

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster de Psicología General Sanitaria
2023 - 2025

**Factores de Riesgo y Protección de la Conducta Suicida en
Personas con Experiencias Psicóticas**

Revisión Sistemática

Alberto Martín Montero

Oviedo, enero 2025

Índice

Resumen	5
Abstract.....	5
1. Introducción.....	7
1.1. La Conducta Suicida	7
1.1.1. Factores de Riesgo y Protección para la Conducta Suicida	12
1.2. Personas con Experiencias Psicóticas	14
1.2.1. ¿Qué se Entiende por Psicosis?.....	15
1.2.2. Perspectiva Contextual-Fenomenológica de las Experiencias Psicóticas	16
1.2.3. Factores de Riesgo y Protección para la Psicosis.....	17
1.3. Psicosis y Conducta Suicida.	18
1.4. Objetivos.....	21
2. Método.....	22
2.1. Criterios de selección.....	22
2.2. Proceso de selección.	23
3. Resultados.....	25
3.1. Resultados: Prevalencias.....	26
3.2. Resultados: Factores de Riesgo y Protección	27
3.2.1. Acontecimientos Vitales	27
3.2.2. Problemas de Salud Mental.....	27
3.2.3. Psicosis, Temporalidad y Curso	27
3.2.4. Factores Demográficos.....	28
3.2.5. Tratamiento	28
3.2.6. Personalidad y Diferencias Individuales	29
3.2.7. Factores Sociales	29

3.2.8. Factores Cognitivos.....	30
3.2.9. Factores Familiares	30
3.2.10. Factores Asociados a la Conducta Suicida Previa	30
3.2.11. Factor Químico-Biológico.....	31
3.2.12. Salud Física	31
3.2.13. Experiencias Cercanas a la Psicosis	31
3.2.14. Síntesis	31
4. Discusión	50
4.1. Limitaciones.....	56
5. Conclusiones.....	57
6. Referencias	58
Anexo I.....	71
Anexo II.....	72

Índice de Figuras

Figura 1. Espectro o Continuo de Expresiones de la Conducta Suicida	9
Figura 2. Diferentes Elementos de la Conducta Suicida y su Contexto	11
Figura 3. Enfoque de Salud Pública en Intervención sobre el Espectro de Conductas Suicidas.....	12
Figura 4. El Estigma en Salud Mental	20
Figura 5. Papel de los “Problemas de la Vida”, “Síntomas” y “Estigma” en el Sufrimiento Humano y Suicidio	21
Figura 6. Diagrama de Flujo del Proceso de Selección Artículos	24

Índice de Tablas

Tabla 1. Conceptos de Interés para Entender las Expresiones de la Conducta Suicida ...	9
Tabla 2. Factores de Riesgo y Protección para la Conducta Suicida.....	13
Tabla 3. Factores de Riesgo y Protección para la Psicosis	17
Tabla 4. Resultados de la Revisión.....	33
Tabla 5. Detalles de la Búsqueda	71
Tabla 6. Número de Estudios por Factor de Riesgo o Protección Encontrados.....	72

Resumen

Antecedentes: el suicidio está considerado uno de los grandes problemas Salud Pública, constituyendo una de las principales causas de muerte (unas 800000 muertes por año). Acorde a la literatura científica, las personas que han recibido un diagnóstico de psicosis constituyen un grupo más vulnerable para la conducta suicida. En torno a un 10% de estas personas muere por suicidio.

Objetivo: realizar una revisión sistemática de la literatura con el fin de obtener evidencias sobre los posibles factores de riesgo que afectan a esta relación y aquellos factores de protección que pueden ayudar a prevenirla. Igualmente, interesa conocer cifras de prevalencia que aclaren el alcance del fenómeno. Se utilizaron las bases de datos *Scopus*, *Web of Science*, *PubMed* y *PsycInfo*. Se siguió la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

Resultados: como factores de riesgo destaca el experimentar acontecimientos vitales negativos (consumo de sustancias y vivir adversidades en la infancia), otros problemas de salud mental (depresión), el curso de la psicosis (momentos iniciales) y factores demográficos (mayor riesgo en los jóvenes). Los principales factores de protección fueron recibir tratamiento (particularmente con clozapina) y los elementos sociales (apoyo social).

Palabras Clave: conducta suicida, psicosis, factores de riesgo, factores de protección, revisión sistemática.

Abstract

Background: suicide is considered one of the major Public Health problems and is one of the leading causes of death (approximately 800,000 deaths per year). According to the scientific literature, individuals diagnosed with psychosis represent a group more vulnerable for suicidal behavior. Around 10% of these individuals die by suicide.

Objective: to conduct a systematic review of the literature to gather evidence on the possible risk factors influencing this relationship and the protective factors that may help prevent it. Additionally, this study aims to provide prevalence figures to clarify the scope of the phenomenon. The databases used include *Scopus*, *Web of Science*,

PubMed, and *PsycInfo*. The review followed the *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines*.

Results: The main risk factors identified include experiencing negative life events (substance use and childhood adversities), other mental health issues (depression), the course of psychosis (early stages), and demographic factors (higher risk among younger individuals). The primary protective factors were receiving treatment (particularly with clozapine) and social elements (social support).

Keywords: Suicidal behavior, psychosis, risk factors, protective factors, systematic review.

1. Introducción

El suicidio y la psicosis, la psicosis y el suicidio son, probablemente, dos fenómenos que constituyen uno de los mayores retos para los profesionales de salud mental. Seguramente, esto se relacione con el desconocimiento y el estigma asociado a ambos, pues conectan, directamente, con problemas existenciales, como son la muerte y el miedo cultural a lo que, coloquialmente, se denominó como “locura”. A ello se une la disparidad de modelos de trabajo en la conceptualización de ambos fenómenos.

1.1. La Conducta Suicida

La conducta suicida supone un problema de Salud Pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente, 800000 personas mueren por suicidio cada año en todo el mundo (OMS, 2014). El suicidio supone una de las principales causas de muerte en jóvenes y adolescentes y constituye la primera causa de muerte externa (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2024). En España, en el año 2023, fallecieron por suicidio, según datos oficiales, 4116 personas (Instituto Nacional de Estadística, 2024, 17 de diciembre).

No obstante, estas cifras suponen una infraestimación del fenómeno, así como ponen de manifiesto déficits en sus registros. Pero, sobre todo, no arrojan una verdadera luz sobre el complejo fenómeno que supone el suicidio y todas aquellas conductas, procesos y consecuencias que se aglutinan en torno a él (García-Haro et al., 2023).

En las últimas décadas, el abordaje de los problemas de salud mental ha estado guiado por el modelo biomédico y la conducta suicida no ha sido una excepción. Esto ha llevado a la búsqueda de una serie de signos y síntomas (García-Haro et al., 2023), junto a la extendida idea de que entre el 90 y 95% de las personas fallecidas por suicidio padecían un trastorno psiquiátrico (Gómez-Durán et al., 2016; García-Haro et al., 2020; García-Haro et al., 2023; Rodríguez-Paz, 2024). No obstante, dicha idea parte de estudios de autopsia psicológica, basándose en indicios y reconstrucciones tras el fallecimiento cuando su causa no es evidente (García-Haro et al., 2020). Sin embargo, ello no da cuenta de las verdaderas causas y drama existencial que han llevado a la persona a tal desenlace, por tanto, sería necesario acudir a su contexto y a su biografía (García-Haro et al., 2018; García-Haro et al., 2020). Además, estudios posteriores de autopsia psicológica han recogido datos diferentes, encontrando que tan solo el 45,5%

de la muestra estudiada (en España) presenta un diagnóstico psiquiátrico previo (Gómez-Durán et al., 2016). Estudios similares en países asiáticos (China e India) han encontrado cifras entre el 40%-50% (Pridmore, 2014).

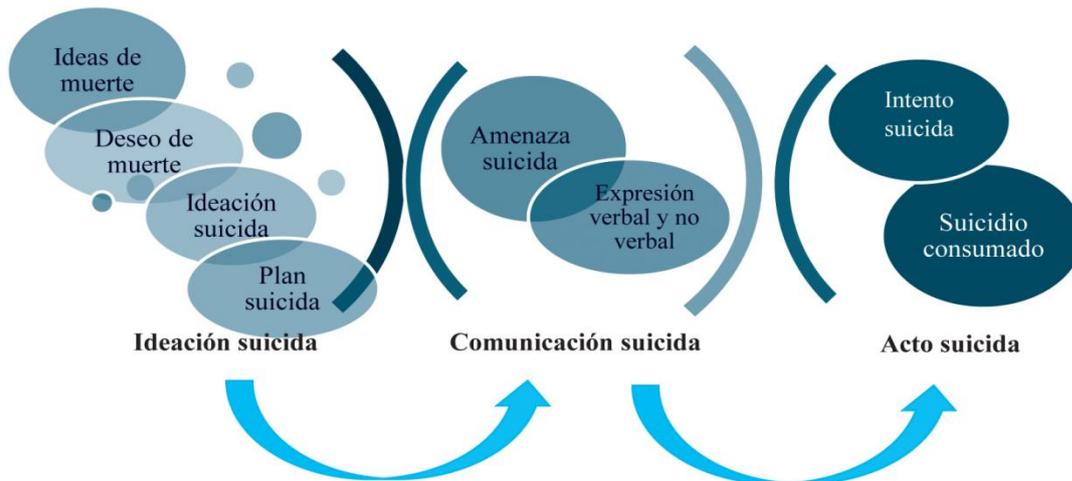
Para tratar de conceptualizar los argumentos aquí expuestos, es necesario acudir a la definición de suicidio. Sin embargo, no existe consenso en la nomenclatura y conceptualización sobre lo que el fenómeno implica (Al-Halabí y García Haro, 2021). Ante ello, se exponen varias definiciones, desde diversas perspectivas:

- La OMS propone la definición más extendida: “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (OMS, 1986). Esta gira en torno a la “agencia, conocimiento de un resultado fatal, intención y resultado” (García-Haro et al., 2023, p. 39), pero no considera todo el espectro de conductas implicadas, pudiendo clasificarlas en ideación suicida, comunicación suicida y acto suicida (Fonseca-Pedrero, 2020).
- Sistemas diagnósticos: la CIE-11 de la OMS, mantiene el suicidio como un evento ligado a otras condiciones (trastorno depresivo, TLP), aunque si hace una distinción entre diferentes manifestaciones de conducta suicida (Al-Halabí y García Haro, 2021). En cuanto al DSM-5-TR de la APA, se ha incluido como “condición para estudio adicional”, bajo el término de “Trastorno de Conducta Suicida” (Fehling y Selby, 2021; American Psychiatric Association, 2022) y vendría dado por los siguientes criterios:
 - A. En los últimos 24 meses, la persona ha intentado suicidarse [...].
 - B. La acción no cumple los criterios de autolesión no suicida [...].
 - C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida ni a actos preparatorios [...].
 - D. La acción no se inició durante un estado de delirio o confusión.
 - E. La acción no se realizó, únicamente, con un fin político o religioso.(American Psychiatric Association, 2022, p. 921)
- Por último, se presenta una perspectiva contextual-funcional-fenomenológica-existencial del suicidio (Al-Halabí y García-Haro, 2021; García-Haro, et al., 2023; Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2024). Para ello, se ha de considerar todo

el espectro o continuo de manifestaciones de la conducta suicida, como se puede ver en la Figura 1. Posteriormente, se definirán algunos términos de interés (véase Tabla 1) y, en el siguiente apartado, se desarrollará la mencionada perspectiva y su adecuación al fenómeno.

Figura 1:

Espectro o Continuo de Expresiones de la Conducta Suicida



Nota. Se trata de un proceso “complejo, multidimensional y multicausal” (García-Haro et al., 2023), no lineal (no tienen por qué aparecer todas ellas). Tomado de Fonseca-Pedrero y Pérez-Albeñiz (2020).

Tabla 1

Conceptos de Interés para Entender las Expresiones de la Conducta Suicida

Suicidio	“Terminar intencionalmente con la propia vida”.
Comportamiento suicida	“Comportamientos que pueden terminar con la vida de uno, resulten fatales o no. Este término excluye la ideación suicida”.
Intento de suicidio	“Comportamiento autodestructivo y no fatal con intención inferida o actual de morir”.
Ideación suicida	“Cualquier pensamiento sobre el fin de la propia vida. Puede ser activo, con un claro plan de suicidio, o pasivo, con pensamientos sobre el deseo de morir”.

Nota. Tomado de Turecki et al. (2019).

El enfoque contextual fenomenológico pone el foco en el individuo y las circunstancias en que se desarrolla y ha desarrollado su vida¹ (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2022). En este punto, el suicidio quedaría conceptualizado como una “acción decisión en un contexto vital-biográfico” (García-Haro et al., 2023, p. 52).

Así pues, la clave de la conducta suicida vendría determinada por las experiencias vitales (maltrato, abuso sexual, contexto familiar problemático, duelo, rupturas de pareja, problemas laborales/económicos, enfermedad...) y la falta de propósito o sentido vital. Por tanto, la base del suicidio es el sufrimiento o los denominados “problemas de la vida” que menciona Pérez-Álvarez (2021).

En definitiva, el suicidio sería una acción extrema ante una “situación límite” donde la respuesta más adecuada que encuentra la persona es poner fin a su vida (García-Haro et al., 2023). Supone un intento de huida ante un dolor experimentado como “insostenible, ineludible e inescapable” (Chiles et al., 2019, p. 79).

Así, la conducta suicida sería una forma de evitación/escape de esta situación de desesperanza, vacío, carga y, en definitiva, sufrimiento (O’Connor, 2021; García-Haro et al., 2018; García-Haro et al., 2023). Sin embargo, el fin último de la persona que se suicida no suele ser acabar con su vida, sino con el sufrimiento que experimenta (García-Haro et al., 2018). Esta acción supone una “solución” definitiva a un problema transitorio (aunque su protagonista no lo experimente así) (García-Haro et al., 2023).

Por otro lado, en cuanto a su asociación con los trastornos mentales, pese a que en muchos estudios se considera que es una relación causal donde, aproximadamente, el 90% de las personas que se suicidan presentan algún problema de salud mental, desde esta perspectiva se realiza una lectura crítica. Estas “etiquetas” solo serían un factor de riesgo más e indicador del sufrimiento de la persona. De acuerdo a García-Haro et al. (2018) “tanto la clínica psicopatológica como la ideación-conducta suicida pueden estar causadas ambas por la misma situación existencial-mundana latente, siendo por tanto dos caras de la misma moneda” (p. 390).

Así, en este marco, la terapia y, por tanto, la relación terapéutica debe caracterizarse por la concepción de la conducta suicida como problema vital biográfico,

¹ Mundo-de-la-vida: postulado de la fenomenología, se centra en la “recuperación de la experiencia vivida, del sentido y la historia” (García-Haro et al., 2018, p. 383).

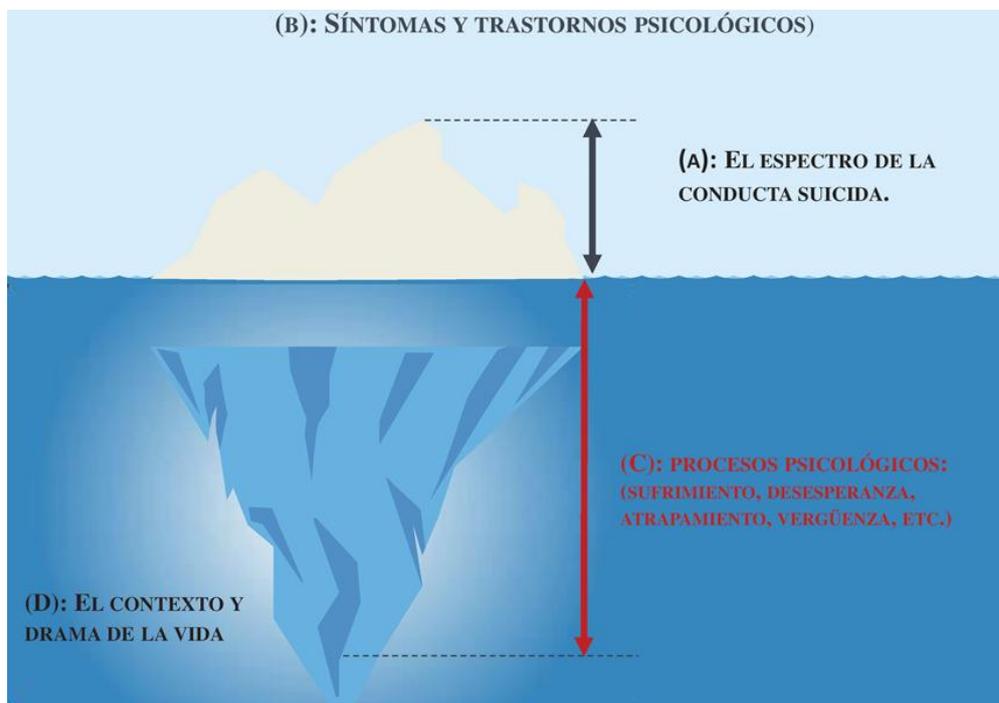
no como síntoma de un trastorno, en una relación que provea de validación, aceptación, cuidado, pertenencia, acompañamiento y colaboración en la construcción de su proceso (Al-Halabí y García-Haro, 2021; García-Haro et al., 2023).

Las buenas prácticas clínicas establecen que la conducta suicida debe ser abordada de forma específica, en presencia o ausencia de otras etiquetas diagnósticas (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023). La ideación y conducta suicida radica de las circunstancias vitales, presentes y pasadas y desesperanza hacia las futuras. Por tanto, los fármacos (aparte de inespecíficos) supondrían, en palabras de García-Haro et al. (2018), “un estado de hibernación química a la espera de que las condiciones negativas de vida escampen” (p. 392). Además, cuando no resulte efectivo/surjan efectos secundarios, puede aumentar el riesgo de conductas suicidas, por lo que es imprescindible tener precaución en el uso de fármacos (Reyes-Ortega y Strosahl, 2020).

En definitiva, es preciso centrarse en todo aquello que rodea la pequeña porción visible de la problemática (véase Figura 2 y Figura 3), ya que lo contrario sería reduccionista e insuficiente.

Figura 2

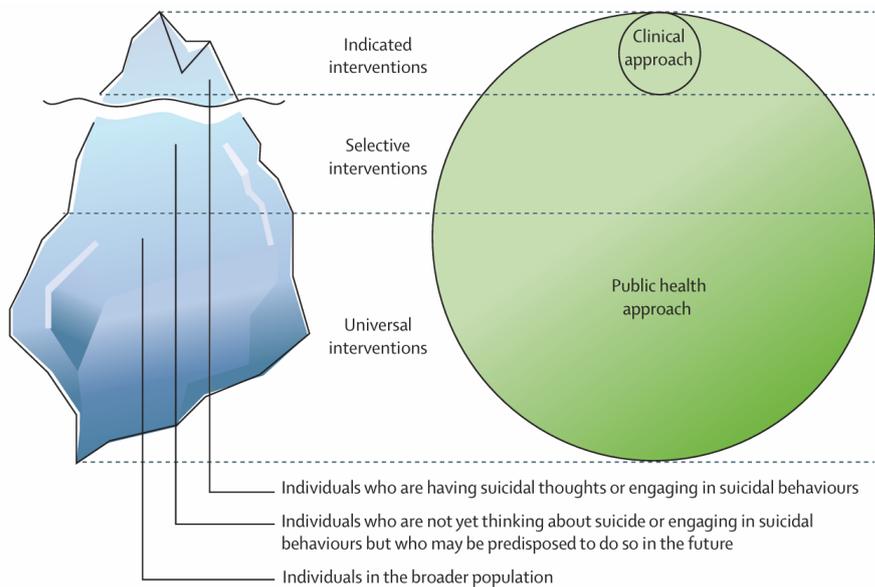
Diferentes Elementos de la Conducta Suicida y su Contexto



Nota. Tomado de Zaldívar-Basurto et al. (2023).

Figura 3

Enfoque de Salud Pública en la Intervención sobre el Espectro de Conductas Suicidas



Nota. Tomado de Hawton y Pirkis (2024).

1.1.1. Factores de Riesgo y Protección para la Conducta Suicida

A continuación, en la Tabla 2, se expone una compilación de todos los factores de riesgo y protección para la conducta suicida (en población general) hallados en la literatura. Se hace de forma esquemática para facilitar su visualización. Se puede apreciar la importante influencia de los factores contextuales (casi no se encuentra evidencia de factores biológicos), así como el elevado número de factores de riesgo frente a los de protección. Aunque se podría asumir que son los mismos, pero con símbolos o extremos opuestos, no siempre es así. Es necesaria más literatura científica centrada en los factores de protección (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2024).

Tabla 2

Factores de Riesgo y Protección para la Conducta Suicida

Factores de Riesgo	Factores de protección
Personalidad y diferencias individuales	
<ul style="list-style-type: none"> - Desesperanza - Impulsividad - Perfeccionismo y autocrítica² - Alto nivel de neuroticismo y bajo nivel de extroversión - Pesimismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Optimismo - Resiliencia³
Factores cognitivos	
<ul style="list-style-type: none"> - Rigidez/inflexibilidad cognitiva⁴ - Rumiación⁵ - Supresión del pensamiento⁶ - Sesgos en la memoria autobiográfica - Pertenencia frustrada y carga - Insensibilidad ante lesiones/dolor/muerte - Dificultad en resolución de problemas y afrontamiento - Agitación/Ansiedad - Asociación implícita “muerte y el yo” - Sesgos atencionales a estímulos de suicidio - Ausencia de pensamiento positivo del futuro - Ajuste de objetivos - Pocas razones para vivir - Derrota y atrapamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de pertenencia - Habilidades de resolución de problemas - Buen autoconcepto - Habilidades sociales - Apertura - Actitudes y valores positivos hacia la vida - Elevado nivel educativo - Locus de control interno
Factores sociales	
<ul style="list-style-type: none"> - Transmisión social - Modelado - Contagio - Atracción entre iguales - Exposición a muertes por suicidio de otras personas 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo familiar - Integración en el entorno social - Creencias religiosas - Asunción de valores y tradiciones - Restricción de acceso a medios letales

² Autocrítica: entendida como la internalización del perfeccionismo, en cuanto atribuciones de expectativas poco realistas del entorno sobre uno (O'Connor y Nock, 2014).

³ Resiliencia: “cualidades que permiten a uno prosperar frente a la adversidad” (Connor y Davidson, 2003, como se citó en O'Connor y Nock, 2014).

⁴ Rigidez cognitiva: atención inflexible, quiebra de los propios valores, inactividad o impulsividad, identificación con un Yo conceptual, fusión cognitiva y evitación experiencial destructiva (Hayes et al., 2014; Pérez-Álvarez, 2014).

⁵ Rumia: patrón de pensamiento recurrente y mantenido en el malestar (O'Connor y Nock, 2014).

⁶ Supresión del pensamiento: Acto consciente de evitar los pensamientos indeseados. Lo cual, paradójicamente, los incrementa (O'Connor y Nock, 2014).

Factores de Riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> - Soledad, aislamiento social, falta de apoyo - Problemas de integración y redes - Nuevas tecnologías - Disponibilidad de medios para morir por suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención integral de calidad y fácil acceso
Acontecimientos vitales	
<ul style="list-style-type: none"> - Acontecimientos/adversidades traumáticos en infancia o edad adulta⁷ - Discriminación/rechazo - Ancianos, final de la vida - Enfermedad física - Problemas de hogar/indigencia - Otros factores estresantes interpersonales⁸ - Respuesta al estrés psicofisiológico - Diagnóstico propio de trastorno mental⁹ - Conductas adictivas (especialmente alcohol y drogas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Poseer una vivienda
Factores familiares	
<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares de problemas de salud mental - Patrones de apego disfuncionales y pérdida de figuras - Conflictos familiares 	

Nota. Elaboración propia a partir de: FEAFES (2006); Negredo-López et al. (2010); O'Connor y Nock (2014); García-Haro et al. (2018); Fonseca-Pedrero et al. (2019), Al-Halabí y García-Haro (2021); Al-Halabí et al. (2021).

1.2. Personas con Experiencias Psicóticas

Existen ciertos grupos de población que presentan tasas de suicidio superiores a la media de la población, por cuestiones de desigualdad y exclusión y otros de determinantes sociales, tanto a nivel micro, como macro (López-Vega et al., 2023). Uno de estos grupos son las personas con problemas de salud mental, que, como se ha dicho,

⁷ P.ej.: abuso físico, sexual o emocional, violencia de cualquier tipo (destaca la familiar), dolencias físicas propias o ajenas, separaciones, fallecimientos (especialmente, de los progenitores), catástrofes, accidentes, conflictos bélicos, etc. (O'Connor y Nock, 2014).

⁸ Entre ellos se pueden resaltar problemas románticos, legales, económicos, orientación/identidad sexual, acoso, victimización, soledad. (O'Connor y Nock, 2014; García-Haro et al., 2018).

⁹ Cabe mencionar los trastornos afectivos (depresión, bipolar...), la psicosis, conductas adictivas, ansiedad, de personalidad o conducta alimentaria (FEAFES, 2006; Negredo-López et al., 2010).

la OMS afirma que suponen el 90% de las personas que se suicidan (OMS, 2014). Sin embargo, en línea a lo argumentado anteriormente, la conducta suicida depende de múltiples factores, por lo cual, una relación causal trastorno mental-muerte por suicidio, a priori, parece reduccionista e insuficiente (López-Vega et al., 2023).

Resulta de especial interés investigar la relación entre la conducta suicida y el diagnóstico de psicosis, ya que las personas que tienen experiencias psicóticas presentan, en ocasiones, vivencias límite y un particular estigma (Robison et al., 2024).

1.2.1. ¿Qué se Entiende por Psicosis?

Dado que la psicosis no es un diagnóstico como tal, esta nomenclatura se utiliza para englobar toda problemática que cursa con los llamados “síntomas psicóticos”, que sí adoptan diversas etiquetas, como esquizofrenia (principal referente), depresión psicótica, melancolía y manía (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2022) y otras etiquetas como los “trastornos delirantes, psicótico breve, esquizofreniforme, esquizoafectivo, trastorno psicótico inducido por sustancias [...] y trastorno de personalidad esquizotípica” (Fonseca-Pedrero et al., 2021, p.762).

Entre las experiencias psicóticas cabe destacar las siguientes, acorde a Valero-Aguayo et al. (2022):

- Delirios: «creencias fijas que no son susceptibles de cambio, aunque haya evidencias en su contra». [...] El contexto social considera que son irreales, exageradas o extrañas.
- Alucinaciones: «percepciones visuales o auditivas que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo» [...].
- Discurso desorganizado/pensamiento desorganizado: conducta verbal del individuo con un formato no entendible por la audiencia [...].
- Conducta motora desorganizada: definida como diversos tipos de respuestas motoras sin un objetivo dirigido, repetitivas, estereotipadas, impredecibles, inapropiadas o extravagantes, incluyendo la «catatonía» [...].
- Conductas de baja probabilidad: consideradas como «síntomas negativos», [...] conducta habitual disminuida, desde la poca expresión de emociones, la disminución de actividades diarias, la reducción del habla, la disminución de

contactos sociales o la falta de experimentar placer en las actividades [...].
(pp. 80-81)

No obstante, cabe destacar que todas estas dificultades incluidas dentro del “espectro psicótico” son muy diferentes entre sí como para quedar aglutinadas en un mismo término. Se relaciona con el actual abordaje biomédico-farmacológico de salud mental, centrado en la identificación de síntomas y la medicación (por otro lado, inespecífica), destinada a su erradicación. Del mismo modo, no se ha hallado evidencia de los correlatos neurobiológicos que estudia (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2022). Por ello, se propone una conceptualización de la psicosis desde una perspectiva contextual-fenomenológica.

1.2.2. Perspectiva Contextual-Fenomenológica de las Experiencias Psicóticas

Desde esta concepción, las experiencias psicóticas no se consideran “erróneas” o “irracionales”, pues sí tienen sentido en el contexto de la persona, constituyendo un intento de resolver problemáticas como traumas, soledad o desorientación (Pérez-Álvarez, 2012; Pérez-Álvarez y García Montes, 2022).

Según este enfoque, la psicosis se relaciona con una alteración de la experiencia del mundo y de sí mismo o ipseidad, que radica de la interacción persona-contexto vital y viene caracterizada por los siguientes 3 elementos interdependientes (Pérez-Álvarez, 2012; Pérez-Álvarez y García Montes, 2022):

- Hiperreflexividad: “autoconciencia intensificada (no volitiva, ni intelectual) de aspectos habitual y funcionalmente desapercibidos (tácitos, pre-reflexivos), que forman parte de la infraestructura del yo (sistema operativo)” (Pérez-Álvarez y García Montes, 2022, p. 39).
- Sentido disminuido de sí mismo: “declive de uno como sujeto de la experiencia y acción” (mis experiencias son mías y yo ejecuto la conducta) (Pérez-Álvarez y García Montes, 2022, p. 40).
- Desarticulación del contacto con el mundo: “perturbaciones de la estructuración espaciotemporal del campo experiencial, de manera que cosas familiares se descontextualizan, convertidas en meros objetos extraños” (Pérez-Álvarez y García Montes, 2022, p. 39).

1.2.3. Factores de Riesgo y Protección para la Psicosis

Se recopilan a continuación aquellos que cuentan con evidencia, acuerdo o son ampliamente mencionadas (pese a que no se cuente con gran evidencia, refiriéndose al caso de la vulnerabilidad genética o heredabilidad).

Al igual que en el estudio de la conducta suicida, se ha identificado un mayor número de factores de riesgo que de protección y aunque se podrían considerar que son los mismos pero en direcciones opuestas, se correría el riesgo de caer en un planteamiento reduccionista.

Tabla 3

Factores de Riesgo y Protección para la Psicosis

Factores de Riesgo	Factores de protección
Personalidad y diferencias individuales	
- Edad: 15-30 años	- Mayor edad
- Personalidad desorganizada, pasivo-dependiente, hostilidad, rasgos obsesivos/anancásticos	- CI Elevado
Factores cognitivos	
- Ansiedad	
- Depresión	
- Afrontamiento evitativo	
- Baja autoestima	
- Apego inseguro	
- Lenguaje-trampa verbal	
Factores sociales	
- Países desarrollados, urbanidad	- Apoyo social
- Relaciones sociales débiles, negativas y ausencia de apoyo	- Tener pareja
- Soledad/aislamiento	- Ajuste premórbido
- Emigración-inmigración (1 ^a /2 ^a generación)	
- Relaciones problemáticas en infancia o adolescencia	
- Atrapamiento, situación negativa o con pocas oportunidades	
Acontecimientos vitales negativos	
- Acontecimientos generadores de estrés y con elevada emoción:	- Mejor nivel económico
- Problemas de relaciones: divorcio, separación, rechazo,	- Vivienda
- Dificultades laborales: desempleo, trabajo excesivo,	

Factores de Riesgo	Factores de protección
decepciones, pérdidas y fracasos, problemas económicos, pobreza - Cualquier tipo de violencia o abuso - Abuso infantil (físico, sexual o emocional) - Discriminación, desigualdad y victimización (racismo y patriarcado) - Conductas adictivas (especialmente alcohol y cannabis) - Vivienda inadecuada - Crisis espirituales/existenciales	
Factores familiares	
- Existencia de familiares con psicosis (principalmente los progenitores) - Relaciones familiares débiles	- Estructura familiar cohesionada
Factores biológico	
- Heredabilidad/génética - Sexo masculino	- Sexo femenino

Nota. Elaboración propia a partir de: Pérez-Álvarez (2012); Serrano-Cartón et al. (2012); Cooke (2014); Fonseca-Pedrero et al. (2021); Ball et al. (2022); Guerin (2022); Molina-García (2022); Pérez-Álvarez y García Montes (2022).

1.3. Psicosis y Conducta Suicida.

Como se ha venido argumentando, está extendida la creencia de que el 90% de las personas que se suicidan tienen algún diagnóstico de trastorno mental. En concreto, en psicosis, las cifras oscilan, en función de los estudios, entre un 5% y un 15% (De Sousa et al., 2020) con mayor acuerdo en torno al 5%, (Gómez-Duran et al., 2016; Ventriglio et al., 2016; Inchausti et al., 2019).

Sin embargo, a la hora de abordar la complejidad de la problemática, se ha de ahondar en las experiencias vitales que han conducido a la presente situación. En primer lugar, como se puede apreciar en la Tabla 2 y en la Tabla 3, los factores de riesgo y protección tanto de la conducta suicida como de la psicosis son similares, lo cual puede ser indicativo de que están constituidos de la misma “materia”: los ya nombrados “problemas de la vida” y un intento por escapar de los mismos (García-Haro et al., 2018; Pérez-Álvarez, 2021).

Por otro lado, se ha de tener en cuenta, la globalidad del trastorno. Es decir, no es lo mismo que la persona fallezca por escapar de “unas voces imperativas que incitan a tirarse por la ventana” (donde la intención de morir no es clara) que aquella que decide poner fin a su sufrimiento por los efectos del tratamiento¹⁰ (García-Haro et al., 2022).

Precisamente aquí, entran en juego otras dos variables relacionadas entre sí, la deshumanización y el estigma en salud mental. La deshumanización, habitualmente, surge tanto por el estigma como por las prácticas dentro del sistema de salud mental, que contribuyen a un deterioro de la autonomía de la persona (Jenkins et al., 2023). Además, en el caso particular de la psicosis, la prioridad desde el paradigma dominante es el control de los “síntomas positivos”. Sin embargo, el mayor riesgo de suicidio se produce durante la fase de recuperación depresiva, donde predomina el sufrimiento y la desesperanza (Negredo-López et al., 2010). Lo cual puede constituir un ejemplo de la inadecuación de dicho enfoque para la recuperación la persona.

El estigma en salud mental puede definirse de la siguiente forma:

El estigma no es simplemente una etiqueta que devalúa a la persona y la discrimina, también es una dinámica, es decir, una serie de procesos psicosociales basados en el intercambio de conductas entre dos grupos, el estigmatizante y el estigmatizado. (Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma, 2020, p. 16).

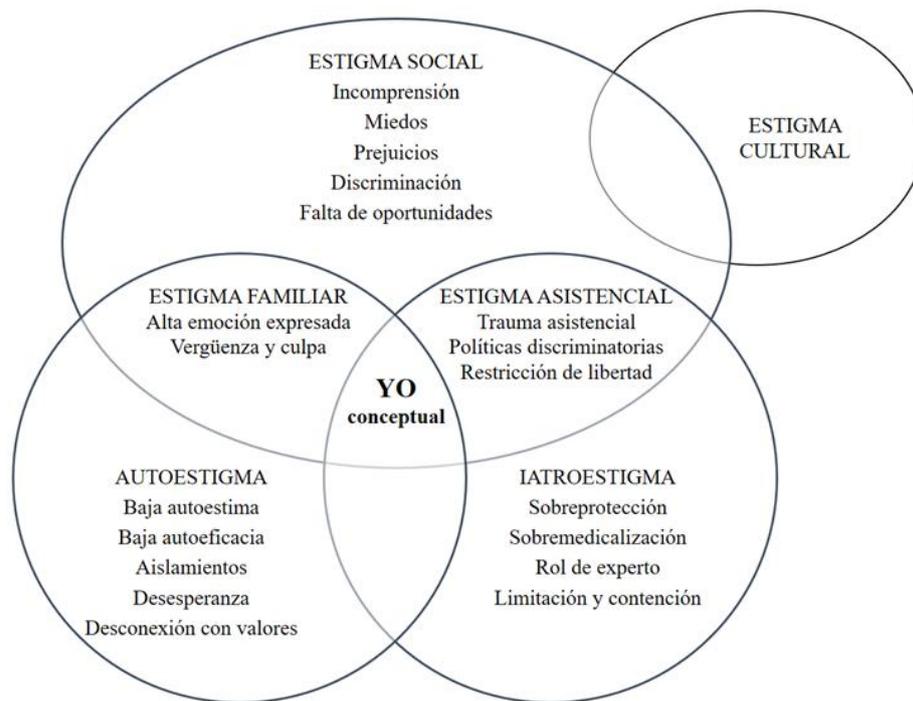
Se pueden diferenciar 3 tipos importantes e interrelacionados de estigma: estructural, social y personal (Díaz-Garrido et al., 2021). El estructural es aquel que depende del sistema y sus regulaciones. El social se refiere a la población general y sus ideas preconcebidas y comportamientos inadecuados hacia las personas con un diagnóstico de salud mental. Y el autoestigma se refiere a aquel que experimenta la propia persona, al interiorizar los mencionados aspectos negativos por parte del entorno, retroalimentando la visión negativa de sí misma y conductas desadaptadas socialmente con función de evitación (Díaz-Garrido et al., 2024b). Díaz-Garrido et al. (2021) añaden el iatroestigma, referido a las “conductas sobreprotectoras y limitantes ejercidas por el personal sanitario” (Díaz-Garrido et al., 2024b, p. 63). Estas medidas restrictivas y

¹⁰ Los neurolepticos con frecuencia producen efectos secundarios entre los que se pueden destacar: síntomas extrapiramidales, alteraciones de memoria o afectivas, efectos metabólicos, entre otros, con la consiguiente pérdida de autonomía (Morillas-Fernández et al., 2018).

paternalistas, restringen la capacidad de elección de la persona, incrementando así su riesgo de suicidio (Cooke, A., 2014; Díaz-Garrido et al., 2022; Robison et al., 2024). Puede apreciarse mejor en la Figura 4.

Figura 4

El Estigma en Salud Mental



Nota. Tomado de Díaz-Garrido et al. (2024b).

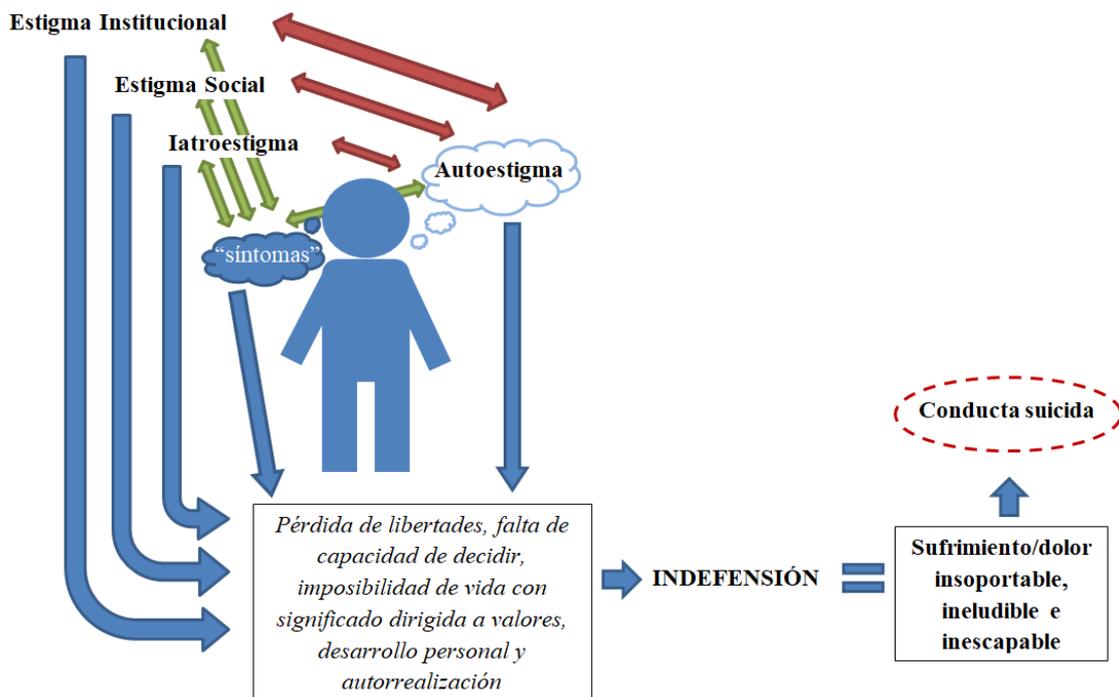
Todo estigma asociado al trastorno mental y psicosis, en particular, puede influir en la conducta suicida, ideación y acción. Pero en el estigma hacia la conducta suicida se da una dificultad añadida: disuade de pedir ayuda (García-Haro et al., 2023). Es debida a la gran cantidad de mitos y tabúes que llevan a silenciar este drama existencial e, indirectamente, contribuyen a que ocurra, pues la persona queda desprovista de ayuda en una situación límite. También se refleja en “la existencia de datos incompletos relacionados con el suicidio y el intento de suicidio” (García-Haro et al., 2023).

Por tanto, la relación Estigma-Psicosis-Suicidio podría resumirse del siguiente modo: los propios síntomas perturbadores (fuente de malestar), unidos al estigma en sus distintos niveles, con una serie de cuidados invalidantes, que limitan la toma de decisiones y la vida dirigida a valores, retroalimentan el estigma y conducen a una

indefensión y sufrimiento (Díaz-Garrido et al., 2022). Y como se ha venido diciendo, precisamente este sufrimiento y percepción de no poder salir de esa situación de desesperanza es lo que lleva a la persona a querer poner fin a la misma y con ello a su vida (Véase de forma esquemática en la Figura 5).

Figura 5

Papel de los “Problemas de la Vida”, “Síntomas” y “Estigma” en el Sufrimiento Humano y Suicidio



Nota. Elaboración propia.

1.4. Objetivos

En vista de los datos presentados y de la confusión actual a la hora de abordar el suicidio y la psicosis y la posible relación entre ellos, se plantean los siguientes objetivos de investigación, siguiendo una metodología de revisión sistemática:

- ¿Cuáles son las cifras de prevalencia de conducta suicida en personas con psicosis?
- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo y protección identificados para la conducta suicida en el padecimiento de un trastorno psicótico?

2. Método

La revisión bibliográfica presentada a continuación, ha sido realizada siguiendo las directrices de la declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021).

El 5 de octubre se realizó una búsqueda preliminar en los siguientes buscadores: *Web of Science*, *Scopus*, *Pubmed*, *PsycINFO*, *Cochrane Library*, *SciELO* y *Dialnet*. Se utilizaron las siguientes palabra clave: “*suicide*”, “*suicidal*”, “*psychosis*”, “*schizophrenia*”, “*mental disorder*”, combinando los marcadores booleanos AND y OR, “*suicide AND/OR psychosis*”, “*suicide AND/OR schizophrenia*”, “*suicide AND/OR mental disorder*”, “*suicidal AND/OR psychosis*”, “*suicidal AND/OR schizophrenia*”, “*suicidal AND/OR mental disorder*”.

El 30 de octubre de 2024, se realiza la búsqueda definitiva, haciendo uso de las bases *Web of Science*, *Scopus*, *Pubmed* y *PsycINFO*.

Esta se llevó a cabo con el siguiente comando: “((((*psychosis*) OR (*psychotic*)) OR (*schizophrenia*)) AND (*suicid**) AND (*risk*) AND (*protect**)”. El asterisco se utiliza para obtener resultados de palabras derivadas de la misma raíz. Para más información sobre los parámetros de búsquedas véase Anexo I.

La búsqueda arrojó un total de 579 resultados. Los criterios de selección se detallan en el siguiente apartado (véase los comandos específicos en el Anexo I).

2.1. Criterios de selección

- Palabras clave (incluidas en algún campo):
 - *Psychosis* o *pychotic* o *schizophrenia*
 - *Suicid**
 - *Risk*
 - *Protect**
- Periodo de publicación: se recoge una década (2014-2024, ambos inclusive). Se toma esta decisión porque en el año 2014 se publica el primer informe de la OMS sobre prevención de la conducta suicida como un imperativo global, lo que marcó un hito en el campo de estudio (OMS, 2014).
- Idiomas revisados: inglés y español.

- Tipos de documentos: artículos empíricos (estudio clínico, ensayo clínico, ensayo controlado aleatorio), metaanálisis, revisión, revisión sistemática y tesis doctorales.

Tras ello, el número de resultados identificados se redujo a 469.

2.2. Proceso de selección.

De los 469 artículos encontrados en el proceso de búsqueda se eliminaron aquellos duplicados, por coincidencia exacta, ($n = 180$), reduciéndose a 289 artículos.

Para el siguiente cribado, se procedió a la lectura de título, resumen y palabras clave, eliminando aquellos artículos que no abordasen posibles relaciones entre conducta suicida y psicosis. Se retiraron los artículos que tuviesen, de forma clara, otros objetivos (p.ej. dirigidos a otro fin, otros trastornos) o no contuviesen cualquiera de los términos principales (*suicid** y *psychosis/psychotic/schizophrenia*) o sus derivadas y relacionadas (p.ej.: *hallucinación, self-harm, early death*). Tras ello, se retiran 187 artículos.

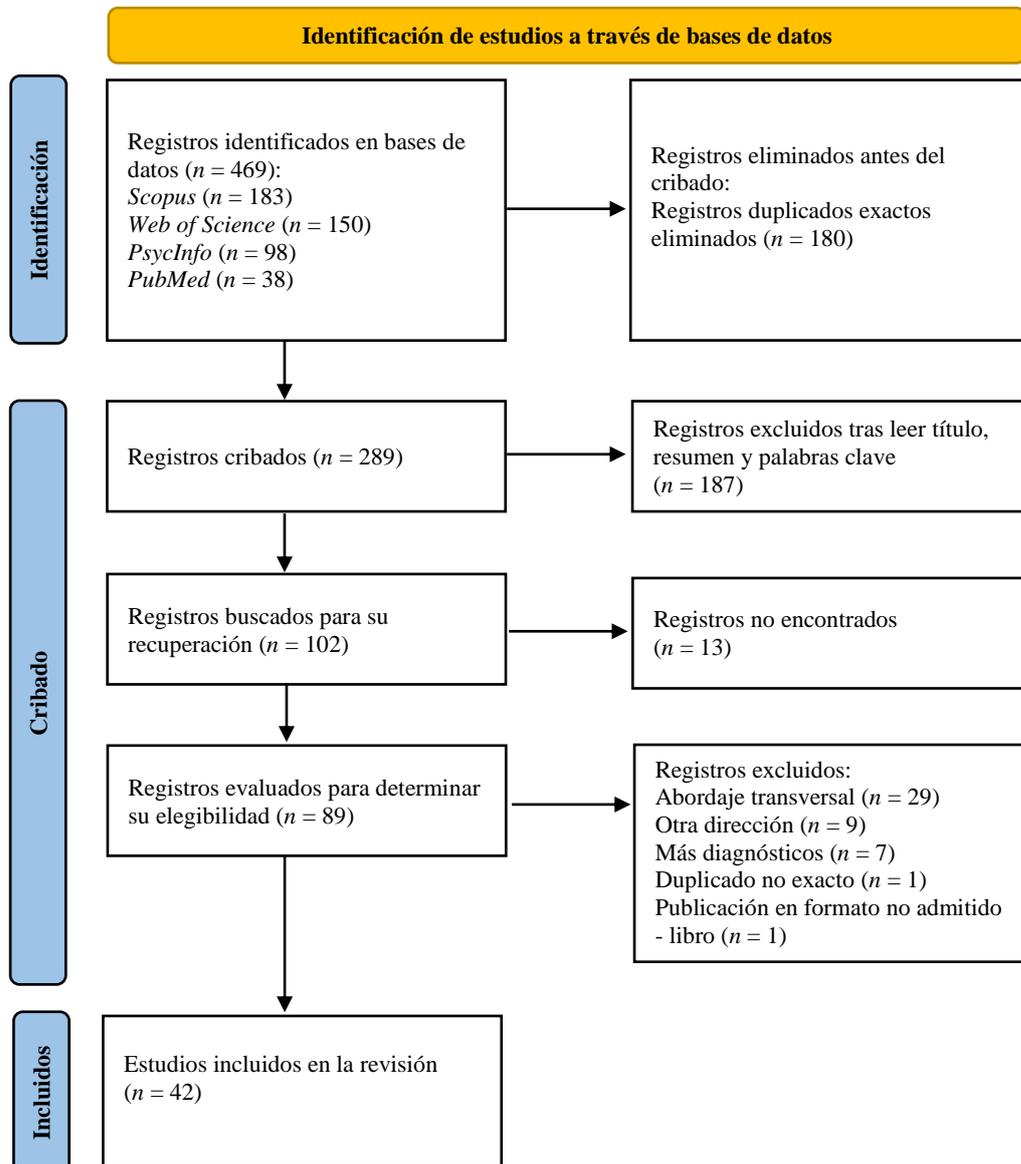
Por tanto, los estudios sometidos a un último cribado fueron 102. Se eliminó aquellos a los que resultó imposible acceder al texto completo, pese a haber contactado con sus autores ($n = 13$) dado que podían ser incluidos. Del mismo modo, se retiró otro artículo por estar duplicado, pero siendo publicado en distinta fecha y revista, por lo que no se detectó en la primera revisión ($n = 1$) y otro que es un capítulo de libro ($n = 1$). Para su consideración en el estudio se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: estudios que aborden la posible relación entre psicosis y suicidio, identificando factores de riesgo o protección para la conducta suicida en personas con trastornos psicóticos y que, preferiblemente, incluyan cifras de prevalencia.
- Criterios de exclusión: abordaje transversal de relación psicosis-suicidio, su reducción a causa-efecto o inclusión como síntomas de otro trastorno, análisis conjunto con otro trastorno que impida encontrar información específica para el fin de la investigación o la investigación incluye los términos de interés pero se dirige a otros objetivos.

Tras la aplicación de estos criterios, fueron cuarenta y dos los artículos incluidos, finalmente, en la revisión, como se indica en la Figura 6.

Figura 6

Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Artículos.



Nota. Elaboración Propia.

3. Resultados

En la Tabla 4 se describen las características de interés de los 42 artículos incluidos en la presente revisión.

De estos, once procedían de EE.UU., seis de China, cuatro de Polonia, dos de Australia, Reino Unido, España y la India, respectivamente. Solo se había realizado un estudio, en cada país, en las siguientes procedencias: Rusia, Dinamarca, Serbia, Italia, Suecia, Alemania, Turquía, Lituania, Canadá, México, Chile, Taiwán y Sudáfrica, existiendo al menos una investigación por continente (siendo Europa el que reúne mayor número). En cuanto a fecha de publicación, 2020 fue el año con mayor número de estudios incluidos ($n = 7$), mientras que no se incluyó ninguno de 2017.

Referido al tipo de estudio, la mayoría ($n = 30$) fueron estudios empíricos (incluyendo en esta categoría tanto aquellos que reclutaron su muestra como aquellos que usaron muestras de estudios previos), seguido de las revisiones sistemáticas ($n = 8$) y de las revisiones narrativas ($n = 4$). Cabe destacarse que los estudios Bornheimer et al. (2021) y Bornheimer et al. (2022), se basan en la misma muestra y comparten algunos investigadores y objetivos, no obstante difieren en otros aspectos, por lo que se decide incluir ambos.

No todos arrojaron información sobre la edad de los participantes, pero la mayoría incluyen a personas mayores de edad. Once estudios informan, explícitamente, incluir a menores de 18 años y solo en cuatro se notifican integrantes con menos de 15 años.

En cuanto al diagnóstico que se les asignó a los participantes de los distintos estudios, cabe destacar que la principal etiqueta diagnóstica es la de psicosis o trastornos del espectro de la esquizofrenia (TEE¹¹) ($n = 15$), seguida de la esquizofrenia ($n = 14$). Tras ellos, se reseñan los estudios dirigidos a trastornos mentales ($n = 6$), después, aquellos que presentan experiencias psicóticas pero no alcanzan el diagnóstico, como las PLEs¹² ($n = 4$) (Rossi et al., 2019; Ma et al., 2022; Sun et al., 2023; Karska et al.,

¹¹ TEE (trastornos del espectro de la esquizofrenia): se utilizará para referirse a los distintos trastornos psicóticos, incluyendo esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado de otra manera, etc. (Bornheimer et al., 2022).

¹² PLEs (psychotic-like experiences): experiencias psicóticas leves o casi psicóticas, representan síntomas psicóticos subclínicos.

2024), el alto riesgo clínico de psicosis (CHR-P) ($n = 1$) (Giampetruzzi et al., 2024) y las experiencias psicóticas (EP) (Gregersen et al., 2023). Por último, también se encuentra un estudio sobre conducta suicida en víctimas de *bullying*, que menciona el especial riesgo a que está expuesta la población con psicosis en edad escolar (Islam et al., 2022).

3.1. Resultados: Prevalencias

Relativo a las prevalencias, se refiere a las informadas en la muestra de los estudios empíricos o las de los artículos incluidos en las revisiones. Estas varían considerablemente y se distinguirán acorde a las diversas manifestaciones de la conducta suicida.

La menor prevalencia encontrada de ideación suicida en personas con psicosis fue del 0.1% (Chen et al., 2022) y las tres más altas fueron un 26,2-56,5%, en primeros episodios (Bornheimer et al., 2021), 60% (Ebrahimi et al., 2024), 62,8%, en víctimas de *bullying* (Islam et al., 2022) y una última investigación, diferencia el número de personas que mostraron intentos de suicidio y el de los que mostraron tendencias suicidas y arroja un porcentaje combinado de 71,71% (Wigand et al., 2018). Por lo que se sugiere que, dada la magnitud de las cifras, estas se han visto influidas por las características de sus respectivas muestras. Sin embargo, parece haber más consenso en torno a un 10-30% (Badcock et al., 2021; Bornheimer et al., 2021; Dongxia et al., 2024; Giampetruzzi et al., 2024). Los intentos de suicidio (en adelante SA) también muestran gran diversidad, oscilando entre un 10-50% (De Sousa et al., 2020; Wasserman et al., 2021), siendo la cifra más alta un 55,6%, en un grupo que, además, mostraba consumo de alcohol (Leposavić et al., 2015). Aunque el acuerdo es mayor en cifras aproximadas del 15-25% (Lückhoff et al., 2014; Togay et al., 2015; Sher y Kahn, 2019; Lu et al., 2020; Suchanek-Raif et al., 2020; Alfimova et al., 2023; Ebrahimi et al., 2024) En cuanto al porcentaje personas con psicosis que fallecen por suicidio, sí parece haber más consenso, sobre un 5-15% (Lopez-Morinigo et al., 2016; Sher y Kahn, 2019; De Sousa et al., 2020; Wasserman et al., 2021; Chen et al., 2024), a excepción del estudio con la cifra más baja, con un 0.92% de muertes por esta causa, cuya muestra es un grupo de personas hospitalizadas voluntariamente (Lin et al., 2019).

3.2. Resultados: Factores de Riesgo y Protección

En cuanto a los factores de riesgo y protección, son reportados por treinta y cinco y veintiséis artículos, respectivamente. Se distinguen diferentes dimensiones de los mismos, por este motivo, se presentan a continuación los factores de riesgo y protección asociados a cada una de ellas.

3.2.1. Acontecimientos Vitales

En cuanto a acontecimientos vitales ($n = 5$), la vivencia de experiencias infantiles adversas (ACEs) (Alfimova et al., 2023), el trauma infantil (Karska et al., 2024) y emocional (Sher y Kahn, 2019), abuso sexual, psicológico o negligencia infantil (Giampetruzzi et al., 2024), el sufrir *bullying/cyberbullying* (Islam et al., 2022) y los eventos vitales recientes (Sher y Kahn, 2019) son factores de riesgo. Se podría incluir dentro de este grupo las conductas adictivas ($n = 9$), tanto a sustancias en general (Togay et al., 2015; Martínez-Aguayo et al., 2016; Sher y Kahn, 2019; Wasserman et al., 2021; Alfimova et al., 2023), como a cannabis (Lückhoff et al., 2014; De Sousa et al., 2020; Karska et al., 2024) y alcohol (Togay et al., 2015; De Sousa et al., 2020; Leposavić et al., 2015), en particular. Así, se obtienen doce estudios que señalan las vivencias como factor de riesgo para la conducta suicida en personas con psicosis.

3.2.2. Problemas de Salud Mental

Otras formas de sufrimiento psíquico adicionales incrementan el riesgo de conducta suicida ($n = 11$), destacando la presencia de desesperanza o depresión ($n = 5$) (De Sousa et al., 2020; Bornheimer et al., 2021; Wasserman et al., 2021; Bornheimer et al., 2022; Ma et al., 2022), los trastornos afectivos (Martínez-Aguayo et al., 2016) y del estado de ánimo (Sher y Kahn, 2019). También los trastornos de ansiedad ($n = 2$) (Jahn et al., 2016b, Ma et al., 2022), pánico (Sher y Kahn, 2019), angustia asociada (Karska et al., 2024), estrés psicológico premórbido (Maciukiewicz et al., 2015), síntomas obsesivos (Martínez-Aguayo et al., 2016) e insomnio (Bishop et al., 2020).

3.2.3. Psicosis, Temporalidad y Curso

Entre los factores de riesgo derivados de las condiciones de la psicosis, su temporalidad y curso ($n = 11$), destacan el primer episodio y años siguientes ($n = 6$) (Lin et al., 2019; Sher y Kahn, 2019; Bornheimer et al., 2021; Canal-Rivero et al., 2021;

Wasserman et al., 2021; Bornheimer et al., 2022), el mayor número de ingresos, recaídas y atención psiquiátrica (Lin et al., 2019; Sher y Kahn, 2019), su duración y menor remisión (Togay et al., 2015), periodo de psicosis no tratada (DUP) (De Sousa et al., 2020) y gravedad psiquiátrica (Sher y Kahn, 2019; De Sousa et al., 2020). Se encuentran dos estudios que engloban sintomatología tanto positiva como negativa (De Sousa et al., 2020; Dongxia et al., 2024) y cuatro solo positiva (Huang et al., 2018; Sher y Kahn, 2019; Bornheimer et al., 2021; Bornheimer et al., 2022), así como los delirios y descompensación psicótica (Martínez-Aguayo et al., 2016) o la agitación y el miedo a la “desintegración mental”¹³ (Wasserman et al., 2021).

Los factores de protección en este sentido ($n = 7$) fueron la intervención temprana (Shrivastava et al., 2016), presencia de alogia (Lückhoff et al., 2014), recuperación (Jahn et al., 2016b) y remisión (Togay et al., 2015) y lenguaje y comportamiento motor desinhibido al inicio (Wigand et al., 2018). En cuanto a los síntomas negativos, un estudio los encuentra protectores frente a la conducta suicida (Huang et al., 2018), mientras que otro afirma lo contrario, es decir, halla beneficios en su menor presencia (especialmente, los referidos a placer y motivación) (Jahn et al., 2016a).

3.2.4. Factores Demográficos

Referido a datos demográficos, se incrementa el riesgo de conducta suicida (en todo su espectro) ($n = 10$) con la menor edad ($n = 8$) (Lopez-Morinigo et al., 2016; Lin et al., 2019; Lu et al., 2020; Sher y Kahn, 2019; De Sousa et al., 2020; Wasserman et al., 2021; Chen et al., 2022) y la mayor edad ($n = 3$) (Chen et al., 2022; Chen et al., 2024; De Sousa et al., 2020). En cuanto al sexo, dos investigaciones encuentran más riesgo en mujeres (Togay et al., 2015; Chen et al., 2022) y dos en hombres (Sher y Kahn, 2019; Dongxia et al., 2024). De igual forma, como factores de protección ($n = 2$) se hallan la mayor edad de contacto con los Servicios de Salud Mental (Lopez-Morinigo et al., 2016) y el sexo femenino (Chen et al., 2024).

3.2.5. Tratamiento

En cuanto a las condiciones derivadas del tratamiento para las experiencias psicóticas, supone un factor de riesgo para la conducta suicida ($n = 5$) cuando no hay

¹³ Miedo a la desintegración mental: “sentimientos dolorosos de incomodidad con respecto a la creciente dificultad en la concentración, la atención o el pensamiento abstracto” (Pompili et al., 2009).

adherencia al mismo ($n = 4$) (Togay et al., 2015; Martínez-Aguayo et al., 2016; Sher y Kahn, 2019, Wasserman et al., 2021) o se dan efectos adversos (Martínez-Aguayo et al., 2016; Sher y Kahn, 2019) y con polimedicación (Chen et al., 2024). Mientras que se encuentra protector ($n = 7$) su cumplimiento (Sher y Kahn, 2019), la medicación antipsicótica de 2ª generación (Sher y Kahn, 2019; Wasserman et al., 2021), específicamente, clozapina ($n = 5$) (Martínez-Aguayo et al., 2016; De Sousa et al., 2020; Hawkins et al., 2021; Wilkinson et al., 2022; Chen et al., 2024) y, en ocasiones, su combinación con antidepresivos (Sher y Kahn, 2019; De Sousa et al., 2020), dos resaltan la psicoterapia (Sher y Kahn, 2019; De Sousa et al., 2020) y uno la terapia electro-convulsiva (De Sousa et al., 2020).

3.2.6. Personalidad y Diferencias Individuales

Referente a la personalidad y las diferencias individuales en personas con psicosis, parecen factores de riesgo para la conducta suicida ($n = 6$), las características de personalidad dirigidas a la evitación de daños, dependencia pasiva, esquizoides y esquizotípicas, según un estudio (Canal-Rivero et al., 2021). Otros trabajos identifican como factor de riesgo la presencia de trastornos de personalidad premórbidos (Maciukiewicz et al., 2015), las elevadas expectativas personales y conciencia de la imposibilidad de cumplirlas (Sher y Kahn, 2019) o la baja resiliencia (Rossi et al., 2019). Un mayor nivel de inteligencia ($n = 3$) también puede incrementar el riesgo de conducta suicida (Martínez-Aguayo et al., 2016; Sher y Kahn, 2019; Wasserman et al., 2021). Como factores protectores ($n = 2$) Canal-Rivero et al. (2021) identifican los rasgos de cooperatividad, persistencia y autotrascendencia y Karska et al. (2024) resaltan niveles más elevados de resiliencia.

3.2.7. Factores Sociales

En este sentido, incrementan el riesgo de conducta suicida ($n = 5$) la soledad (Badcock et al., 2021), la baja conexión social (Rossi et al., 2019), el pobre funcionamiento social y laboral, el desempleo, vivir solo, no estar casado (Sher y Kahn, 2019), el elevado nivel socioeconómico y del país de residencia (Martínez-Aguayo et al., 2016; Lu et al., 2020). También el acceso a armas de fuego favorece el suicidio (Sher y Kahn, 2019). Mientras que son protectores ($n = 4$) la conexión, cohesión (Badcock et al., 2021), apoyo (De Sousa et al., 2020; Harris et al., 2020), mejor

funcionamiento del rol social (Jahn et al., 2016a), el matrimonio y la restricción de acceso a medios letales (De Sousa et al., 2020).

3.2.8. Factores Cognitivos

Los factores cognitivos que pueden incrementar el riesgo de conducta suicida en personas con experiencias psicóticas ($n = 5$) son: buena percepción, educación (Sher y Kahn, 2019), un mayor *insight* clínico ($n = 3$) (en especial al inicio) (De Sousa et al., 2020; Bornheimer et al., 2021; Bornheimer et al., 2022), buen ajuste premórbido (Sher y Kahn, 2019) y conducta extraña previa (Lopez-Morinigo et al., 2016).

Los factores cognitivos de protección ($n = 6$) son el mayor funcionamiento cognitivo (Dongxia et al., 2024), la memoria de trabajo (Bornheimer et al., 2021; Bornheimer et al., 2022), mayor número de razones para vivir (RFL) (Harris et al., 2020; Flores-Medina et al., 2024), creencias de supervivencia y afrontamiento y de responsabilidad hacia la familia (Flores-Medina et al., 2024), así como percepción de habilidades personales (Harris et al., 2020). Dos estudios identifican como protector un menor *insight* (Bornheimer et al., 2021; Bornheimer et al., 2022), mientras que otro afirma que un *insight* superior después de un año tras el diagnóstico tendrá un efecto positivo (De Sousa et al., 2020).

3.2.9. Factores Familiares

En este apartado, suponen un riesgo ($n = 4$) los antecedentes en la familia de trastorno mental (Chen et al., 2022) y suicidio (De Sousa et al., 2020), la elevada percepción de críticas por el cuidador, la baja cohesión y elevado distrés emocional general (Lopez y Weisman de Mamani, 2020) y un autoestigma superior en presencia de elevada cohesión familiar (Lopez y Weisman de Mamani, 2022). Mientras que resultan protectores ($n = 2$) la elevada cohesión familiar (Lopez y Weisman de Mamani, 2020), especialmente, con menor autoestigma (Lopez y Weisman de Mamani, 2022).

3.2.10. Factores Asociados a la Conducta Suicida Previa

Respecto a los antecedentes de suicidio, su presencia en cualquier rango incrementa el riesgo ($n = 4$) (Lopez-Morinigo et al., 2016; Lin et al., 2019; Sher y Kahn, 2019; Wasserman et al., 2021).

3.2.11. Factor Químico-Biológico

A nivel químico-biológico, hay mayor peligro ($n = 4$) entre aquellos con déficit de BDNF ($n = 2$) (factor neurotrófico derivado del cerebro) (Shrivastava et al., 2016; De Sousa et al., 2020) y mayor TSH (hormona estimulante de la tiroides) (De Sousa et al., 2020), así como mayor frecuencia del alelo G y genotipo G/G (polimórfico) del rs1565445 SNPs (polimorfismos de un solo nucleótido) (Suchanek-Raif et al., 2020). En cuanto al colesterol, un estudio considera que el riesgo se incrementa cuando es elevado (Dongxia et al., 2024), mientras que otro lo asocia a un nivel bajo (De Sousa et al., 2020). Se prevén protectores ($n = 4$) el BDNF y su incremento farmacológico (Shrivastava et al., 2016; Dongxia et al., 2024), elevado CRP (C-reactive protein) (Alfimova et al., 2023) y polimorfismos del HSPA1B (Kowalczyk et al., 2020).

Estos datos, aunque no son abordables desde la práctica de la psicológica clínica, son incluidos acorde a los criterios establecidos. Se debe a que sí pueden ser de interés para otras disciplinas y para el desarrollo de investigaciones e intervenciones multidisciplinares sobre los fenómenos aquí estudiados.

3.2.12. Salud Física

A nivel de salud física ($n = 1$), la dolencias médicas y neurológicas también incrementan el riesgo de suicidio en personas con psicosis (Sher y Kahn, 2019).

3.2.13. Experiencias Cercanas a la Psicosis

En el presente trabajo, se incluyen experiencias que aún no alcanzan un “diagnóstico” de psicosis, pero la presencia de estas, supone también un mayor riesgo de suicidio según cinco estudios (Rossi et al., 2019; Ma et al., 2022; Gregersen et al., 2023; Sun et al., 2023; Karska et al., 2024).

3.2.14. Síntesis

En resumen, la mayor evidencia para el riesgo de conducta suicida en personas con psicosis se encuentra en los acontecimientos vitales ($n = 12$), con mención especial al consumo de sustancias ($n = 9$) y diverso rango de adversidades/traumas infantojuveniles ($n = 5$). Después, los problemas de salud mental ($n = 11$), se destaca, especialmente, la presencia de depresión ($n = 5$). También, tiene gran importancia el curso de la psicosis ($n = 11$), donde los primeros momentos tras el diagnóstico se

aprecian como un momento cumbre ($n = 6$). Y se ha de destacar, la importancia de los factores demográficos ($n = 10$), donde parece existir gran consenso en el riesgo de la juventud ($n = 8$).

En cuanto a los factores de protección, el número de investigaciones es inferior, existiendo el mayor acuerdo en el tratamiento de la psicosis ($n = 7$), donde destaca la pauta de clozapina ($n = 5$). También, sobresale, aunque sin acuerdo entre los factores hallados, aquellos relativos a la psicosis, su temporalidad y curso ($n = 7$). Los factores cognitivos ($n = 6$), con la memoria de trabajo y las RFL ($n = 2$) y los factores sociales ($n = 4$), especialmente, el apoyo social ($n = 2$), son importantes.

Para una visión más detallada se puede consultar la Tabla 6 en el Anexo 2.

Tabla 4

Resultados de la Revisión

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Alfimova et al., 2023. Rusia.	Estudio empírico.	Papel gen rs2794521 y gen CRP (C-reactive protein) sobre síntomas y conducta suicida en esquizofrenia (considerando ACEs) ¹⁴ .	$n = 921$ personas hospital psiquiátrico con TEE. $E \geq 16$ años. $H = 453$ (42%). $M = 468$ (58%).	Intento suicidio (SA): $No\ ACEs = 16,48\%$. $ACEs = 21,67\%$.	- Vivir ECAs. - Consumo sustancias.	- Niveles elevados de CRP.
Badcock et al., 2021. Australia.	Estudio empírico. (2013-2016).	Contribución soledad y aislamiento social al riesgo de suicidio en personas con psicosis.	$n = 380$. $H = 62\%$. $M = 38\%$. $E = 21-68$ años. $n_{TPnoafectivo} = 257$. $n_{TPafectivo} = 96$.	IS/SA en trastorno psicótico: $No\ afectivo = 11,1\%$. $Afectivo = 7,1\%$.	- Soledad.	- Conexión y cohesión social.
Bishop et al., 2020. EE.UU.	Estudio empírico. (2013-2014).	Relación problemas del sueño-SB, considerando el papel de diversos trastornos mentales.	$n = 60102$. $H = 87,1\%$. $M = 12,9\%$ mujeres). $EM = 48,6$ años. $n_{esquizofrenia} = 3425$ (5,7%). $n_{casos} = 2484$.		- Insomnio.	

¹⁴ ACEs (experiencias infantiles adversas) incluyen: maltrato infantil (abordando abuso físico o sexual, la victimización entre pares y el cuidado de crianza), disfunción en el hogar (trastornos mentales de los padres, uso de sustancias, suicidio, encarcelamiento y violencia doméstica) (Alfimova et al., 2023; Giampetruzzi et al., 2024).

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Bornheimer et al., 2021. EE. UU.	Estudio empírico. (2010-2012).	Relación síntomas positivos, negativos, de depresión, <i>insight</i> , funcionamiento cognitivo e IS en personas con primer episodio de psicosis.	$n = 404$ personas. E = 15-40 años ($EM = 23,62$) con TEE en primer episodio psicótico. $H = 293$ (72,5%). $M = 111$ (28,5%).	20-50% de personas con esquizofrenia presentan IS; 4-13% fallecen por suicidio; en primer episodio: $IS = 26,2-56,5\%$.	- Mayor <i>insight</i> clínico. - Depresión. - Síntomas positivos. - Primer episodio.	- Mayor memoria de trabajo. - Menor <i>insight</i> clínico.
Bornheimer et al., 2022. EE. UU.	Estudio empírico. (2010-2012).	Influencia <i>insight</i> clínico y funcionamiento cognitivo en relación síntomas trastornos psicóticos-IS.	$n = 404$. E = 15-40 años ($EM = 23,62$) TEE primer episodio. $H = 293$ (72,5%). $M = 111$ (28,5%).		- Mayor <i>insight</i> clínico. - Depresión. - Síntomas positivos. - Primer episodio.	- Mayor memoria de trabajo. - Menor <i>insight</i> clínico.
Canal-Rivero et al., 2021. España.	Revisión sistemática.	Influencia de los rasgos de personalidad (RP) en SB en personas con TEE.	$n = 7$ artículos. Todos con $n > 10$ con TEE (intentos de suicidio, no consumado). E = 16-64 años.		- RP evitación daños, dependencia pasiva, esquizoides y esquizotípicos. - Primer episodio.	- RP de personalidad de cooperatividad, persistencia y auto-trascendencia.
Chen et al., 2022. China.	Estudio empírico. (2020).	Factores que influyen en resultados adversos (delitos violentos, agresividad y suicidio) en personas con esquizofrenia.	$n = 130474$ personas con esquizofrenia. E = 9,25-99,8 años ($EM = 47,5$). $H = 70441$ (54%). $M = 60033$ (46%).	$IS = 0,1\%$.	- Ser joven. - Ser mujer. - Antecedentes familiares TM. - Desarrollo esquizofrenia edad adulta.	

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Chen et al., 2024. China.	Estudio empírico. (2001-2019).	Mejor efecto clozapina sobre mortalidad por cualquier causa y suicidio en personas con esquizofrenia	$n = 17383$. $n_{clozapina} = 5800$. $n_{fallecidos} = 2297$. $H = 10023$ (57,7%). $M = 7360$ (42,3%).	$n_{suicidio} = 274$ (11,9%).	- Mayor edad. - Polimedicación.	- Tratamiento clozapina. - Ser mujer.
De Sousa et al., 2020. India.	Revisión narrativa.	Interacción factores en SB en personas con esquizofrenia.	Artículos de los últimos 5 años (2015-2019).	Entre el 10-50% de las personas con esquizofrenia intentan suicidarse. La tasa de suicidios consumados esta entre el 5-15%.	- Bajo colesterol. - Elevado TSH. - Elevado BNDF. - Edad aparición <30/>45 años. - Depresión. - Desesperanza. - Mayor DUP. - Mayor gravedad de síntomas en diagnóstico. - Mayor <i>insight</i> inicio. - Consumo alcohol o cannabis. - Antecedentes suicidio familia. - Mayor síntomas negativos y positivos.	- Apoyo social. - Matrimonio. - Mayor <i>insight</i> tras 12 meses. - Tratamiento clozapina. - Tratamiento antipsicótico + antidepressivo. - Tratamiento racional. - Reducir acceso a medios letales. - Terapia electroconvulsiva. - Psicoterapia ¹⁵ .

¹⁵ Especialmente TCC (Terapia Cognitivo-Conductual) y DBT (Terapia Dialéctica-Conductual).

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Dongxia et al., 2024. China.	Estudio empírico. (2022-2023).	Influencia triglicéridos, colesterol, factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), funcionamiento cognitivo y síntomas positivos y negativos en IS en personas con esquizofrenia.	$n = 161$. $n_{clínica} = 123$ con primer episodio de esquizofrenia: $H = 65$. $M = 58$. $E = 18-60$ años ($EM = 36.72$). Sin medicación psiquiátrica.	$n_{IS} = 32$ (26,02%) de la muestra clínica.	- Elevado colesterol. - Mayor síntomas positivos y negativos. - Ser hombre.	- Elevado de BDNF. - Mayor funcionamiento cognitivo.
Ebrahimi et al., 2024. Canadá.	Estudio empírico.	Influencia de las variantes gen inmunitario C4 en la IS e SA en esquizofrenia.	$n = 434$ con TEE. DatosSA($n = 391$) e IS ($n = 394$). $E > 18$ años. ($EM = 38,7$). $H = 311$ (71%). $M = 122$ (29%).	$n_{SA} = 173$ (44%). $n_{IS} = 236$ (60%).	No se obtienen evidencias significativas.	
Flores-Medina et al., 2024. México.	Estudio empírico. (2022-2024).	Razones para vivir (RFL) en personas con esquizofrenia, relación con duración trastorno, SA, ingresos, educación, diferencias por sexo.	$n = 94$ con esquizofrenia. $E \geq 18$ años ($EM = 36,8$). $M = 27$ (28,7%). $H = 67$ (71,3%).			- Mayor nº RFL. - Creencias de supervivencia y afrontamiento. - Responsabilidad hacia la familia.

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Giampetruzzi et al., 2024. EE.UU.	Estudio empírico.	Influencia de ACEs en desarrollo de posteriores problemas psicológicos, considerando factores protectores y factores internos y externos.	$n = 668$ personas (CHR-P). E = 12-30 años (EM = 18,17). H = 375 (54,5%). M = 313 (45,5%).	36.5% de la muestra presentó autolesiones o SA.	- Abuso sexual, psicológico o negligencia emocional infantil.	
Gregersen et al., 2023. Dinamarca.	Estudio empírico. (2013-2020).	Riesgo de IS y de autolesiones no suicidas en niños con experiencias psicóticas (EP) ¹⁶ en infancia temprana y media, con alto riesgo familiar de esquizofrenia (FHR-SZ) o trastorno bipolar (FHR-BP), considerando influencia de trastornos mentales.	$n_{original} = 522$ (EM = 7 años). $n_{final} = 449$ (tras abandonos) (EM = 11,9 años). H = 238 (53%). M = 211 (47%). $n_{FHR-SZ} = 171$ (38,1%). $n_{FHR-BP} = 104$. $n_{control} = 174$. Nativos daneses.	2 EP infancia temprana: 20,8% presentaron IS y 25% autolesiones no suicidas en infancia media. Si EP persistente: 16,3% presentaron IS y el 22,4% autolesiones no suicidas.	- 2 EP infancia temprana.	
Harris et al., 2020 Reino Unido.	Revisión sistemática.	Factores psicológicos que confieren resiliencia frente a IS y SB. Determinar si dichos factores pueden amplificar o no afectar a IS o SB. En TEE.	$n = 27$ artículos. E ≥ 16 años y al menos 50% TEE. $n \times estudio$: $19 \leq n \leq 257372$ personas.			- Apoyo social percibido. - RFL. - Habilidades y atributos personales percibidos.

¹⁶ Presentan algún síntoma psicótico pero no cumplen criterios para el diagnóstico de un trastorno psicótico.

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Hawkins et al., 2021. EE.UU.	Revisión sistemática.	Influencia tratamientos somáticos en incremento o reducción del riesgo de suicidio.	$n_{encontrados} = 2258$ artículos. $n_{obtenidos} = 1015$. $n_{clozapina} = 198$.			- Tratamiento con clozapina.
Huang et al., 2018. EE.UU.	Revisión sistemática.	Comprender y predecir como la psicosis afecta al incremento de ideación, conducta y muerte por suicidio.	$n = 50$ artículos. <i>Seguimiento medio</i> = 7,5 años. Adultos y adolescentes.		- Síntomas positivos.	- Síntomas negativos.
Islam et al., 2022. Australia.	Estudio empírico. (2013-14).	Factores de riesgo y protección para suicidio y autolesión en víctimas de bullying y ciberbullying en Australia.	$n = 2125$ adolescentes. E = 14-17 años. $n_{bullying} = 543$ (25.6%). $n_{cyberbullying} = 256$ (12.1%).	Víctima con psicosis: Tendencias suicidas ¹⁷ : Bullying: $n = 76$ (62,8%). Ciberbullying: $n = 55$ (62,5%).	- Sufrir bullying o ciberbullying.	
Jahn et al., 2016a. EE.UU.	Estudio empírico.	Efectos moderadores del deseo de cercanía social y síntomas negativos sobre relación entre funcionamiento en roles sociales e IS.	$n = 162$ con TEE. $H = 57.4\%$. $M = 42,6\%$. $EM = 46,84$ años. <i>Negros-Afro americanos</i> = 50,3%. <i>Desempleados</i> = 76,4%.			- Mejor funcionamiento del rol social. - Menor nivel de síntomas negativos sobre placer y motivación.

¹⁷ Tanto IS como intentos.

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Jahn et al., 2016b. EE.UU.	Estudio empírico.	Comprobar si la recuperación ¹⁸ puede moderar relación entre síntomas positivos, negativos e IS y ser buen predictor.	$N = 169$ con TEE. $EM = 25-65$ años. $E = 51,92$. $H = 147$ (87,5%). $M = 22$ (12,5%). $n_{afroamericanos} = 126$ (75,4%). $n_{desempleados} = 149$ (88,1%).		- Síntomas de ansiedad.	- Recuperación.
Karska et al., 2024. Polonia.	Estudio empírico. (2023).	Investigar el papel mediador de la resiliencia entre las PLEs.	$n_{inicial} = 1100$. $E = 18-35$ años. $EM = 27,1$. $H = 535$ (48,6%). $M = 565$ (51,4%). $n_{seguimiento} = 581$. $H = 295$ (50,8%). $M = 285$ (49,2%).		- Presencia de PLEs. - Angustia asociada. - Trauma infantil. - Consumo cannabis.	- Mayor resiliencia.
Kowalczyk et al., 2020. Polonia.	Estudio empírico.	Explorar asociación potencial entre polimorfismos de HSPA1B, riesgo de esquizofrenia, las variables clínicas de la enfermedad y SB.	$n = 901$. $n_{esquizofrenia} = 377$. $EM = 41,1$ años. $E = 18-74$. $H = 224$ (59%). $M = 153$ (41%).			- Polimorfismos del HSPA1B.

¹⁸ No se refiere exclusivamente a una recuperación sintomática, sino que supone un proceso que abarca “el desarrollo de la autoeficacia, autogestión autodirección, esperanza, empoderamiento [...], reducción de síntomas depresivos, consumo de alcohol, efectos secundarios de fármacos, uso de servicios de crisis” (Jahn et al., 2016b, p. 1).

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Leposavić et al., 2015. Serbia.	Estudio empírico. (2006-2009).	Determinar, en sujetos con esquizofrenia, frecuencia y predictores de consumo de alcohol, heredabilidad de ambas etiquetas y consecuencias.	$n = 50$ con TEE. $E = 20-50$ años. $n_{alcohol} = 27$ (54%). $H = 24$ (88,89%). $M = 3$ (11,11%). $n_{noalcohol} = 23$ (46%). $H=11$ (47,83%). $M = 12$ (52,17%).	55,6% de las personas con TEE y abuso de alcohol presentan SA, frente al 17,29% que no consumían.	- Consumo alcohol.	
Lin et al., 2019. Taiwán.	Estudio empírico. (2007-2013).	Analizar el riesgo de suicidio hospitalario en personas con esquizofrenia y los posibles factores de riesgo.	$n = 10190$ con esquizofrenia y primer ingreso. $E > 18$ años. $n_{HO} = 2038$. $EM = 41,36$. $n_{HV}^{19} = 8152$. $EM = 41,28$. $H = 54,17\%$. $M = 45,83\%$.	Muertes por suicidio (MS): $n_{MSHO} = 23$ (1,12%). $n_{MSHV} = 75$ (0,92%).	- 1ª semana de ingreso. - Menor edad. - 3 o más ingresos el año previo. - Antecedentes de suicidio. - Atención en centros médicos.	

¹⁹ HO: hospitalizaciones obligatorias; HV: hospitalizaciones voluntarias.

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Lopez y Weisman de Mamani, 2020. EE.UU.	Estudio empírico. (2017-2013).	Relación entre IS, factores familiares (incluyendo emoción expresada, EE), distrés emocional general (GED) y cohesión familiar.	$n = 100$ con TEE y cuidadores. $H_{muestra} = 64$ (64%). $M_{muestra} = 36$ (36%). $EM = 38,57$ años. $H_{cuidador} = 41$ (41%). $M_{cuidador} = 59$ (59%). $EM = 48,11$. Cuidadores: $Padres = 37\%$. $Pareja = 30\%$. $Hermanos = 10\%$. $Amigos = 10\%$. $Hijos = 7\%$.		- Elevada percepción y número de críticas por el cuidador. - Baja cohesión familiar y elevado GED.	- Elevada cohesión familiar.
Lopez y Weisman de Mamani, 2022. EE.UU.	Estudio empírico.	Relaciones entre cohesión familiar, autoestigma de salud mental e IS en personas de color con psicosis.	$n = 95$ personas color y psicosis. $H = 62$ (65,3%). $M = 33$ (34,7%). $EM = 38,27$ años. $n_{latinos} = 59$ (62,1%). $n_{negros} = 33$ (34,7%). $n_{otros} = 3$ (3,2%).		- Autoestigma superior-elevada cohesión familiar.	- Autoestigma inferior-elevada cohesión familiar.

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Lopez-Morinigo et al., 2016. Reino Unido.	Estudio empírico. (2007-2013).	Estudiar el papel de la evaluación del riesgo para predecir el suicidio en personas con TEE que reciben atención psiquiátrica secundaria.	$n = 426$ con TEE $H = 254$ (59,6%). $M = 172$ (40,04%). $EM = 33,9$ años. $n_{casos} = 71$ TEE y suicidio. $H_{casos} = 52$ (73,2%). $M_{casos} = 19$ (26,8%). $EM = 34,5$.	Desde que registran datos, 242227 personas acuden servicios de SM consultados. $n_{suicidio} = 635$. $n_{suicidioTEE} = 96$ (15,1% de suicidios).	- Menor edad en el primer contacto con Servicios de Salud Mental. - Intentos de suicidio previos. - IS.	- Mayor edad en el primer contacto con Servicios de Salud Mental. - Ausencia de IS e intentos de suicidio previos.
Lu et al., 2020. China.	Revisión sistemática.	Estudiar la prevalencia de SA y sus correlaciones asociadas en personas con esquizofrenia.	$n = 35$ estudios. $n_{total} = 16747$ con esquizofrenia. $EM = 40,1$ años. $H = 62,9\%$. $M = 37,1\%$. Datos SA ($n = 11756$).	Prevalencia combinada SA: $vida = 26,8\%$; I^{er} mes y año de trastorno = 3%; países de altos ingresos = 35,3%; $M = 28,2\%$; $H = 24,6\%$.	- Residir en países de mayores ingresos. - Inicio temprano del TEE.	
Lückhoff et al., 2014. Sudáfrica.	Estudio empírico.	Factores de riesgo SA en muestra Africana de personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.	$n = 981$ (tras ajustes 974) con TEE. $EM = 35$ años. $H = 784$ (80,5%). $M = 190$ (19,5%).	$n_{historiaSA} = 137$ (14%). $H = 115$ (14,7% de su grupo). $M = 22$ (11,6% de su grupo). $Solteros = 84,7\%$ historia suicidio.	- Abuso de cannabis. - Conducta extraña a lo largo de la vida.	- Alogia.

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Ma et al., 2022. China.	Estudio empírico.	Prevalencia PLEs (objetivas y subjetivas) ²⁰ y su contribución a IS.	$n = 8367$ universitarios. $n_{oPLEs} = 103$ (1,23%). $EM = 18,32$ años. $n_{sPLEs} = 91$ (1,09%). $EM = 18,35$ años.	IS: $oPLEs = 41,7\%$. $sPLEs = 26,7\%$.	- Presencia oPLEs. - Depresión. - Ansiedad.	
Maciukiewicz et al., 2015. Polonia.	Estudio empírico.	Estudiar la influencia de factores demográficos, sociales y clínicos en la de la esquizofrenia y el trastorno bipolar.	$n = 882$. $n_{esquizofrenia} = 439$. $n_{bipolar} = 443$. $M_{esquizofrenia} = 224$ (51%). $H_{esquizofrenia} = 215$ (49%).		- Presencia de estrés psicológico premórbido. - Trastornos de personalidad permórbidos.	
Martínez-Aguayo et al., 2016. Chile.	Revisión sistemática.	Evaluación de la literatura acerca del uso de neurolépticos sobre el suicidio en trastornos psicóticos y afectivos.	$n = 58$ artículos.	Las cifras oscilan para SA, en personas con TEE, entre 4% y 30% y consumados entre 4% y 13%.	- No adherencia tratamiento. - Trastorno afectivo. - Abuso sustancias. - CI alto.	- Tratamiento con clozapina.

²⁰ PLEs: las subjetivas (sPLEs) son aquellas que fueron categorizados con potencial de PLEs CPQ-16, The Chinese version of 16-item Prodromal Questionnaire, pero no se corroboran en The Structured Interview of Psychosis-Risk Syndromes (SIPS), mientras que las objetivas (oPLEs) si lo hicieron (Ma et al., 2022).

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Rossi et al., 2019. Italia.	Estudio empírico.	Relación IS y PLEs, e influencia de estas en factores de riesgo comunes para IS (resiliencia, conexión social y ECAs).	$n = 500$ universitarios. $n_{final} = 494$. $EM = 25,52$ años. $H = 142(28,74\%)$. $M = 352$ (71,26%).	$n_{ISPLEs} = 74$ (14,8%).	<ul style="list-style-type: none"> - Elevado nivel socioeconómico. - Sintomatología obsesiva. - Descompensación psicótica. - Delirios contenido negativo. - Efectos adversos antipsicóticos. - Experimentar PLEs. - Baja resiliencia. - Baja conexión social. 	
Sher y Kahn, 2019. Lituania.	Revisión narrativa.	Transmitir visión educativa SB en personas con esquizofrenia.		En personas con esquizofrenia: $Suicidio = 4-13\%$. $SA = 18-55\%$. $H = 60\%$. $M = 40\%$. 1^a década = 44% de las muertes.	<ul style="list-style-type: none"> - Menor edad y edad de inicio. - Ser hombre, excepto al principio. - No estar casado. - Vivir solo. - Desempleo. - Pobre/menor funcionamiento laboral y social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporción y cumplimiento del tratamiento. - Antipsicóticos. - Combinación con antidepresivos. - Terapia no farmacológica.

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
					<ul style="list-style-type: none"> - Mayor inteligencia. - Buena educación. - Buen ajuste premórbido. - Elevadas expectativas personales y comprensión dificultad de cumplimiento. - Eventos vitales recientes. - Acceso a armas de fuego. - Primer episodio y década del TEE. - Planes y antecedentes SA. - Síntomas positivos. - Gravedad psiquiátrica. - Trauma emocional. - Buena percepción. - Sentimientos 	

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Shrivastava et al., 2016. India.	Revisión narrativa.	Función del BDNF como factor protector y marcador del suicidio en esquizofrenia.		En personas con esquizofrenia: <i>Suicidio</i> = 5-10%. <i>SA</i> = 25-35%.	<ul style="list-style-type: none"> negativos y no adherencia al tratamiento. - Hospitalizaciones y recaídas frecuentes. - Trastornos del estado de ánimo. - Antecedentes de suicidio. - Trastornos de pánico. - Problemas médicos y neurológicos. - Abuso sustancias. - Efectos secundarios de los neurolépticos. - Déficit BDNF. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento farmacológico para incrementar el BDNF. - Intervención temprana.

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Suchanek-Raif et al., 2020. Polonia.	Estudio empírico.	Asociación polimorfismos de nucleótidos (SNP) del gen TrkB con esquizofrenia y TM, suicidio y antecedentes familiares esquizofrenia.	$n = 1058$. $n_{esquizofrenia} = 401$. $H_{esquizofrenia} = 242$ (60%). $M_{esquizofrenia} = 159$ (40%). $EM = 41,3$ años.	En esquizofrenia: $n_{SA} = 76$ (19%). $H = 47$ (62%). $M = 29$ (38%).	- Mayor frecuencia alelo G y genotipo G/G polimórfico rs1565445 SNPs.	
Sun et al., 2023. China.	Estudio empírico. (2019-2020).	Papel predictivo PLEs en SI, considerando otros factores influyentes, antes y después de la pandemia.	$n = 938$ estudiantes (muestra final). Frecuencia IS: $n_{baja} = 907$ (96,7%). $n_{alta} = 31$ (3,3%).		- Presentar PLEs.	
Togay et al., 2015. Turquía.	Estudio empírico. (Inicio 1996).	Factores asociados a intentos de suicidio en esquizofrenia antes y después de 1 ^{er} episodio.	$n = 172$ con esquizofrenia, 1 ^{er} episodio agudo. E = 15-45 años. $n_{seguimiento} = 136$. $n_{análisis} = 138$.	SA antes de admisión: $n = 29$ (16,5%). $H = 12$ (41,4%). $M = 17$ (58,6%). SA seguimiento: $n = 11$ (7,9%). $H = 8$ (27,3%). $M = 3$ (72,7%).	- Ser mujer (SA antes de admisión). - Depresión. - Consumo alcohol o sustancias. - Menor adherencia terapéutica. - Menor duración de la remisión. - Mayor duración primer ingreso.	- Remisión sostenida.

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Tomé-Fernández et al., 2023. España.	Revisión sistemática.	Funciones cognitivas de las SB y homicidas en personas con TEE. Valorar mecanismos neuropsicológicos compartidos.	$n = 23$ artículos $n_{SB} = 15$ estudios. $n_{SB} = 5118$ sujetos. $H = 3268(63,9\%)$. $M = 1540(30,1\%)$. $EM = 36,9$ años.		No se obtienen evidencias significativas.	
Wasserman et al., 2021. Suecia.	Revisión narrativa.	Prevalencias, factores de riesgo y prácticas basadas en la evidencia para el suicidio.		El 5% de las personas con esquizofrenia se suicidan al inicio del trastorno. El 25-50% realizan algún intento.	<ul style="list-style-type: none"> - Primeros años tras diagnóstico. - Juventud. - Mayor inteligencia. - Síntomas depresivos y desesperanza. - SA previos. - Mala adherencia terapéutica. - Consumo sustancias. - Inquietud o agitación. - Miedo a desintegración mental. 	- Antipsicóticos de 2ª generación.

Artículo y País	Tipo de Estudio	Objetivo del Estudio	Muestra	Datos de Prevalencia	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Wigand et al., 2018. Alemania.	Estudio empírico. (2013-2014).	Frecuencia eventos clínicos graves en TEE y su asociación con, datos psicopatológicos, eventos clínicos graves y datos socio-demográficos.	$n = 100$ personas con TEE. $EM = 39,8$ años. $H = 57$ (57%). $M = 43$ (43%).	≥ 1 SA ($n = 45$); tendencias suicidas ($n = 26$); total ($n = 71$, 71%; $H = 39$, 54,93%; $M = 32$, 45,07%).		- Lenguaje y comportamiento motor desinhibido al inicio del TEE.
Wilkinson et al., 2022. EE.UU.	Revisión sistemática.	Efectos tratamientos farmacológicos o somáticos en la reducción del riesgo de suicidio en adultos con problemas de salud mental.	$n = 57$ estudios. $n_{clozapina} = 7$ estudios. (5424 sujetos con clozapina y 56548 controles). 11 estudios otros antipsicóticos incluyen personas con trastorno bipolar.			- Tratamiento con clozapina.

Nota. IS = Ideación suicida; SB = Conducta suicida; SA = Intento de suicidio; TEE = Trastorno del espectro de la esquizofrenia; PLEs = Psychotic-like experiences; CHR-P = Alto riesgo clínico psicosis; ACEs = Experiencias infantiles adversas; RP = Rasgos Personalidad; TM = Trastorno mental; SM = Salud Mental; n = Tamaño de la muestra en número de personas/número de artículos. H = Número de hombres; M = Número de mujeres; E = Edad; EM = Edad media. Se reseñan factores de riesgo y protección para la conducta suicida en personas con trastornos psicóticos o PLEs según estudio. Los datos temporales recogidos en el apartado “Tipo de Estudio” se refieren a la duración/periodo de recogida de datos o de los seguimientos. Elaboración propia.

4. Discusión

Este trabajo se ha centrado en la revisión sistemática de publicaciones que estudian los factores de riesgo y protección para la conducta suicida en personas con psicosis. Se ha podido apreciar que la investigación ha estado dirigida en mayor medida a los factores de riesgo ($n = 35$ estudios) que a los de protección ($n = 26$ estudios).

Cabe destacar que, como era de esperar desde una visión contextual, un gran número de factores son similares a los del suicidio en el total de la población (Tabla 2) y no son diferentes a aquellos implicados en el desarrollo de la psicosis (Tabla 3). Ambos comparten experiencias biográficas de sufrimiento y dificultades sociales.

Los acontecimientos vitales adversos aparecen como principal predictor de riesgo de la conducta suicida ($n = 12$). El consumo de sustancias ($n = 9$), con predominio del cannabis y el alcohol, incrementa el riesgo (Leposavić et al., 2015; Togay et al., 2015; Martínez-Aguayo et al., 2016; Sher y Kahn, 2019; De Sousa et al., 2020; Wasserman et al., 2021; Alfimova et al., 2023; Karska et al., 2024). En los distintos estudios datan diferentes formas de adversidad infantil que pueden acentuar el riesgo de conducta suicida en personas con psicosis. Sin embargo, estas aparecen como experiencias específicas aisladas (trauma, abuso, negligencia) lo que hace que no arrojen gran coincidencia. No obstante, al unirlos bajo la etiqueta de “experiencias tempranas negativas”, el acuerdo es fuerte ($n = 5$) (Sher y Kahn, 2019; Islam et al., 2022; Alfimova et al., 2023; Giampetruzzi et al., 2024; Karska et al., 2024), erigiéndose como un potente factor de riesgo. Se antoja así, un importante predictor, debido al papel crítico de esta etapa para el desarrollo, pues en ella se aprenderán estrategias, de evitación o escape, funcionales en su contexto, pero desadaptativas para su vida futura (Guerin, 2022).

Por otro lado, a nivel social, sí se encuentra un número considerable de estudios con factores protectores ($n = 4$) y de riesgo ($n = 5$), pero diseminados en diversos elementos de influencia social. No obstante, podríamos agrupar los protectores en fuentes de apoyo y conexión social ($n = 4$) (Jahn et al., 2016a; De Sousa et al., 2020; Harris et al., 2020; Badcock et al., 2021) y los de riesgo ($n = 5$) en soledad y desconexión social (Martínez-Aguayo et al., 2016; Rossi et al., 2019; Sher y Kahn, 2019; Lu et al., 2020; Badcock et al., 2021) e incapacidad laboral (Sher y Kahn, 2019),

que van en la línea de la falta sentimiento de pertenencia e integración y sensación de carga apreciadas en la literatura (O'Connor y Nock, 2014; García-Haro et al., 2023). También, el acceso o no a medios potencialmente letales (aunque sin gran estudio) se encuentra como factor de riesgo o protector, respectivamente (Jahn et al., 2016a; Sher y Kahn, 2019).

En cuanto a la influencia de problemas adicionales de salud mental, los factores de riesgo son numerosos, con doce estudios diferentes. Entre ellos, destaca la depresión ($n = 5$) (De Sousa et al., 2020; Bornheimer et al., 2021; Wasserman et al., 2021; Bornheimer et al., 2022; Ma et al., 2022), aunque podrían incluirse en esta categoría, los trastornos afectivos y del estado de ánimo ($n = 2$) (Martínez-Aguayo et al., 2016; Sher y Kahn, 2019), pero, especialmente, la desesperanza ($n = 2$) (Jahn et al., 2016b; Wasserman et al., 2021). También, tiene gran influencia la ansiedad ($n = 2$) (Jahn et al., 2016b, Karska et al., 2024) y otras problemáticas asociadas, como la angustia, pánico o estrés premorbidó (Maciukiewicz et al., 2015; Sher y Kahn, 2019; Karska et al., 2024). Con ello, no se pretende hacer un alegato a la comorbilidad ni al conocido dato de que el 90% de las personas que se suicidan tienen problemas psicológicos, sino enlazarlo con todas las condiciones enunciadas previamente y unirlo bajo una nueva etiqueta, transdiagnóstica, funcional y contextual: los “problemas de la vida” que expone Pérez-Álvarez (2021). Pues parece comprensible que todas estas experiencias y condiciones lleven a una situación caracterizada por la desesperanza y el sufrimiento (García-Haro, et al., 2020), percibida como dolor “insoportable, ineludible e inescapable” (Chiles et al., 2019, p. 79).

Respecto a los factores demográficos, sobresale la mayor juventud ($n = 8$) (Lopez-Morinigo et al., 2016; Lin et al., 2019; Lu et al., 2020; Sher y Kahn, 2019; De Sousa et al., 2020; Wasserman et al., 2021; Chen et al., 2022), aunque, también, se encuentra evidencia en el inicio tardío de la psicosis como riesgo (De Sousa et al., 2020; Chen et al., 2022; Chen et al., 2024), pero menor. Probablemente, el riesgo en la menor edad se asocia, a la ruptura con la vida previa y las implicaciones y desesperanza que supone el tratamiento crónico (algo similar ocurre en el primer episodio de psicosis, como se detallará posteriormente) (Whitaker, 2020), mientras que en la mayor edad puede que influyan otras problemáticas derivadas de esta. En cuanto a la variable género existe dicotomía, pues se encuentra evidencia en ambos sentidos, lo cual puede estar

relacionado con que habitualmente las mujeres presentan más intentos, pero los de los hombres son más letales (Fonseca-Pedrero et al., 2020).

Los factores relativos al curso, temporalidad y problemas derivados de la psicosis, se aprecian como claros amplificadores del riesgo ($n = 11$), probablemente, por el sufrimiento añadido. El primer factor de riesgo se halla en el momento del diagnóstico y periodo de tiempo posterior ($n = 6$) (Lin et al., 2019; Sher y Kahn, 2019; Bornheimer et al., 2021; Canal-Rivero et al., 2021; Wasserman et al., 2021; Bornheimer et al., 2022), pues se ha de comprender el impacto que tiene en una persona la repentina ruptura de su vida cotidiana y asunción de una noción de “enfermedad crónica” y “dependencia de medicamentos” con efectos adversos (Whitaker, 2020). También influyen en este sentido la mayor atención hospitalaria y recaídas (Lin et al., 2019; Sher y Kahn, 2019) y la gravedad de la clínica (Sher y Kahn, 2019; De Sousa et al., 2020). En cuanto a la sintomatología positiva, según los estudios encontrados, parece incrementar el riesgo (Huang et al., 2018; Sher y Kahn, 2019; Bornheimer et al., 2021; Bornheimer et al., 2022), mientras que en la negativa existe controversia, entre quienes la consideran protectora (Huang et al., 2018) y los que no (Jahn et al., 2016a; De Sousa et al., 2020; Dongxia et al., 2024). Por lo general, cuando la sintomatología negativa se estima protectora, esta idea radica de la menor lucidez o capacidad mental de la persona en ese momento para llevar a cabo planes. Sin embargo, la mayor parte de suicidios se dan en la fase de remisión depresiva (Negredo-López et al., 2010). Aquí entraría en juego otro factor, ya mencionado previamente: cuando la muerte se da por la orden a unas voces imperativas, ¿es suicidio? (García-Haro et al., 2022).

Parece que el abordaje de recuperación actual es sintomático, pero se antoja más protector el concepto de recuperación propuesto por Jahn et al. (2016b) basado en el “desarrollo de la autoeficacia, autogestión, autodirección, esperanza, empoderamiento [...], reducción de síntomas depresivos, consumo de alcohol, efectos secundarios de fármacos y uso de servicios de crisis” (p. 1).

En esta misma línea, referido al tratamiento de la psicosis, cabe destacar que el mayor acuerdo (en número de estudios), en cuanto a protección, se da en el uso de medicación antipsicótica o su combinación con otras opciones farmacológicas ($n = 7$) (Martínez-Aguayo et al., 2016; Sher y Kahn, 2019; De Sousa et al., 2020; Hawkins et

al., 2021; Wasserman et al., 2021; Wilkinson et al., 2022; Chen et al., 2024). Sin embargo, la mayoría de ellos ($n = 4$), tenían por fin probar los beneficios del psicofármaco (Martínez-Aguayo et al., 2016; Hawkins et al., 2021; Wilkinson et al., 2022; Chen et al., 2024). Esto contrasta con que ningún estudio abordase el beneficio de la psicoterapia como fin principal, pese a que los que lo trataron transversalmente la encontraron beneficiosa (Sher y Kahn, 2019; De Sousa et al., 2020).

Volviendo a los neurolépticos, el único que, en los artículos revisados, muestra cierta eficacia en el control de la conducta suicida es la clozapina, que solo está indicada cuando han fallado dos neurolépticos previos y con el que existe un elevado riesgo de intoxicación, por lo que requiere seguimientos frecuentes. Es más, no se sabe bien cuál es el medio a través del cual se produce el efecto positivo, especulándose que tenga que ver con el mayor seguimiento por los Servicios de Salud Mental (SSM) (Hawkins et al., 2021). Pese a estos datos, el número de muertes por todas las causas y por suicidio en personas con TEE se ha incrementado desde la entrada de los antipsicóticos, que aunque se asume esté influido por muchos factores, impide que se les otorgue a un papel “sanador” (Whitaker, 2020). Estos pueden influir en el suicidio bien por sus efectos secundarios, por el abandono de la medicación debido a tal motivo y por la desesperante perspectiva que sugiere la cronicidad farmacológica. Otro error en estas consideraciones, proviene de los estudios de referencia sobre el beneficio de los antipsicóticos en este tema, pues la consideración o variable de “no tratamiento con antipsicóticos”, habitualmente, se refiere al momento actual. Es decir, una persona, puede haber sido medicada durante varias décadas y haber interrumpido el tratamiento poco antes de la evaluación y ser considerada dentro del grupo sin antipsicóticos, aun pudiendo experimentar todavía sus efectos (Whitaker, 2020). Tampoco se puede olvidar que en esta línea de polimedicación (Chen et al., 2024), efectos adversos y no adherencia (Togay et al., 2015; Martínez-Aguayo et al., 2016; Sher y Kahn, 2019; Wasserman et al., 2021) se encuentran relevantes factores de riesgo expuestos en esta revisión. Además, tampoco se tiene en cuenta el estigma, juicios y presión a que son sometidas las personas por parte de su entorno cuando abandonan la medicación (Whitaker, 2020). Por tanto, dado que el mayor balance riesgos-beneficios se haya en la psicoterapia se aboga por fomentar esta vía.

Entre los factores cognitivos, destaca el papel protector de las RFL (Harris et al., 2020; Flores-Medina et al., 2024) y la memoria de trabajo (Bornheimer et al., 2021; Bornheimer et al., 2022). Mientras que el principal factor de riesgo, el *insight* (aquí puede entenderse como consciencia del problema), es controvertido, debido a que ciertos estudios le atribuyen un papel negativo (De Sousa et al., 2020; Bornheimer et al., 2021; Bornheimer et al., 2022), y en otros es concebido como factor protector (De Sousa et al., 2020). Lo más acertado parece la hipótesis de De Sousa et al. (2020), estos autores afirman que varía en función de la temporalidad del trastorno: mientras que en los primeros momentos puede acrecentar el riesgo, tras un tiempo mejoraría el curso de la psicosis, pudiendo asociarlo a la aceptación o convivencia con el malestar derivado.

En cuanto a la personalidad y diferencias individuales, no se han encontrado factores con un gran peso, a excepción del mayor riesgo a mayor inteligencia (Martínez-Aguayo et al., 2016; Sher y Kahn, 2019; Wasserman et al., 2021), que contrasta con las evidencias previas (Molina-García, 2022. Espada-Sánchez et al., 2023). La resiliencia sí parece tener cierta relación pues, en distintos artículos, se encuentra que un nivel más elevado es protector (Karska et al., 2024) y uno más bajo supone mayor riesgo (Rossi et al., 2019), reafirmando lo postulado por O'Connor y Nock (2014).

Se aprecia también que los antecedentes de la conducta suicida incrementan el riesgo (Lopez-Morinigo et al., 2016; Lin et al., 2019; Sher y Kahn, 2019; Wasserman et al., 2021), probablemente debido a una exposición creciente, en la línea con la capacidad adquirida, postulada por el marco de teorías de la ideación a la acción (Zaldívar-Basurto et al., 2023).

El papel de la familia se considera crucial, sin embargo, aunque se han encontrado evidencias de su influencia, no se hallan factores de un peso especial. Se puede destacar, principalmente, como protector cohesión familiar (Lopez y Weisman de Mamani, 2020; Lopez y Weisman de Mamani, 2022), excepto cuando la persona tiene un mayor autoestigma (Lopez y Weisman de Mamani, 2022). Del mismo modo, la menor cohesión familiar supone un mayor riesgo de suicidio (Lopez y Weisman de Mamani, 2020; Lopez y Weisman de Mamani, 2022). Los antecedentes familiares de salud mental (Chen et al., 2022) y conducta suicida (De Sousa et al., 2020) también incrementan el riesgo y pueden relacionarse con la ya mencionada dificultad infantil.

En esta revisión, se decidió considerar aquellas experiencias que no alcanzan un diagnóstico psicótico, por el considerable número de estudios ($n = 5$) (Rossi et al., 2019; Ma et al., 2022; Gregersen et al., 2023; Sun et al., 2023; Karska et al., 2024) que hablan del riesgo de suicidio en esta etapa y por la hipotetización de que los daños a todos los niveles causados por estas experiencias serán menores que en fases más avanzadas del trastorno (si se desarrollase). Estas pueden ser englobadas como parte de los estados mentales de alto riesgo de psicosis (Fonseca-Pedrero et al., 2021).

Se analizaron diversos estudios sobre causas biológico-genéticas, que encuentran factores probables, siendo el más apoyado el efecto protector del BDNF ($n = 2$) o el riesgo de su déficit ($n = 2$) (Shrivastava et al., 2016; De Sousa et al., 2020; Dongxia et al., 2024), también se habla del elevado CRP (Alfimova et al., 2023). Como potenciales riesgos (en menor medida), el nivel elevado de TSH ($n = 1$) (Dongxia et al., 2024) o la frecuencia del alelo G y del genotipo G/G (polimórfico) del rs1565445 ($n = 1$) (Suchanek-Raif et al., 2020). No obstante, se reconoce que, aunque pueden jugar un papel importante, no se les puede adjudicar un factor agente en el riesgo de suicidio. Otros, no encuentran resultados concluyentes en sus investigaciones sobre esta posible influencia genética o vías neuropsicológicas (Tomé-Fernández et al., 2023; Ebrahimi et al., 2024). Además de factores con evidencias en ambos sentidos, como el alto (Dongxia et al., 2024) o bajo nivel de colesterol (De Sousa et al., 2020). Como se dijo en el apartado 3.2.11., estos elementos no son entidades abordables desde la psicología. No obstante, se incluyen bajo la perspectiva de su utilidad para otras disciplinas con las que la psicología sí debe colaborar de manera interdisciplinar, con el fin último de conocer y abordar toda posible influencia en el sufrimiento humano o descartarlas si carecen de efecto.

En vista de lo ya expuesto, surgen 3 importantes conclusiones:

1. El riesgo de conducta suicida en personas con psicosis se ve influido por múltiples factores.
2. La investigación muestra un gran ímpetu en identificar los factores de riesgo, pero menor en los de protección, lo que denota un enfoque centrado en el tratamiento y no tanto en la prevención.

3. El énfasis en la búsqueda de síntomas y su reducción, principalmente farmacológica.

Se aboga por un modelo que humanice a la persona, para que no sea concebida como “portador de una enfermedad a reducir”, sino como agente de una vida significativa. Es necesario tener en cuenta el derecho a decidir de la persona (Díaz-Garrido et al., 2022), reduciendo así el estigma y deshumanización, que, además, retroalimentan percepciones de carga y desconexión social incrementando el riesgo de suicidio (Jenkins et al., 2023). Por tanto, es imprescindible repensar la psicosis en un marco fenomenológico contextual que trabaje tomando en cuenta a la persona y sus circunstancias y no se centre en reducir síntomas (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2022).

Lo mismo podría decirse respecto a la conducta suicida, que estaría explicada por múltiples dimensiones y, en consecuencia, resulta reduccionista considerar la psicosis como una causa más que como una dificultad (O’Connor y Nock, 2014).

4.1. Limitaciones

El análisis de los artículos ha sido realizado por un solo revisor, por lo que son sometidos a su único criterio. Tampoco se utiliza ninguna herramienta para evaluar la calidad de los mismos.

Asimismo, se debe destacar que la delimitación conceptual de la conducta suicida que se ha argumentado en este trabajo (como dinámica, multidimensional y multicausal), no se corresponde, en muchos casos, con la expuesta por los estudios analizados. Estos, en ocasiones, solo abordan parte de este espectro de conductas o se utilizan etiquetas abiertas. Por tanto, aglutinar ciertas manifestaciones bajo el término común “conducta suicida” para elaborar factores de riesgo y protección en personas con psicosis, implica el riesgo de englobar distintos niveles de gravedad, expresión y sufrimiento.

Esto también ocurriría con la consideración de experiencias psicóticas o psicosis, que engloba todos los trastornos del espectro psicótico. La mayoría de las investigaciones se dirigen a psicosis o TEE (incluyendo todos aquellos trastornos del espectro o varios de ellos) o esquizofrenia en particular; otros engloban experiencias subclínicas. Por tanto, esta variabilidad puede ser fuente de sesgo.

El estudio de los factores de protección para la conducta suicida en personas con psicosis es muy inferior a la investigación sobre los factores de riesgo. Por ello, la evidencia de estos primeros es mucho más moderada.

Los estudios incluidos son heterogéneos, tanto en sus planteamientos como en las características de sus muestras y no se han controlado dichas condiciones. Esto podría llevar a sesgos en la generalización de ciertos factores de riesgo y protección que, si bien se dan en determinadas poblaciones, no lo hacen en otras.

Los estudios analizados se han reducido a aquellos arrojados por la búsqueda en las mencionadas bases de datos. Por tanto, se asume que puede haber mayor evidencia de la aquí recogida, ya sea porque no estaba disponible en formato digital, se encontraba en otras bases de datos o no cumplía con los parámetros iniciales.

5. Conclusiones

La vivencia de acontecimientos vitales adversos, incluyendo el abuso de sustancias y experiencias traumáticas, son un importante factor de riesgo para la conducta suicida en personas con experiencias psicóticas. Además, este tipo de experiencias suelen convivir con otras formas de sufrimiento psicológico, como la depresión-desesperanza en esta población. Se pone de manifiesto la relevancia de abordar y atender adecuadamente los primeros momentos tras el inicio de la psicosis, particularmente en las personas más jóvenes.

En cuanto a los factores de protección el tratamiento es esencial, siendo la pauta de clozapina el elemento con mayor acuerdo, aunque existe controversia en el efecto real y la consideración de la recuperación obtenida con el uso de neurolépticos. Por tanto, la psicoterapia parece la mejor opción en balance riesgos beneficios. Se aboga por favorecer los factores que proporcionen una vida significativa, principalmente, el apoyo social y la conexión con otras personas.

Es necesaria mayor investigación sobre ambos tipos de factores, especialmente en los de protección, para poder contar con evidencias más sólidas sobre las que desarrollar las consiguientes acciones.

6. Referencias

- Alfimova, M. V., Lezheiko, T. V., Gabaeva, M. V., Plakunova, V. V., Mikhailova, V. A., Kaleda, V. G. y Golimbet, V. E. (2023). The CRP Gene's Role in the Relations between Childhood Adversity and History of Suicide Attempts in Schizophrenia. *Russian Journal of Genetics*, 59(2), 205-209.
<https://doi.org/10.1134/S1022795423020023>
- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Editorial for Special Issue on Understanding and Prevention of Suicidal Behavior: Humanizing Care and Integrating Social Determinants. *Psicothema*, 36(4), 309-318.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2024.341>
- Al-Halabí, S. y García-Haro, J. M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En E. Fonseca-Pedrero (coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 639-675). Pirámide.
- Al-Halabí, S., García-Haro, J. M. y Gutiérrez López, B. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida en adolescentes. En E. Fonseca-Pedrero (coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia* (pp. 577-615). Pirámide.
- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal Behaviour Prevention: The Time to Act is Now. *Clínica y Salud*, 32(2), 89-92.
<https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>
- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (coords.). (2023). *Manual de psicología de la conducta suicida*. Ediciones Pirámide.
- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (2023). Are there Common Components in Effective Psychotherapies for Suicidal Behavior? Implications for Professional Practice. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 83-99.
<https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.37050>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed., texto revisado). American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

- Badcock, J. C., Di Prinzio, P., Ambrosi, T., Waterreus, A. y Morgan, A. V. (2021). Loneliness, social isolation and suicide risk in people with psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 233, 60-61.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.06.037>
- Ball, M., Morgan, G. y Haarmans, M. (2022). El marco de poder, amenaza y significado, y la psicosis. En J. A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga-Costa, H. Laffite-Cabrera y E. M. J. Morris (coords.), *Modelos del cambio. Casos clínicos en psicosis* (pp. 129-151). Pirámide.
- Bishop, T. M., Walsh, P. G., Ashrafioun, L., Lavigne, J. E. y Pigeon W. R. (2020). Sleep, suicide behaviors, and the protective role of sleep medicine. *Sleep Medicine*, 66, 264-270. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.07.016>
- Bornheimer, L. A., Cobia, D. J., Verdugo, J. L., Holzworth, J. y Smith, M. J. (2022). Clinical insight and cognitive functioning as mediators in the relationships between symptoms of psychosis, depression, and suicide ideation in first-episode psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 147, 85-93.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.006>
- Bornheimer, L. A., Wojtalik, J. A., Li, J., Cobia, D. y Smith, M. J. (2021). Suicidal ideation in first-episode psychosis: Considerations for depression, positive symptoms, clinical insight, and cognition. *Schizophrenia Research*, 228, 298-304. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.025>
- Canal-Rivero, M., Ayesa-Arriola, R., Setién-Suero, E., Crespo-Facorro, B., Arango, C., Dutta, R. y Lopez-Morinigo, J. D. (2021). Understanding the Influence of Personality Traits on Risk of Suicidal Behaviour in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Journal of Clinic Medicine*, 10(19), 4604.
<https://doi.org/10.3390/jcm10194604>
- Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma. (2020). *Guía de Buenas Prácticas Contra el Estigma*. REPROEXPRES
- Chen, L., Tan, W., Lin, X., Lin, H., Xi, J., Zhang, Y., Jia, F. y Hao, Y. (2022). Influencing factors of multiple adverse outcomes among schizophrenia patients

- using count regression models: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 22, 472. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04070-3>
- Chen, W. Y., Chen, P. H., Pan, C. H., Su, S. S., Tsai, S. Y., Chen, C. C. y Kuo, C. J. (2024). Clozapine and its protective effect on all-cause, natural, and suicide mortality in patients with schizophrenia: A nationwide cohort study in Taiwan. *Schizophrenia Research*, 268, 150-160. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.07.014>
- Chiles, J. A., Strosahl, K. D. y Roberts, L.W. (2019). *Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients* (2.ª ed.). American Psychiatric Association.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). (2006). *Afrontando la realidad del suicidio: Orientaciones para su prevención*.
- Connor, K. M., y Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cooke, A. (ed.). (2014). *Comprender la psicosis y la esquizofrenia*. British Society Division of Clinical Psychology.
- De Sousa, A., Shah, B. y Shrivastava, A. Suicide and Schizophrenia: An Interplay of Factors. (2020) *Current Psychiatry Reports*, 22(65). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01188-7>
- Díaz-Garrido, J. A., Laffite, H. y Zúñiga, R. (2021). Terapia de Aceptación y Recuperación por niveles (ART). En J. A. Díaz-Garrido, H. Laffite y R. Zúñiga (coords.), *Terapia de Aceptación y Compromiso en psicosis: Aceptación y Recuperación por niveles (ART)*. Pirámide.
- Díaz-Garrido, J. A., Zúñiga-Costa, R., Laffite-Cabrera, H. y Morris, E. M. J. (2022). «Eppur si muove». En J. A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga-Costa, H. Laffite-Cabrera y E. M. J. Morris (coords.), *Modelos del cambio. Casos clínicos en psicosis* (pp. 49-60). Pirámide.
- Díaz-Garrido, J. A., Zúñiga-Costa, R., Laffite-Cabrera, H. y Morris, E. M. J. (coords.). (2022). *Modelos del cambio. Casos clínicos en psicosis*. Pirámide.

- Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.). (2024a). *Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad I: Fundamentos, características y persona*. Pirámide.
- Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (2024b). Trastornos de la personalidad: realidad, actualidad y futuro. En J. A. Díaz-Garrido, S. Al-Halabí, A. J. Cangas y F. Rodríguez-Otero (coords.), *Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad I: Fundamentos, características y persona* (pp. 19-78). Pirámide.
- Dongxia, L., Li, M. y Yingying, F. (2024). Can neurocognition, brain neurotrophic factor, triglyceride, and total cholesterol predict suicidal ideation in first-episode Han Chinese patients with schizophrenia? *Brain and Behavior, 14*(5). <https://doi.org/10.1002/brb3.3499>
- Durkheim, E. (2004). *El suicidio. Estudio de sociología*. Losada.
- Durkheim, E. (2008/1897). *El suicidio*. Akal Universitaria.
- Ebrahimi, M., Teymouri, K., Chen, C. C., Mohiuddin, A. G., Pouget, J. G., Goncalves, V. F., Tiwari, A. K., Zai, C. C. y Kennedy, J. L. (2024). Association study of the complement component C4 gene and suicide risk in schizophrenia. *Schizophrenia, 10*(14). <https://doi.org/10.1038/s41537-024-00440-w>
- Espada-Sánchez, J. P., Piqueras-Rodríguez, J. A., Soto-Sanz, V. y Morales-Sabuco, A. (2023). Conceptualización de la conducta suicida. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (coords.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 111-142). Ediciones Pirámide.
- Fehling, K. B. y Selby, E. A. (2021). Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements. *Front. Psychiatry, 11*(499980). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.499980>
- Flores-Medina, Y., Saracco-Alvarez, R., Rosel-Vales, M., Moncayo-Samperio, L. G., Celada-Borja, C., Mondragón-Maya, A., Seubert-Ravelo, A., Luna-Padilla, J., Morelos-Santana, E. y Pavón, L. (2024). My Reasons for Living: A Descriptive Study of the Motives for Not Committing Suicide Among Patients Diagnosed

With Schizophrenia. *Cureus*, 16(7), e64092.

<https://doi.org/10.7759/cureus.64092>

Fonseca-Pedrero, E. (coord.). (2019). *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Pirámide.

Fonseca-Pedrero, E. (coord.). (2021a). *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. Pirámide.

Fonseca-Pedrero, E. (coord.). (2021b). *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia*. Pirámide.

Fonseca-Pedrero, E. y Pérez-Albeñiz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>

Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez del Casal, A., Pérez-Albéniz, A. Sebastián-Enesco, C., Inchausti-Gómez, F. y Pérez-Trenado, M. (2019). Prevención del suicidio en centros educativos. En B. Lucas-Molina y M. Gímenez-Dasí (coord.), *Promoción de la salud: la oportunidad de la escuela a través de programas de intervención en contexto educativo* (pp. 156-184). Pirámide.

Fonseca-Pedrero, E., Santesteban-Echebarri, O., López-Navarro, E. y Debbané, M. (2021). Tratamientos psicológicos para los síntomas psicóticos en adolescentes. En E. Fonseca-Pedrero (coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia* (pp. 761-822). Pirámide.

García-Haro, J., García-Pascual, H. y González-González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381-400. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200003>

García-Haro, J., García-Pascual, H., González-González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2019). ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apuntes de Psicología*, 37(2), 91-100. <https://doi.org/10.55414/ap.v37i2.807>

García-Haro, J., García-Pascual, H., González-González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria.

Papeles del Psicólogo, 41(1), 35-42.

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>

García-Haro, J., González-González, M., Fonseca-Pedrero, E. y Al-Halabí, S. (2023). Conceptualización de la conducta suicida. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (coords.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 31-68). Ediciones Pirámide.

Giampetruzzi, E., Walker, E. F., Addington, J., Bearden, C. E., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., Keshavang, M., Mathalon, D. H., Perkins, D. O., Stone, W. S. y Woods, S. W. (2024). Impact of adverse childhood experiences on risk for internalizing psychiatric disorders in youth at clinical high-risk for psychosis. *Psychiatry Research*, 342, 116214.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116214>

Gómez-Durán, E. L., Forti-Buratti, M. A., Gutiérrez-López, B., Belmonte-Ibañez, A. y Martín-Fumado, C. (2016). Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(1), 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.02.001>

Gregersen, M., Møllegaard-Jepsen, J. R., Marie-Brandt, J., Søndergaard, A., Birkehøj Rohd, S., Veddum, L., Bruun-Knudsen, C., Krogh-Andreassen, A., Klee-Burton, B., Hjorthøj, C., Falkenberg-Krantz, M., Neergaard-Greve, A., Bliksted, V., Mors, O., Nordentoft, M., Elgaard-Thorup, A. A. y Hemager, N. (2023). Suicidal Ideation and Non-Suicidal Self-Injury Following Early Childhood Psychotic Experiences in Preadolescent Children at Familial High Risk of Schizophrenia or Bipolar Disorder - The Danish High Risk and Resilience Study, VIA 11. *Schizophrenia Bulletin*, 49(6), 1602-1613.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbad052>

Guerin, B. (2022). Análisis contextual de las conductas de «psicosis» y qué hacer con ellas. En J. A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga-Costa, H. Laffite-Cabrera y E. M. J. Morris (coords.), *Modelos del cambio. Casos clínicos en psicosis* (pp. 101-116). Pirámide.

Harris, K., Haddock, G., Peters, S. y Gooding, P. (2020). Psychological resilience to suicidal thoughts and behaviours in people with schizophrenia diagnoses: A

- systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy*, 93(4), 777–809.
<https://doi.org/10.1111/papt.12255>
- Hawkins, E. M., Coryell, W., Leung, S., Parikh, S. V., Weston, C., Nestadt, P., Nurnberger, J. I., Jr, Kaplin, A., Kumar, A., Farooqui, A. A. y El-Mallakh, R. S. (2021). Effects of somatic treatments on suicidal ideation and completed suicides. *Brain and behavior*, 11(11), e2381. <https://doi.org/10.1002/brb3.2381>
- Hawton, K., y Pirkis, J. (2024). Preventing suicide: a call to action. *Lancet Public Health*, 9(10), 825-830. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00159-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00159-2)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée de Brouwer.
- Huang, X., Fox, K. R., Ribeiro, J. D. y Franklin, J. C. (2018). Psychosis as a risk factor for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 48(5), 765-776.
<https://doi.org/10.1017/S0033291717002136>
- Inchausti, F., Sánchez-Reales, S. y Prado-Abril, J. (2019). Proceso psicoterapéutico en los trastornos del espectro psicótico. En E. Fonseca-Pedrero (coord.), *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (pp. 145-180). Pirámide.
- Instituto Nacional de Estadística (2024). *Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2023*.
<https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=12118&capsel=12119>
- Islam, M. I., Yunus, F. M., Kabir, E. y Khanam, R. (2022). Evaluating Risk and Protective Factors for Suicidality and Self-Harm in Australian Adolescents With Traditional Bullying and Cyberbullying Victimizations. *American Journal of Health Promotion*, 36(1), 73-83.
<https://doi.org/10.1177/08901171211034105>
- Jahn, D. R., Bennett, M. E., Park, S. G., Gur, R. E., Horan, W. P., Kring, A. M. y Blanchard, J. J. (2016a). The interactive effects of negative symptoms and social role functioning on suicide ideation in individuals with schizophrenia.

Schizophrenia Research, 170(2-3), 271-277.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.12.011>

- Jahn, D. R., DeVylder, J. E., Drapalski, A. L., Medoff, D. y Dixon, L. B. (2016b) Personal Recovery as a Protective Factor Against Suicide Ideation in Individuals With Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 00(00). <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000521>
- Jenkins, T. A., Robison, M. y Joiner, T. E. (2023). Dehumanization and mental health: clinical implications and future directions. *Elsevier*, 50, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2023.101257>
- Karska, J., Rejek, M. y Misiak, B. (2024). Resilience buffers the association between psychotic-like experiences and suicide risk: a prospective study from a non-clinical sample. *BMC Psychiatry*, 24(32). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05491-y>
- Kowalczyk, M., Kucia, K., Owczarek, A, Suchanek-Raif, R., Merk, W., Fila-Danilow, A., Paul-Samojedny, M., Choreza, P. y Kowalski, J. (2020). Association of HSPA1B Polymorphisms with Paranoid Schizophrenia in a Polish Population. *Neuromolecular Medicine* 22, 159–169. <https://doi.org/10.1007/s12017-019-08575-1>
- Leposavić, L., Dimitrijević, D., Dordević, S., Leposavić, I. y Balkoski, G. N. (2015). Comorbidity of harmful use of alcohol in population of schizophrenic patients. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 84-89.
- Lin, C. E., Chung, C. H., Chen, L. F., y Chien, W. C. (2019). Does Compulsory Admission Prevent Inpatient Suicide Among Patients with Schizophrenia? A Nationwide Cohort Study in Taiwan. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(4), 966-979. <https://doi.org/10.1111/sltb.12497>
- Lopez, D. y Weisman de Mamani, A. W. (2022). The interplay of family cohesion, self-stigma, and suicidal ideation in people of color with psychotic spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 313, 114639. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114639>

- Lopez, D. y Weisman de Mamani, A. (2020). Family-related risk and protective factors for suicidal ideation in individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(6), 537-544.
<https://doi.org/10.1037/pro0000307>
- López-Vega, D. J., Morell-García, M. F. y del Río Olvera, F. J. (2023). Colectivos vulnerables para la conducta suicida. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (coords.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 235-316). Ediciones Pirámide.
- Lu, L., Dong, M., Zhang, L., Zhu, X. M., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Wang, G. y Xiang, Y. T. (2019). Prevalence of suicide attempts in individuals with schizophrenia: a meta-analysis of observational studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e39. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000313>
- Lucas Molina, B. y Giménez-Dasí, M. (coord.) (2019). *Promoción de la salud: la oportunidad de la escuela a través de programas de intervención en contexto educativo*. Pirámide.
- Lückhoff, M., Koen, L., Jordaan, E. y Niehaus, D. (2014). Attempted suicide in a Xhosa schizophrenia and schizoaffective disorder population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(2), 167-174. <https://doi.org/10.1111/sltb.12066>
- Ma, H. X., Zhao, J., Lin, I. A., Zhang, X. J., Li, Z. J., Wang, C. Y., Zhou, F. C. y Verma, S. (2022). Differential contributions between objective and subjective psychosis-like experiences to suicidal ideation in college students. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(10), 1112-1120.
<https://doi.org/10.1111/eip.13259>
- Maciukiewicz, M., Pawlak, J., Kapelski, P., Łabędzka, M., Skibinska, M., Zaremba, D., Leszczynska-Rodziewicz, A., Dmitrzak-Weglarz, M. y Hauser, J. (2016). Can Psychological, Social and Demographical Factors Predict Clinical Characteristics Symptomatology of Bipolar Affective Disorder and Schizophrenia? *The Psychiatric Quarterly*, 87(3), 501-513.
<https://doi.org/10.1007/s11126-015-9405-z>

- Martínez-Aguayo, J. C., Silva, H., Arancibia, M., Angulo, C. y Madrid, E. (2016). Antipsicóticos y suicidio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 54(2), 141-150. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000200008>
- Molina-García, M. D. (2022). *Contribución del cociente intelectual premórbido y la edad de inicio de psicosis al rendimiento cognitivo y recuperación funcional de individuos con un primer episodio psicótico* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio de la Universidad Complutense de Madrid. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/89008>
- Morillas-Fernández, M. L., Simão-Aiex, L. y Pineda-Tenor, D. (2018). Fármacos antipsicóticos. *Medicina de Familia Andalucía*, 19(1), 48-52.
- Negredo-López, L., Melis-Pont, F. y Herrero-Mejías, O. (2010). *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave* (Premio Nacional Victoria Kent Año 2010). Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- O'Connor, R., y Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1, 73-85. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- O'Connor, R. (2021). *When it is darkest. Why people die by suicide and what we can do to prevent it*. Vermilion.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). *Summary report. Working group on preventive practices in suicide and attempted suicide*. WHO Regional Office for Europe.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Organización Panamericana de la Salud.
- Page, J. P., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E, Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W, Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. y Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones

- sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24(1), 1-9.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría: Más allá de la corriente principal*. Alianza
- Pérez-Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2022). Para el cambio de paradigma en psicosis: un enfoque fenomenológico contextual. En J. A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga-Costa, H. Laffite-Cabrera y E. M. J. Morris (coords.), *Modelos del cambio. Casos clínicos en psicosis* (pp. 29-48). Pirámide.
- Pompili, M., Lester, D., Grisпинi, A., Innamorati, M., Calandro, F., Iliceto, P., De Pisa, E., Tatarelli, R. y Girardi, P. (2009). Completed suicide in schizophrenia: evidence from a case-control study. *Psychiatry Research*, 167(3), 251-257.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.03.018>
- Pridmore, S. (2014). Mental disorder and suicide: a faulty connection. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49(1), 18-20.
<https://doi.org/10.1177/0004867414548904>
- Reyes-Ortega, M. A. y Strosahl, K. D. (2020). *Guía clínica de evaluación y tratamiento del comportamiento suicida*. Manual Moderno.
- Robison, M., Abderhalden, F. P. y Joiner, T. E. (2024). Dehumanization and the association with nonsuicidal self-injury and suicidal ideation in an incarcerated population. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 45(4), 287–293. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000952>
- Rodríguez-Paz, S. G. (2024). *Manejo de la conducta suicida mediante un tratamiento breve de TCC en pacientes con trastorno depresivo*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio de Tesis de la Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información de la

Universidad Nacional Autónoma de México.

<https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000852846>

- Rossi, R., Socci, V., Collazzoni, A., Lucaselli, A., Di Lorenzo, G. y Pacitti, F. (2019). Psychotic-like experiences interaction with common risk factors for suicidal ideation. *Journal of Psychopathology*, 25, 205-211.
- Serrano-Cartón, M. M., Serrano-Cartón, M. C. y Serrano-Vázquez. (2012). Factores pronósticos en la esquizofrenia. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*, (11), 98-105.
- Sher, L. y Kahn, R. S. (2019). Suicide in Schizophrenia: *An Educational Overview. Medicina*, 55(7), 361. <https://doi.org/10.3390/medicina55070361>
- Shrivastava, A., De Sousa, A. y Rao, G. P. (2016). Brain-Derived Neurotrophic Factor and Suicide in Schizophrenia: Critical Role of Neuroprotective Mechanisms as an Emerging Hypothesis. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(6), 499-504. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.194913>
- Suchanek-Raif, R., Raif, P., Kowalczyk, M., Paul-Samojedny, M., Zielińska, A., Kucia, K., Merk, W. y Kowalski, J. (2020). An Analysis of Five TrkB Gene Polymorphisms in Schizophrenia and the Interaction of Its Haplotype with rs6265 BDNF Gene Polymorphism. *Disease Markers*, 2020, 4789806. <https://doi.org/10.1155/2020/4789806>
- Sun, M., Wang, D., Jing, L. y Zhou, L. (2023). The predictive role of psychotic-like experiences in suicidal ideation among technical secondary school and college students during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 23(1), 521. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05025-y>
- Togay, B., Noyan, H., Tasdelen, R. y Uçok, A. (2015). Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 252–256. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.025>
- Tomé-Fernández, M., Berbegal-Bernabeu, M., Sánchez-Sansegundo, M., Zaragoza-Martí, A., Rubio-Aparicio, M., Portilla-Tamarit, I., Rumbo-Rodríguez, L. y Hurtado-Sánchez, J. A. (2023). Neurocognitive Suicide and Homicide Markers

- in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 13(6), 446. <https://doi.org/10.3390/bs13060446>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers*, 5(74). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Ventriglio, A., Gentile, A., Bonfitto, I., Stella, E., Mari, M., Steardo, L. y Bellomo, A. (2016). Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 7(116). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00116>
- Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A. y Herrman, H. (2021). Suicide prevention in psychiatric patients. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3), e12450. <https://doi.org/10.1111/appy.12450>
- Whitaker, R. (2020). Viewpoint: do antipsychotics protect against early death? A critical view. *Psychological Medicine*, 50(16), 2643-2652. <https://doi.org/10.1017/S003329172000358X>
- Wigand, M. E., Lang, F. U., Reichhardt, L., Schulze, T. G., Walther, S., Becker, T. y Jäger, M. (2018). Severe clinical events in 100 patients with schizophrenia: a retrospective clinical description using a system-specific psychopathological approach. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1368701>
- Wilkinson, S. T., Trujillo Diaz, D., Rupp, Z. W., Kidambi, A., Ramirez, K. L., Flores, J. M., Avila-Quintero, V. J., Rhee, T. G., Olfson, M. y Bloch, M. H. (2022). Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 39(2), 100-112. <https://doi.org/10.1002/da.23222>
- Zaldívar-Basurto, F., López-Ríos, F. y García-Montes, J. M. (2023). Modelos psicológicos en la conducta suicida. La perspectiva contextual. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (coords.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 69-110). Ediciones Pirámide.

Anexo I

Tabla 5

Detalles de la Búsqueda

Fuente	Parámetros
<i>Web of Science</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Palabras de búsqueda: (<i>psychosis</i>) OR (<i>psychotic</i>) OR (<i>schizophrenia</i>) AND (<i>suicid*</i>) AND (<i>risk</i>) AND (<i>protect*</i>). - Campos: Tema (incluye: título, el resumen, <i>Keyword Plus</i> y las palabras clave del autor). En Colección Principal de <i>Web of Science</i>. - Años de publicación: 2014-2024 (inclusive). Marcados manualmente de forma individual. - Idiomas: Inglés y Español. - Tipos de documentos: Artículos y Artículos de Revisión. - Resultados → (<i>n</i> = 150).
<i>Scopus</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Palabras de búsqueda: (<i>psychosis</i>) OR (<i>psychotic</i>) OR (<i>schizophrenia</i>) AND (<i>suicid*</i>) AND (<i>risk</i>) AND (<i>protect*</i>). - Campos: Título-Abstract-Palabras clave. - Años de publicación: 2014-2024 (inclusive). Marcados manualmente de forma individual. - Idiomas: Inglés y Español. - Tipo de documento: <i>Article</i> y <i>Review</i>. - Resultados → (<i>n</i> = 183).
<i>PubMed</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Palabras de búsqueda: (<i>psychosis</i>) OR (<i>psychotic</i>) OR (<i>schizophrenia</i>) AND (<i>suicid*</i>) AND (<i>risk</i>) AND (<i>protect*</i>). - Campos: <i>All Fields</i>. - Años de publicación: 2014-2024 (inclusive). Marcados en rango. - Idiomas: Inglés y Español. - Tipo de documento: <i>Clinical Study</i>, <i>Clinical Trial</i>, <i>Meta-Analysis</i>, <i>Randomized Controlled Trial</i>, <i>Review</i>, <i>Systematic Review</i>. - Resultados → (<i>n</i> = 38).
<i>PsycInfo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Palabras de búsqueda: (<i>psychosis</i> or <i>schizophrenia</i> or <i>psychotic</i>) AND (<i>suicid*</i>) AND (<i>risk</i>) AND (<i>protect*</i>). - Campos: <i>All Fields</i>. - Años de publicación: 2014-2024 (inclusive). Relleno en rango. - Idiomas: Inglés y Español. - Tipo de documento: Publicaciones académicas y tesis doctorales. - Resultados → (<i>n</i> = 98).

Nota. Elaboración propia.

Anexo II

Tabla 6

Número de Estudios por Factor de Riesgo o Protección Encontrados

Factores Riesgo (n = 35)	n	Factores Protección (n = 26)	n
Acontecimientos Vitales (12-0)			
Vivir ACEs	1		
Trauma infantil	1		
Trauma emocional	1		
Abuso sexual, psicológico o negligencia emocional infantil	1		
Sufrir bullying o ciberbullying	1		
Consumo de sustancias	5		
Consumo alcohol	3		
Consumo cannabis	3		
Eventos vitales recientes	1		
Problemas de Salud Mental (11-0)			
Insomnio	1		
Depresión	5		
Desesperanza	2		
Trastorno afectivo	1		
Trastornos del estado de ánimo	1		
Ansiedad	2		
Angustia asociada	1		
Presencia de estrés psicológico premórbido	1		
Trastornos de pánico	1		
Sintomatología obsesiva	1		
Psicosis, Temporalidad y Curso (11-7)			
Primer episodio, semana y año tras ingreso /diagnóstico	6	Intervención temprana	1
3 o más ingresos el año previo	1	Síntomas negativos	1
Atención en centros médicos	1	Alogia	1
Mayor DUP	1	Menor nivel de síntomas negativos sobre placer y motivación	1
Mayor gravedad psiquiátrica	2	Recuperación	1
Mayor síntomas negativos y positivos	2	Remisión sostenida	1
Síntomas positivos	4	Lenguaje y comportamiento motor desinhibido	1
Descompensación psicótica	1		
Delirios de contenido negativo	1		
Agitación	1		
Miedo a la desintegración mental	1		
Hospitalizaciones y recaídas frecuentes	1		
Menor duración de la remisión	1		
Mayor duración primer ingreso	1		

Factores Riesgo (<i>n</i> = 35)	<i>n</i>	Factores Protección (<i>n</i> = 26)	<i>n</i>
Factores Demográficos (10-2)			
Mujer	2	Mujer	1
Hombre	2	Mayor edad primer contacto con SSM	1
Juventud/menor edad	4		
Menor edad en el primer contacto con Servicios de Salud Mental	1		
Inicio temprano TEE	2		
Desarrollo esquizofrenia edad adulta	1		
Mayor edad	1		
Edad aparición < 30/ > 45 años	1		
Tratamiento (5-7)			
Polimedicación	1	Tratamiento clozapina	5
Efectos adversos antipsicóticos	2	Cumplimiento del tratamiento	1
No adherencia tratamiento	4	Antipsicóticos 2ª generación	2
		Antipsicótico + antidepresivo	2
		Tratamiento racional	1
		Terapia electro-convulsiva	1
		Psicoterapia	2
Personalidad y Diferencias Individuales (6-2)			
TP permórbidos	1	RP cooperatividad	1
RP evitación daños	1	RP persistencia	1
RP dependencia pasiva	1	RP auto-trascendencia	1
RP esquizoides y esquizotípicos	1	Mayor resiliencia	1
Mayor CI	3		
Baja Resiliencia	1		
Elevadas expectativas y comprensión de no cumplimiento	1		
Factores Sociales (5-4)			
Soledad	1	Mejor funcionamiento rol social	1
Baja conexión social	1	Conexión y cohesión social	1
Pobre funcionamiento laboral y social	1	Apoyo social	2
Residir en países de más ingresos	1	Matrimonio	1
Elevado nivel socioeconómico	1	Reducir acceso a medios letales	1
No estar casado	1		
Vivir solo	1		
Desempleo	1		
Acceso a armas de fuego	1		
Factores Cognitivos (5-6)			
Mayor <i>insight</i> clínico	2	Mayor memoria de trabajo	2
Mayor <i>insight</i> inicio	1	Mayor funcionamiento cognitivo	1
Buena percepción	1	Menor <i>insight</i> clínico	2
Buen ajuste premórbido	1	Mayor <i>insight</i> tras 12 meses	1
Conducta extraña a lo largo de vida	1	Mayor RFL	2
Educación	1	Creencia supervivencia-afrontamiento	1
		Responsabilidad hacia la familia	1
		Habilidades y atributos personales percibidos	1

Factores Riesgo (<i>n</i> = 35)	<i>n</i>	Factores Protección (<i>n</i> = 26)	<i>n</i>
Factores Familiares (4-2)			
Antecedentes familiares de trastorno mental.	1	Elevada cohesión familiar	1
Antecedentes familiares de suicidio.	1	Autoestigma inferior-elevada cohesión familiar	1
Elevada percepción y número de críticas por el cuidador.	1		
Baja cohesión familiar y elevado GED	1		
Autoestigma superior-elevada cohesión familiar	1		
Factores Asociados a la Conducta Suicida Previa (4-0)			
Antecedentes de suicidio	2		
Planes y antecedentes SA	1		
Intentos de suicidio previos	2		
IS	1		
Factor Químico-Biológico (4-4)			
Bajo colesterol	1	Niveles elevados de CRP	1
Elevado colesterol	1	Polimorfismos del HSPA1B	1
Elevado TSH	1	Elevado BDNF	1
Déficit BDNF	2	Tratamiento farmacológico para incrementar el BDNF	1
Mayor frecuencia alelo G y genotipo G/G polimórfico del rs1565445 SNPs	1		
Salud Física (1-0)			
Dolencias médicas/neurológicas	1		
Experiencias Cercanas a la Psicosis (5-0)			
2 EP infancia temprana	1		
PLEs	3		
oPLEs	1		

Nota. TP = trastorno de personalidad; RP = rasgos de personalidad. Elaboración Propia.