenta el número de delirios. Lo que mostraría que la esquizofrenia paranoide, que es el tipo de esquizofrenia con más delirios, sería la menos afectada en su calidad de vida en el Instituto de Neurociencias de la JBG.

La particularidad encontrada en estos 64 participantes puede explicarse por qué a pesar de que la esquizofrenia paranoide se caracteriza por delirios y alucinaciones, en general, se ha identificado que este tipo de esquizofrenia tiene un deterioro cognitivo menos grave que otros subtipos, como la esquizofrenia desorganizada o catatónica. Un estudio realizado por Dong et al. (2019) encontró que las personas con esquizofrenia paranoide tenían déficits cognitivos significativamente más bajos que las personas con otros subtipos de esquizofrenia. El estudio también encontró que las personas con esquizofrenia paranoide tenían una mejor calidad de vida que las personas con otros subtipos de esquizofrenia.

Según el estudio de Gaviria et al. (2020) en el que los resultados muestran una relación entre los síntomas psicopatológicos, funcionalidad cognitiva y la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia.

Tabla 17*Correlaciones entre Variables vinculadas a la enfermedad*

| | Número de factores psicosociales de riesgo | | Calidad de vida | |
|---|--|---------|-----------------|-------------|
| | Rho | p valor | Rho | p valor |
| Calidad de vida | -.035 | .782 | | |
| Edad de ingreso | -.101 | .428 | -.074 | .563 |
| Tiempo de internamiento | .096 | .450 | -.029 | .820 |
| Número de delirios | -.150 | .235 | .301* | .016 |
| Número de alucinaciones | -.031 | .806 | .200 | .113 |
| Número de sustancias que consume | .125 | .326 | .124 | .328 |
| Número de FMS alteradas | .125 | .326 | .201 | .111 |

Para complementar la información sobre la correlación encontrada, en la tabla 18 se presenta una comparación en el puntaje de la escala de calidad de vida según si los participantes presentan alucinaciones auditivas y delirio persecutorio. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje de calidad de vida en las personas que sí presentan alucinaciones auditivas ($p = .03$) y delirio persecutorio ($p = .006$).

Este dato puede entenderse de la funcionalidad de los síntomas positivos, como alucinaciones auditivas y delirio persecutorio, que podrían actuar como mecanismo de afrontamiento ante estresores contextuales, pues se ha indicado que las personas con esquizofrenia están expuestas a eventos estresores complejos que pueden desencadenar en los síntomas y desarrollo de la esquizofrenia.

Tabla 18*Puntaje Escala de Calidad de Vida y alucinaciones auditivas y delirio persecutorio*

| Variable | M | DE | p valor | U de Mann-Whitney |
|--------------------------------|----|-------|---------|-------------------|
| Alucinaciones auditivas | Sí | 38.98 | 6.93 | .03 |
| | No | 35.56 | 4.80 | |
| Delirio persecutorio | Sí | 39.40 | 7.20 | .006 |
| | No | 35.52 | 4.29 | |

Conclusiones

Resulta fundamental comprender que, como seres sociales, las personas responden a las características del sistema en el que se desarrollan. El entorno influye en el individuo, de tal manera que se forma un consenso para comprender la normalidad y la no normalidad, las reglas, los derechos, lo que se debe y no se debe hacer, así mismo las sanciones en caso de incumplir lo ordenado, entre otros que regulan la sociedad. Todo este conjunto de sistemas entrelazados va a conjugarse y crear un ecosistema en el que el ser humano se desarrolla, pero cuando este contexto no es favorable se pueden desencadenar complejas situaciones para los individuos que no encajan en el consenso de normalidad.

En este estudio, la mayoría de los pacientes declarados inimputables internados en el Instituto de Neurociencias entre 2013 y 2022 fueron hombres, con una media de 35.75 años, lo que se ubica en una adultez media, la mayoría son mestizos y provienen de Guayas, Los Ríos y Manabí.

Los factores psicosociales que se han identificado como de riesgo están estrechamente relacionados entre sí, se debe comprender como un sistema de engranajes que no funciona de manera óptima, si es que falta un factor o si se introduce un factor que no es esperado, en este caso el diagnóstico de esquizofrenia. Asimismo, cuando hay pobreza, presencia de violencia, consumo de sustancias, red de apoyo negligente, es altamente probable que no tenga un pronóstico favorable, dado que no hay las garantías necesarias para que haya un mínimo de adherencia al tratamiento en caso de poder acceder a uno.

Por los resultados se puede concluir que las familias de los pacientes del INC-JBG se consideran de riesgo, por el abuso y negligencia que han vivido los pacientes dentro de ese entorno, además de esto, que las personas vivan en zonas sin acceso a servicios básicos, educación, salud, acceso a trabajo formal y estable, es decir por la violencia estructural, la de cuál el Estado es responsable, tienen un pronóstico más desfavorable.

Los pacientes declarados inimputables tienen la característica de haber cometido delitos relacionados con agresiones a miembros del núcleo y también en el ámbito social. La gravedad de las agresiones determinará en qué tipo de delito serán juzgados, pero en general todos atentan contra la integridad física de otras personas, esto puede ser por los síntomas propios de la esquizofrenia, tiene la convicción que existe un riesgo y debe defenderse o debe cumplir una orden que consiste en agredir a otra persona.

Finalmente, de los pacientes con esquizofrenia declarados inimputables padecen del tipo paranoide, presentan delirios de persecución y tienen alucinaciones auditivas. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la calidad de vida con el número de delirios que tiene el paciente declarado como inimputable internado en el INC-JBG. Si se toma en cuenta que el tipo de esquizofrenia paranoide es la que tiene menos déficits

cognitivos y mejor calidad de vida. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la esquizofrenia es una enfermedad compleja y altamente variable, y los síntomas y el impacto en la vida de una persona pueden cambiar considerablemente entre uno y otro.

Recomendaciones y Limitaciones

En este estudio se han tenido las siguientes limitaciones:

Se tuvo acceso únicamente a las historias clínicas y a la plataforma SATJE para el análisis de los casos, sin embargo, no se pudo acceder a los expedientes judiciales en los que quizá pueda haber información más amplia.

Debido a la naturaleza del estudio no se tuvo contacto con los familiares y pacientes, por lo cual no fue posible comprender de manera profunda cada caso, como antecedentes completos, la irresponsabilidad familiar en el tratamiento, las recaídas, entre otros, únicamente se contempló lo que reposa en las historias clínicas.

No se ha podido obtener información del Ministerio de Salud Pública con la estadística real de los pacientes con trastornos mentales atendidos, por lo cual no es posible hacer un cálculo real del número de pacientes esquizofrénicos declarados inimputables en el Ecuador. El MSP hasta la presentación de este estudio no ha respondido a la solicitud de información.

Una vez concluida la investigación se recomienda:

En vista de que el CIE-11 ya se encuentra en vigencia desde enero de 2022, se recomienda actualizar su uso en el MSP en virtud de que hasta ahora se utiliza el CIE-10. Esta actualización es importante realizar debido a que en esta nueva versión se consideran nuevos especificadores en el curso de la esquizofrenia, criterios de daños cognitivos, especificadores de síntomas, entre otros.

Se necesita más investigación para dilucidar los mecanismos psicológicos que vinculan la esquizofrenia, los factores psicosociales de riesgo y la comisión de delitos para tener mejores planes de prevención, tratamiento y manejo de esta enfermedad multidimensional.

Por último, el presente estudio adopta un diseño transversal y no se pudo llegar a conclusiones firmes sobre las direcciones de causalidad. Sin embargo, según esta investigación, no existen estudios que hayan valorado este tema en el contexto ecuatoriano. Los hallazgos se consideran preliminares. A medida que aumenta el número de pacientes con esquizofrenia paranoide, es necesario seguir estudiando los fenómenos sociales que conducen al desarrollo de la enfermedad para construir actividades de prevención del delito, así como contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Referencias

- Aguilar, E. (2020). *Relación entre esquizofrenia y deterioro cognitivo en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, año 2019*. [Tesis de Especialización Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21135/3/T-UCE-0006-CME-205-P.pdf>
- American Psychiatric Association. (2021). *The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*, 3r edition. American Psychiatric Publishing. DOI: 10.1176/appi.books.9780890424841
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition revised, DSM-5-TR*. American Psychiatric Publishing. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787
- Asociación Americana de Psicología [APA]. (2017). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Audiffred, R., González, L., García de Alba, J., Sandoval, K., Almaraz, B. (2022). El funcionamiento social en la esquizofrenia y la alta emocionalidad expresada desde una perspectiva familiar. *Psicumex* 12(1), 1-25, e465. DOI:10.36793/psicumex.v12i1.465
- Avilés, G. (2014). Caracterización de pacientes con esquizofrenia. *Medisan* 18(5), 616-619. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500002
- Benavides-Portilla, M., Beitia-Cardona, P., Osorio-Ospina, C. (2016). Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. *Revista de Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 3(2), 146-160. DOI: 10.24267/23897325.184
- Bernardo, M. y Bioque, M. (30 de noviembre de 2022). *Causas y factores de riesgo de la Esquizofrenia*. Clínic Barcelona. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/esquizofrenia/causas-y-factores-de-riesgo>
- Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W., Schneider-Thoma, J., Sifaris, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T., Barbui, C. y Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969-980. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00243-1
- Bohórquez, Z. y Orellana, C. (2019). La Inimputabilidad y Medidas de Seguridad en el Sistema de Justicia Ecuatoriano. En Maffioletti, F., Díaz, V. y Maris, S. (Eds.), *Psicología Jurídica, Derechos Humanos y Derecho Penal* (1.^a ed., pp. 189-201). Ediciones de la

- U. <https://vlex.com.co/vid/inimputabilidad-medidas-seguridad-sistema-820984053>
- Boussard, P. (2020). *Estrés psicosocial: incidencia en el inicio y curso de la esquizofrenia* [Tesis de pregrado, Universidad de la República Uruguay]. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26180/1/tfg_pboussard.pdf
- Bronfenbrenner, U. (2023). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós
- Charry, J. (2021). *Factores de riesgo psicosociales que influyen en la esquizofrenia en jóvenes de 18 a 26 años: revisión documental* [Tesis de pregrado, Universidad Antonio Nariño]. http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/5921/2/2021_JenniferTatianaCharryAlarc%C3%B3n.pdf
- Código Orgánico Integral Penal [COIP]. (2014.) Registro oficial 180 de 10 de febrero de 2014 (Ecuador). https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/03/COIP_act_feb-2021.pdf
- Consejo de la Judicatura. (18 de enero de 2016). Resolución CJ-DG-2016-10. *Guía para el conocimiento de delitos cometidos por personas con trastornos mentales*. <https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/1548/1/Resoluci%C3%B3n%20CJ-DG-2016-10.pdf>
- Constitución de la República del Ecuador [Const]. 20 de octubre de 2008 (Ecuador).
- Constanza-Peretto M., Medina-Dávalos R. y Calderón-Rivera D. (2019). Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, en un ámbito de tratamiento rehabilitadorio. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*. 6, 31-37. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2019/sje191e.pdf>
- Díaz, C., Otálvaro, M., Corzo, J., Vélez, P. y Zapata, J. (2023). Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas de un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de una institución de salud mental de Medellín, Antioquia. *Med UPB* 42(1), 10-19. DOI:10.18566/medupb.v42n1.a03
- Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Y.-S., Ng, C., Ungvari, G., Li, G., Meng, X., Wang, G. y Xiang, Y. (2019). Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Comparative Studies. *Psychiatric Quarterly*. DOI: 10.1007/s11126-019-09633-4
- Domínguez, M. (2017). *Calidad de vida en esquizofrenia*. [Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46953/1/T39753.pdf>
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, (26), 70-79. DOI: 10.1016/j.apj.2015.12.001
- Espinoza, D., Sosa, C., Espinoza, E. y Sierra, M. (2015). Factores asociados a la esquizofrenia en pacientes atendidos en el hospital psiquiátrico Mario Mendoza,

- Honduras. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 12(2), 10-18.
<http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2015/pdf/RFCMVol12-2-2015-3.pdf>
- Fuentes, M. y Fernández, E. (2016). La esquizofrenia en el medio penitenciario. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (36)130, 405-420. DOI: 10.4321/S0211-57352016000200007
- Gaviria, A., Queralt, G., Martínez, M., Novillo, L., Salcedo, N. y Vilella, E. (2020). Relación entre funcionamiento cognitivo y el perfil sintomático con la calidad de vida de pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia. *Medicina UPB*, 39(1), 31–41. <https://doi.org/10.18566/medupb.v39n1.a06>
- González, S., Felipe, M., Llanes, Y., Oliva, I. y Moreno, R. (2015). Factores de riesgo del deterioro cognitivo en esquizofrénicos y en pacientes epilépticos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* 12(2).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2015/hph152d.pdf>
- González-Pérez, B., Salas-Flores, R., de León-Escobedo, R., Carrillo-Aguiar, A. y Salas-Galarza, A. (2019). Costo de la atención ambulatoria para esquizofrenia en Medicina Familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 57(4), 213-217.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2019/im194d.pdf>
- Gutiérrez, J. (2013). *Perfil de los pacientes ingresados por Causas Judiciales en el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica durante los años 2009 al 2010* [Tesis de Posgrado, Universidad de Costa Rica].
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis41.pdf>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Education.
- Herrera, A. y Sanyer, A. (2020). *Consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019* [Trabajo de titulación Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15381/1/T-UCSG-PRE-MED-1034.pdf>
- Hodann, R. (2021). *Factores psicosociales relacionados con la recuperación en la esquizofrenia: trauma en la infancia, regulación emocional y apego* [Tesis de Doctorado, Universidad complutense de Madrid].
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/70631/1/T43062.pdf>
- Instituto de Neurociencias. (s.f.). *Misión, Visión y Valores*. Junta de Beneficencia de Guayaquil. <https://institutoneurociencias.med.ec/nosotros/mision>
- Insuasti, M. y Castillo, J. (2023). Esquizofrenia. Fases, etiología, factores de riesgo y diagnóstico. *Revista E-IDEA 4.0 Revista Multidisciplinar* 5(14), 12-21. DOI: 10.53734/mj.vol5.id257

- Kim, H., Park, H., Seo, E., Bang, M., Song, Y., Lee, S., Kim, K., Park, J., Kang, J., Lee, E., y An, S. (2019). Factors Associated With Psychosocial Functioning and Outcome of Individuals With Recent-Onset Schizophrenia and at Ultra-High Risk for Psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 10, (459), 1-11. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00459
- Liu, J., Abdin, E., Verma, S., Sim, K., Chong, S. y Subramaniam, M. (2019). Clarifying pathways to poor psychological health: The mediating role of psychosocial factors in the relationship between general psychopathology and quality of life impairment in patients diagnosed with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 1-12. DOI: 10.1002/jclp.22747
- Martínez-Cardona, M., Estrada González, C., Vélez-Velásquez, A., Muñoz-Avendaño, N., López, J., Bermeo, M. y Toconas-Morea, V. (2020). Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39 (5), 643-653. DOI: 10.5281/zenodo.4262890
- Ministerio de Salud Pública. (25 de julio de 2014). Acuerdo Ministerial 4927. *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental.* https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Estrategico-Nacional-de-Salud-Mental-con-Acuerdo_compressed.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (26 de abril de 2017). Acuerdo Ministerial 0056. *Norma para la atención integral a personas declaradas inimputables por trastorno mental.* https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/norma_inimputables_por_trastornos mentales.compressed.pdf
- Misra, G. (Ed.). (2018). *Psychosocial Interventions for Health and Well-Being*. Springer New Delhi. <https://doi.org/10.1007/978-81-322-3782-2>
- Nachar, R., Castañeda, C., Mena, C. y Gonzalez, A. (2018). *Aspectos básicos del examen mental. Psiquiatría 1 y 2. 5º año de medicina.* Universidad Finis Terrae. <https://medfinis.cl/img/manuales/examen-mental-uft.pdf>
- Nolen-Hoeksema, S. (2020). *Abnormal Psychology*. McGraw Hill Education.
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Quílez, J. (2016). Variables predictivas de violencia en pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un hospital psiquiátrico [Tesis de Doctorado, Universitat de Barcelona].

- https://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/102191/6/JQiJ_TESIS.pdf
- Recalde, S., Torales, J. y Arce, A. (2015). Esquizofrenia y Violencia. *Revista Paraguaya de Psiquiatría*, 3(1), 57-66.
https://www.researchgate.net/publication/305318032_Esquizofrenia_y_violencia#fullTextContent
- Ribé, J. (2014). *El cuidador principal del paciente con esquizofrenia: Calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional* [Tesis de Doctorado, Universitat Ramon Llull].
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/146134/tesis%20doctorado%20ribe.pdf?sequence=1>
- Romero, J. y Molina, J. (2019). Esquizofrenia y delincuencia: análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo entre 2008 y 2018. *Revista Internacional Jurídica y Empresarial* (2), 81-126. DOI: 10.32466/eufv-r.i.j.e.2019.2.538.81-126
- Sánchez-Salcedo, J., Arboleda, M., Montes, M., Castrillón, M., Ríos, S. y Soto, A. (2018). Perfil social y económico de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en Cali. *Revista de Sociología* 33(1), 58-76. DOI: 10.535/0719-529X.2018.51850
- Sperry, L., Carlson, J., Duba Sauerheber, J. y Sperry, J. (2015). *Psychopathology and Psychotherapy DSM-5 Diagnosis, Case, Conceptualization, and Treatment*. Routledge.
- Trenoweth, S. (2017). Strengths and Mental Well-Being. En Trenoweth, S. y Moone, N (Eds.), *Psychosocial Assessment in Mental Health* (pp. 64-75). SAGE.
- Vecino, L., Estupiñán, N., Rodríguez, E., y Gallardo, A. (2018). Esquizofrenia paranoide y peritación psiquiátrica forense. Presentación de un caso. *Cuadernos de Medicina Forense*, 24(1-2), 39-42.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062018000100039

Anexos**Anexo A.** Formulario psicosociodemográfico y judicial

| Datos de identificación o información sociodemográfica | |
|---|---|
| 1 | Código |
| 2 | Sexo |
| 3 | Edad |
| 4 | Estado Civil |
| 5 | Autoidentificación Étnica |
| 6 | Ocupación |
| 7 | Nivel Socioeconómico |
| 8 | Valor de ingresos económicos mensuales |
| 9 | Escolaridad |
| 10 | Tiempo de internamiento (Días) |
| 11 | Antecedente familiar de esquizofrenia |
| 12 | Lugar de procedencia |
| 13 | Zona Territorial del MSP |
| 14 | Provincia |
| 15 | Antecedente de vivir en hacinamiento |
| 16 | Servicios que dispone en el hogar |
| 17 | El paciente ha sido víctima de violencia |
| 18 | La persona recibía visitas mientras estuvo en internamiento |
| Datos del desarrollo de la enfermedad | |
| 19 | Diagnósticos de egreso CIE-10 |
| 20 | Tipo de esquizofrenia |
| 21 | Delirio erotomaníaco |
| 22 | Delirio de grandeza |
| 23 | Delirio persecutorio |
| 24 | Delirio celotípico |
| 25 | Delirio somático |
| 26 | Alucinaciones visuales |
| 27 | Alucinaciones auditivas |
| 28 | Alucinaciones táctiles |
| 29 | Alucinaciones propioceptivas |
| 30 | Alucinaciones somático-olfativas |
| 31 | Actitud |
| 32 | Consciencia |
| 33 | Atención |
| 34 | Lenguaje |
| 35 | Orientación |
| 36 | Pensamiento |
| 37 | Memoria |
| 38 | Inteligencia |
| 39 | Afectividad |
| 40 | Motricidad |
| 41 | Sensopercepción |
| 42 | Sueño |
| 43 | Vida |
| 44 | Nutrición |
| 45 | Sexualidad |
| Información relacionada con los delitos cometidos | |

| | |
|----|---|
| 46 | Durante la comisión del delito, ¿se encontraba bajo tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico? |
| 47 | Durante la comisión del delito, ¿se encontraba bajo el efecto de sustancias? |
| 48 | Cafeína |
| 49 | Cannabis |
| 50 | Alucinógenos |
| 51 | Inhalantes |
| 52 | Alcohol |
| 53 | Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos |
| 54 | Estimulantes |
| 55 | Tabaco |
| 56 | Opiáceos |
| 57 | Tipo de delito de acuerdo con lo registrado en el proceso |
| 58 | ¿Qué delito o delitos cometió por los que fue procesada de acuerdo con lo registrado en el proceso? |
| 59 | Ambito donde se suscitó el delito |
| 60 | Relación entre el victimario y la víctima |
| 61 | Durante la comisión del delito, ¿qué tipo de instrumentos utilizó? |
| 62 | ¿Posee antecedentes delictivos? |

Anexo B. Problemas relacionados con el entorno social

| | Variables | N | % |
|---------------------------------|--------------------------------|----|------|
| Lugar de procedencia | Urbano | 50 | 76.9 |
| | Rural | 13 | 20 |
| | Extranjero | 2 | 3.1 |
| Zona Territorial del MSP | Zona 1 | 5 | 7.7 |
| | Zona 6 | 4 | 6.2 |
| | Zona 7 | 4 | 6.2 |
| | Zona 3 | 3 | 4.6 |
| | Zona 9 | 1 | 1.5 |
| Provincia | El Oro | 4 | 6.2 |
| | Imbabura | 3 | 4.6 |
| | Cañar | 2 | 3.1 |
| | Santo Domingo de los Tsáchilas | 2 | 3.1 |
| | Azuay | 2 | 3.1 |
| | Esmeraldas | 2 | 3.1 |
| | Chimborazo | 1 | 1.5 |
| | Bolívar | 1 | 1.5 |
| | Cotopaxi | 1 | 1.5 |
| | Galápagos | 1 | 1.5 |
| | Pichincha | 1 | 1.5 |
| | Tungurahua | 1 | 1.5 |

Anexo C. Desarrollo de la esquizofrenia

| | Variables | N | % |
|------------------------------|--------------------------------|----------|----------|
| Tipo de Esquizofrenia | Tipo desorganizado | 2 | 3.1 |
| | Esquizofrenia, no especificada | 2 | 3.1 |
| | Tipo simple | 2 | 3.1 |
| | Otro tipo de esquizofrenia | 1 | 1.5 |
| Tipo de delirio | De control | 11 | 16.9 |
| | De grandeza | 8 | 12.3 |
| | Celotípico | 7 | 10.8 |
| | Erotomaníaco | 4 | 6.2 |
| | De contenido somático | 2 | 3.1 |

Anexo D. Caracterización Judicial

| | Variables | N | % |
|--|---|----|------|
| Tipo de delito registrado en el proceso | Delitos contra la inviolabilidad de la vida | 13 | 20 |
| | Delito contra la integridad sexual y reproductiva | 10 | 15.4 |
| | Delitos contra la integridad personal | 13 | 20 |
| | Delitos contra la eficiencia de la administración pública | 6 | 9.2 |
| | Delitos contra el derecho a la propiedad | 6 | 9.2 |
| | Contravención de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar | 3 | 4.6 |
| | De los delitos contra la vida | 3 | 4.6 |
| | Delitos contra el derecho a la propiedad | 3 | 4.6 |
| | Delitos contra la vida | 2 | 3.1 |
| | Contravenciones | 2 | 3.1 |
| | Delitos contra la estructura del Estado Constitucional | 1 | 1.5 |
| | Contravenciones de tercera clase | 1 | 1.5 |
| | Delitos contra la seguridad pública | 1 | 1.5 |
| | Delitos contra la libertad personal | 1 | 1.5 |
| Delito por el que ha sido juzgado | Lesiones | 9 | 13.8 |
| | Tentativa de asesinato | 9 | 13.8 |
| | Incumplimiento de decisiones legítimas de autoridad competente | 6 | 9.2 |
| | Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar | 5 | 7.7 |
| | Abuso sexual | 5 | 7.7 |
| | Tentativa de violación | 4 | 6.2 |
| | Robo | 4 | 6.2 |
| | Daño a bien ajeno | 3 | 4.6 |
| | Asesinato | 3 | 4.6 |
| | Homicidio | 3 | 4.6 |
| | Intimidación | 3 | 4.6 |
| | Tenencia y porte de armas | 2 | 3.1 |
| | Contravenciones de cuarta clase | 2 | 3.1 |
| | Violación | 1 | 1.5 |
| | Acoso Sexual | 1 | 1.5 |
| | Violencia psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar | 1 | 1.5 |
| | Estafa | 1 | 1.5 |
| Relación entre el victimario y la víctima | Pendencias o algazaras nocturnas | 1 | 1.5 |
| | Tentativa de homicidio simple | 1 | 1.5 |
| | Secuestro | 1 | 1.5 |
| | Otros familiares | 5 | 7.7 |
| | Pareja | 4 | 6.2 |

| | | | |
|---|----------------------|----|------|
| Durante la comisión del delito, ¿qué tipo de arma utilizó? | Fuerza física | 33 | 50.8 |
| | Arma cortopunzante | 13 | 20 |
| | Objetos contundentes | 13 | 20 |
| | Arma de fuego | 4 | 6.2 |
| | Corto contundentes | 2 | 3.1 |