

IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y PSICOPATOLÓGICAS ASOCIADAS

MARÍA JABARES-AVÍN¹, CLARA MARTÍNEZ-CAO^{2-4,6,7},
M.^a PAZ GARCÍA-PORTILLA GONZÁLEZ¹⁻⁵, AINOA GARCÍA-FERNÁNDEZ²⁻⁴,
PILAR A. SÁIZ¹⁻⁵ Y PAULA ZURRÓN-MADERA¹⁻⁴

¹Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Oviedo (Principado de Asturias).

²Departamento de Psiquiatría. Universidad de Oviedo (Principado de Asturias).

³Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo (Principado de Asturias).

⁴Instituto Universitario de Neurociencias del Principado de Asturias (INEUROPA).
Oviedo (Principado de Asturias).

⁵CIBER de Salud Mental. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

⁶Universidad Alfonso X El Sabio (UAX). Madrid.

⁷Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

RESUMEN

Introducción: el suicidio es una de las principales causas de muerte en pacientes con esquizofrenia, y la ideación suicida constituye un factor predictivo significativo de la conducta suicida. Sin embargo, la evidencia sobre las variables sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas asociadas a este fenómeno siguen siendo heterogéneas.

Objetivos: describir la prevalencia de ideación suicida en una muestra de pacientes ambulatorios con esquizofrenia e identificar las variables sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas asociadas.

Material y métodos: se realizó un análisis secundario de un estudio observacional transversal en 254 pacientes ambulatorios con esquizofrenia. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, y se evaluó la psicopatología mediante la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) y la Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). La ideación suicida actual se definió mediante el ítem 8 de la CDSS. Se realizaron análisis descriptivos y comparaciones bivariantes entre pacientes con y sin ideación suicida actual.

Resultados: el 14,17% de los pacientes presentó ideación suicida actual, y la presencia de ideación se asoció a estar en situación de desempleo ($\chi^2 = 8,139$; nivel de significación estadística [p] = 0,017), antecedentes de intentos suicidas previos ($t = -2,119$; $p = 0,041$) y mayor gravedad de los síntomas positivos ($t = -2,929$; $p = 0,004$), negativos ($t = -2,265$; $p = 0,024$) y depresivos ($t = -7,386$; $p < 0,001$).

Discusión: este estudio identificó variables sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas específicas asociadas a la ideación suicida en la esquizofrenia. Estos hallazgos pueden ayudar a los profesionales de la salud mental a desarrollar programas de detección y prevención más específicos y dirigidos.

Conclusiones: en esta muestra de pacientes ambulatorios estables con esquizofrenia, la ideación suicida actual se asoció a desempleo, intentos suicidas previos y mayor gravedad psicopatológica. Estos hallazgos apoyan la necesidad de incorporar la valoración sistemática de síntomas afectivos, antecedentes suicidas y situación sociolaboral en el seguimiento enfermero en salud mental.

Palabras clave: depresión, esquizofrenia, ideación suicida, suicidio, intento de suicidio.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno grave, complejo y multidimensional, caracterizado por síntomas negativos, positivos, afectivos y cognitivos¹. Más del 90 % de las muertes por suicidio se asocian a trastornos mentales graves como la esquizofrenia², y el riesgo de suicidio en estos pacientes es entre 10 y 20 veces mayor que en la población general³. Por ello, la detección precoz de pacientes con alto riesgo de suicidio constituye una prioridad para la salud pública y los sistemas de atención en salud mental, especialmente, para el personal de enfermería, que desempeña un papel central en la evaluación continua, la relación terapéutica y la prevención⁴.

Los pacientes con esquizofrenia presentan una esperanza de vida entre 15 y 25 años menor que la de la población general^{5,6}, y el suicidio continúa siendo una de las principales causas de muerte⁷. La prevalencia de ideación suicida en países occidentales es de, aproximadamente, el 34,5 %⁸, lo que la convierte en un marcador clínico clave para la prevención del suicidio⁹. Variables sociodemográficas como ser varón, soltero y estar desempleado, así como características clínicas como los síntomas depresivos —especialmente, la desesperanza— se

asocian de forma significativa a la ideación suicida^{7,10-12}. No obstante, la relación entre los síntomas psicóticos, la depresión y el grado de conciencia de enfermedad sigue siendo inconsistente¹³⁻¹⁸.

Una mayor conciencia de enfermedad se ha relacionado tanto con tasas más bajas de suicidio a largo plazo¹⁹ como con mayores niveles de desesperanza y malestar asociado al estigma^{2,20,21}. Estas discrepancias ponen de manifiesto la necesidad de clarificar las variables que contribuyen a la ideación suicida en la esquizofrenia²². Por ello, el presente estudio tiene como objetivo describir la prevalencia de ideación suicida en una muestra de pacientes estables con esquizofrenia e identificar las variables sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas asociadas, aportando evidencia que pueda orientar la evaluación enfermera y las estrategias de prevención en la práctica clínica. Se planteó la hipótesis de que, al menos, un tercio de los pacientes presentaría ideación suicida y que esta estaría relacionada con un perfil sociodemográfico y clínico específico, así como con una mayor gravedad psicopatológica y una mayor conciencia de enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un análisis secundario de un estudio observacional, transversal y naturalista cuyo obje-

Correspondencia: Clara Martínez-Cao
Correo electrónico: martinezclara@uniovi.es

tivo principal fue desarrollar un modelo de estadificación de la esquizofrenia²³. La muestra estuvo formada por 254 pacientes ambulatorios estables con diagnóstico de esquizofrenia, reclutados en dos centros de salud mental de Oviedo. Los criterios de inclusión y exclusión no fueron restrictivos, con el fin de garantizar que la muestra fuera lo más heterogénea y representativa posible del trastorno.

Los criterios de inclusión fueron: 1) pacientes diagnosticados de esquizofrenia según la 10.^a edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*²⁴; 2) edad superior a 17 años; y 3) firma del consentimiento informado por escrito.

Los criterios de exclusión fueron la ausencia de consentimiento por parte del paciente o la presencia de discapacidad intelectual o enfermedad neurológica que afectaran a la comprensión del estudio.

Protección de datos y consideraciones éticas

Este estudio se llevó a cabo en Oviedo (España) de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki²⁵ y las directrices de Buenas Prácticas Clínicas. Fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) (Ref. 36/2012, 35/2014).

La información recogida fue tratada de forma confidencial y utilizada exclusivamente con fines de investigación, de acuerdo con el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (conocido como Reglamento general de protección de datos o RGPD), la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), y la normativa nacional aplicable: Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por

el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado por escrito antes de su inclusión en el estudio.

Instrumentos de medida

Características sociodemográficas y clínicas

Se utilizó un cuestionario *ad hoc* para evaluar las características sociodemográficas y clínicas. Las variables sociodemográficas recogidas fueron la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo, la repetición de curso y la situación laboral. Las características clínicas incluyeron información sobre el número de hospitalizaciones psiquiátricas, el número de intentos de suicidio previos, la duración de la enfermedad y la existencia de una discapacidad reconocida.

Psicopatología

Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS)

La Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS; del inglés, Positive and Negative Syndrome Scale) fue desarrollada por Kay *et al.*²⁶ y validada en población española por Peralta y Cuesta²⁷. La PANSS se utiliza para evaluar los síndromes positivo y negativo de la esquizofrenia desde una perspectiva dimensional (gravedad) y categorial, ya que clasifica el trastorno esquizofrénico como «positivo», «negativo» o «mixto». Consta de 30 ítems puntuados de 1 (ausente) a 7 (extremo), donde una mayor puntuación indica mayor gravedad de los síntomas. Para este estudio, se emplearon la puntuación total (rango: 30-210 puntos) y las puntuaciones de sus tres subescalas: positiva (PANSS-P; rango: 7-49), negativa (PANSS-N; rango: 7-49) y psicopatología general (PANSS-GP; rango: 16-112).

Además, se calculó el **factor negativo de Marder**²⁸ (PANSS-MNF; rango: 7-49), que incluye todos los ítems de la PANSS-N, excepto «dificultad en el pensamiento abstracto» y «pensamiento estereotipado», así como dos ítems de la subescala PANSS-GP («retardo motor» y «evitación social activa»). Asimismo, se calculó el **factor depresión** (PANSS-D) a partir de la suma de cinco ítems de la subescala PANSS-GP: «ansiedad», «sentimientos de culpa», «depresión», «preocupación somática» y «preocupación». La puntuación de este factor oscila entre 5 y 35.

Insight clínico

El nivel de *insight* se evaluó mediante el ítem 12 de la subescala de la PANSS-GP, que valora la falta de juicio y conciencia de enfermedad, durante los últimos siete días. Este ítem explora el grado de conciencia o comprensión de la propia condición psiquiátrica y de la situación vital. Se puntúa de 1 (ausente) a 7 (extremo), indicando las puntuaciones más altas un mayor deterioro del *insight* clínico.

Síntomas depresivos

Los síntomas depresivos se evaluaron mediante la **Calgary Depression Scale for Schizophrenia** (CDSS), desarrollada por Addington *et al.*²⁹ y adaptada y validada al español por Sarró *et al.*³⁰. La CDSS evalúa síntomas depresivos durante las dos semanas previas a la entrevista mediante nueve ítems puntuados de 0 (ausente) a 3 (grave). La puntuación total oscila entre 0 y 27 puntos; las puntuaciones entre 0 y 4 indican ausencia de depresión, mientras que puntuaciones iguales o superiores a 5 indican su presencia.

Ideación suicida

La ideación suicida actual se evaluó mediante el ítem 8 de la CDSS. Este ítem clasifica la ideación suicida como ausente (0), leve (1), moderada (2) o grave (3).

En este estudio, una puntuación de 0 se clasificó como ausencia de ideación suicida actual, y las puntuaciones de 1 a 3, como presencia de ideación suicida actual.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 25.0 (IBM Corp., Armonk, Nueva York, Estados Unidos). El nivel de significación estadística bilateral se estableció en $p < 0,05$.

Se llevaron a cabo análisis descriptivos de todas las variables. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar (DE), y las variables cualitativas, como frecuencias y porcentajes. Posteriormente, para cumplir el segundo objetivo, la muestra se dividió en dos grupos según la presencia o ausencia de ideación suicida identificada mediante el ítem 8 de la CDSS. Finalmente, en función de las características de las variables estudiadas, se utilizaron las pruebas de la *t* de Student o de chi cuadrado (χ^2) para analizar las diferencias entre ambos grupos.

RESULTADOS

Características sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas

La media de edad de la muestra fue de 40,5 años (DE = 13,1) y el 64,2 % eran varones. La mayoría de los participantes no había contraído matrimonio (74,0 %) y tenía estudios secundarios (59,4 %). De los 253 pacientes con información disponible sobre situación laboral, 175 estaban desempleados (69,2 %), 41 se encontraban en actividad laboral (16,2 %) y 37 eran estudiantes o amas de casa (14,6 %).

La duración media de la enfermedad en la muestra fue de 12,1 años (DE = 12,0), y el número medio de hospitalizaciones psiquiátricas previas fue de 1,63 (DE = 2,1). El 14,2% de los pacientes presentó ideación suicida. El número medio de intentos de suicidio previos en el subgrupo de pacientes que había realizado, al menos, un intento fue de 0,8 (DE = 1,6). En la tabla 1, se presenta información más detallada sobre los datos sociodemográficos y clínicos.

En el análisis descriptivo de las variables psicopatológicas, tal como se muestra en la tabla 2, la puntuación media total de la PANSS fue de $60,75 \pm 14,98$. Por subescalas, la media fue de $12,99 \pm 5,33$ en la PANSS-P, de $17,87 \pm 5,57$ en la PANSS-N y de $29,89 \pm 7,61$ en la PANSS-GP. Estos resultados sugieren, en términos descriptivos, un mayor peso relativo de la sintomatología negativa respecto a la positiva. El factor negativo de Marder presentó una media de

Tabla 1. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con esquizofrenia con y sin ideación suicida

Variables	Muestra total n = 254	Con IS n = 36	Sin IS n = 218	t/χ^2	p
Edad (años) [media ± DE]	40,49 ± 13,102	42,28 ± 12,443	40,20 ± 13,212	t = -0,882	0,378
Sexo [n (%)]					
Hombre	163 (64,2%)	22 (61,1%)	141 (64,7%)	χ^2 = 0,171	0,679
Mujer	91 (35,8%)	14 (38,9%)	77 (35,3%)		
Estado civil [n (%)]					
Nunca casado	188 (74,0%)	29 (80,6%)	159 (72,9%)	χ^2 = 0,933	0,334
Casado [#]	66 (26,0%)	7 (19,4%)	59 (27,1%)		
Nivel educativo [n (%)]					
Primaria	57 (22,4%)	7 (19,4%)	50 (22,9%)	χ^2 = 0,229	0,892
Secundaria	151 (59,4%)	22 (61,1%)	129 (59,2%)		
Universidad	46 (18,1%)	7 (19,4%)	39 (17,9%)		
Cursos repetidos [media ± DE]	1,05 ± 1,140	1,31 ± 1,051	1,01 ± 1,151	t = -1,472	0,142
Situación laboral [n (%)]					
Actividad	41 (16,2%)	0 (0,0%)	41 (18,9%)	χ^2 = 8,139	0,017
Desempleado	175 (69,2%)	30 (83,3%)	145 (66,8%)		
Estudiante/ama de casa	37 (14,6%)	6 (16,7%)	31 (14,3%)		
Número de hospitalizaciones [media ± DE]	1,63 ± 2,077	1,49 ± 1,805	1,65 ± 2,120	t = 0,437	0,662
Duración de la enfermedad (años) [media ± DE]	12,07 ± 11,978	13,03 ± 12,380	11,91 ± 11,934	t = -0,511	0,610

Continúa

Tabla 1. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con esquizofrenia con y sin ideación suicida (continuación)

Variables	Muestra total n = 254	Con IS n = 36	Sin IS n = 218	t/ χ^2	p
Número de intentos de suicidio previos [media $\pm$ DE]	0,31 $\pm$ 0,996	0,81 $\pm$ 1,582	0,23 $\pm$ 0,840	t = -2,119	0,041
Discapacidad reconocida [n (%)]*					
Sí	125 (49,4%)	20 (55,6%)	105 (48,4%)	χ^2 = 0,635	0,426
No	127 (50,2%)	16 (44,4%)	112 (51,6%)		

#«Casado» incluye a personas casadas, con pareja, viudas y divorciadas.

*n = 252 para la variable «Discapacidad reconocida» por falta de información en 2 participantes (ausencia de confirmación por parte del paciente o de un informante secundario).

χ^2 : prueba de chi cuadrado; DE: desviación estándar; IS: ideación suicida [actual]; n: tamaño de la muestra; p: nivel de significación estadística; t: prueba de la t de Student.

Tabla 2. Comparación de las características psicométricas de pacientes con esquizofrenia con y sin ideación suicida

Variables	Muestra total n = 254 Media $\pm$ DE	Con IS n = 36 Media $\pm$ DE	Sin IS n = 218 Media $\pm$ DE	t	p
PANSS-P	12,99 $\pm$ 5,325	15,36 $\pm$ 4,447	12,60 $\pm$ 5,364	-2,929	0,004
PANSS-N	17,87 $\pm$ 5,567	19,74 $\pm$ 5,548	17,56 $\pm$ 5,529	-2,265	0,024
PANSS-GP	29,89 $\pm$ 7,614	35,86 $\pm$ 7,079	28,90 $\pm$ 7,254	-5,349	<0,001
PANSS total	60,75 $\pm$ 14,977	70,85 $\pm$ 12,022	59,06 $\pm$ 14,775	-4,619	<0,001
PANSS-MNF	17,91 $\pm$ 5,986	21,30 $\pm$ 6,228	17,35 $\pm$ 5,771	-3,764	<0,001
PANSS-D	10,03 $\pm$ 3,428	13,58 $\pm$ 3,675	9,45 $\pm$ 3,014	-7,386	<0,001
CDSS-total	3,26 $\pm$ 4,162	9,22 $\pm$ 5,281	2,27 $\pm$ 2,969	-17,393	<0,001
CDSS ítem 8-Ideación suicida	0,17 $\pm$ 0,455	1,22 $\pm$ 0,422	0,00 $\pm$ 0,000	-7,699	<0,001
PANSS-GP12-Nivel de insight	2,92 $\pm$ 1,470	3,08 $\pm$ 1,251	2,89 $\pm$ 1,504	-0,814	0,419

CDSS: Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (del inglés, Calgary Depression Scale for Schizophrenia); DE: desviación estándar; IS: ideación suicida [actual]; n: tamaño de la muestra; p: nivel de significación estadística; PANSS: Escala de Síndromes Positivos y Negativos para la Esquizofrenia (del inglés, Positive and Negative Syndrome Scale); PANSS-D: subescala depresiva de la Escala de Síndromes Positivos y Negativos para la Esquizofrenia (del inglés, Depressive Subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale); PANSS-GP: subescala de psicopatología general de la Escala de Síndromes Positivos y Negativos para la Esquizofrenia (del inglés, General Psychopathology Subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale); PANSS-MNF: factor negativo de Marder de la Escala de Síndromes Positivos y Negativos para la Esquizofrenia (del inglés, Positive and Negative Syndrome Scale-Marder Negative Factor); PANSS-N: subescala de síntomas negativos de la Escala de Síndromes Positivos y Negativos para la Esquizofrenia (del inglés, Negative Symptom Subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale); PANSS-P: subescala de síntomas positivos de la Escala de Síndromes Positivos y Negativos para la Esquizofrenia (del inglés, Positive Symptom Subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale); t: valor t de la prueba de la t de Student para muestras independientes.

17,91 $\pm$ 5,99, y el factor depresivo de la PANSS, una media de 10,03 $\pm$ 3,43. La puntuación total media de la CDSS fue de 3,26 $\pm$ 4,16, por debajo del punto de corte de depresión clínicamente relevante, aunque con variabilidad entre pacientes. El ítem 8 de la CDSS, relativo a ideación suicida, mostró una puntuación media de 0,17 $\pm$ 0,46. Por último, el ítem PANSS-GP12, indicador de falta de juicio y conciencia de enfermedad, presentó una media de 2,92 $\pm$ 1,47.

Relación entre la ideación suicida y las características sociodemográficas y clínicas

En relación con las características sociodemográficas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con y sin ideación suicida actual en edad, sexo, estado civil, nivel educativo ni número de cursos repetidos. La única variable sociodemográfica asociada de forma significativa a la ideación suicida actual fue la situación laboral ($\chi^2 = 8,139$; $p = 0,017$). Ningún paciente del grupo con ideación suicida actual se encontraba en actividad laboral, frente al 18,9 % del grupo sin ideación suicida actual. Además, el desempleo fue más frecuente en el grupo con ideación suicida actual que en el grupo sin ideación suicida actual, con un 83,3 % frente a un 66,8 %, respectivamente.

En cuanto a las variables clínicas, no se encontraron diferencias significativas en el número de hospitalizaciones psiquiátricas previas, la duración de la enfermedad ni la presencia de discapacidad reconocida. Sin embargo, el número medio de intentos suicidas previos fue significativamente mayor en el grupo con ideación suicida actual que en el grupo sin ideación suicida actual (0,81 $\pm$ 1,58 frente a 0,23 $\pm$ 0,84; $t = -2,119$; $p = 0,041$). Este hallazgo sugiere que los antecedentes de conducta suicida se relacionan con la presencia de ideación suicida actual en la muestra estudiada (v. tabla 1).

Relación entre la ideación suicida y la psicopatología

En cuanto a la psicopatología, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las variables evaluadas entre ambos grupos, excepto en el nivel de *insight* clínico. En relación con los síntomas psicóticos, las puntuaciones de los síntomas positivos evaluados mediante la subescala positiva de la PANSS (PANSS-P) y de los síntomas negativos medidos con la subescala negativa (PANSS-N) y el factor negativo de Marder (PANSS-MNF) fueron significativamente más altas en el grupo con ideación suicida actual que en el grupo sin ideación suicida actual, tal como se muestra en la tabla 2. Este patrón se extendió a la psicopatología general, evaluada mediante la subescala de psicopatología general de la PANSS (PANSS-GP), donde el grupo con ideación suicida actual **sí** presentó puntuaciones significativamente superiores a las del grupo sin ideación suicida actual: 35,9 frente a 28,9, respectivamente.

En cuanto a los síntomas depresivos, las puntuaciones en el factor depresivo de la PANSS-D y en la CDSS fueron significativamente mayores en el grupo con ideación suicida actual que en el grupo sin ideación suicida actual. No obstante, la comparación de la puntuación total de la CDSS debe interpretarse con cautela, ya que dicha puntuación incluye el ítem 8.

Finalmente, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el *insight* clínico evaluado mediante la PANSS-GP12 (3,08 $\pm$ 1,25 frente a 2,89 $\pm$ 1,50; $t = -0,814$; $p = 0,419$).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio contribuye a una mejor comprensión de las variables sociodemográficas, clínicas y

psicopatológicas relacionadas con la ideación suicida en pacientes con esquizofrenia. Tal como se esperaba, la ideación suicida se asoció a una mayor gravedad de los síntomas positivos, negativos y depresivos. Sin embargo, de forma contraria a nuestras hipótesis, los resultados no mostraron una asociación entre la presencia de ideación suicida y un mayor grado de *insight* clínico.

Cabe destacar que la prevalencia de ideación suicida en nuestro estudio fue del 14,2%. Esta cifra fue inferior a la planteada en la hipótesis inicial, en la que se esperaba que, al menos, un tercio de los pacientes presentara ideación suicida. No obstante, el resultado se encuentra en consonancia con las tasas observadas en otros estudios realizados en China^{22,31} y contrasta con datos procedentes de estudios en países occidentales, donde las tasas oscilan entre el 30 y el 50 %^{8,32}. Esta diferencia podría deberse a un sesgo de selección, dado que nuestra muestra estaba compuesta por pacientes estables que aceptaron participar en un estudio clínico.

No obstante, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la situación laboral y en los intentos de suicidio previos. Esto se explica porque ninguno de los participantes del grupo con ideación suicida actual estaba trabajando en el momento de la evaluación y la mayoría presentaba, al menos, un intento de suicidio previo, ambos considerados factores de riesgo para la ideación suicida según la mayoría de los estudios¹⁰⁻¹². Además, según Sher y Kahn⁹, la conducta suicida previa es uno de los principales factores predictivos de ideación suicida futura.

En relación con el *insight*, la evidencia indica que, aunque la conciencia de enfermedad se asocia a mayores niveles de depresión, también se ha relacionado con menores tasas de suicidio a largo plazo¹⁹. Sin embargo, otros autores sostienen que un mayor nivel de autoconciencia puede estar

vinculado a la ideación suicida, al incrementar el estigma, la desesperanza y reducir la autoestima y la calidad de vida percibida^{31,33-36}. Aunque la ausencia de *insight* fue ligeramente mayor en el grupo con ideación suicida, las diferencias no alcanzaron significación estadística. Por tanto, nuestros resultados indican que la conciencia de enfermedad no constituye una variable significativa en la presencia de ideación suicida en pacientes con esquizofrenia. Estos hallazgos respaldan la propuesta de De Sousa *et al.*⁷, quienes señalaron que tanto los pacientes con *insight* como aquellos sin él pueden presentar riesgo de suicidio: los primeros influenciados por el estigma y el estrés asociados al trastorno, y los segundos por la sintomatología psicótica.

En cuanto a los síntomas psicóticos, se observó que los pacientes con esquizofrenia e ideación suicida presentaban una mayor gravedad sintomática. En concreto, los síntomas positivos y negativos fueron significativamente más intensos en el grupo con ideación suicida actual, en línea con la literatura que señala que, a mayor intensidad de los síntomas, mayor es el riesgo de suicidio^{7,37}. No obstante, aún no está claro si los síntomas negativos se relacionan más estrechamente con la ideación suicida que los positivos o viceversa⁷. En nuestro estudio, el grupo con ideación suicida actual presentó una puntuación media significativamente mayor en la PANSS-N que en la PANSS-P, lo que sugiere que los síntomas negativos podrían estar tan estrechamente relacionados con el suicidio como los positivos. Una posible explicación es que, además de tender a cronificarse con el tiempo, los síntomas negativos son más difíciles de tratar y se asocian estrechamente al deterioro funcional³⁸.

Los síntomas depresivos y de ansiedad —especialmente, la desesperanza— también desempeñan un papel crucial en la determinación del riesgo suicida en pacientes con esquizofrenia⁷. Nuestros hallazgos

son coherentes con estudios previos^{14,18,20}, ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las puntuaciones medias tanto del factor PANSS-D como de la CDSS, siendo el grupo con ideación suicida actual el que presentó una mayor gravedad de los síntomas depresivos.

Limitaciones del estudio

El diseño transversal del estudio únicamente permite establecer asociaciones entre las variables analizadas, pero no relaciones de causalidad. Además, la muestra de pacientes sin ideación suicida fue considerablemente mayor que la de pacientes con ideación suicida. Por último, en la formación de los subgrupos según la ideación suicida, solo se tuvo en cuenta su presencia o ausencia, independientemente de su intensidad.

CONCLUSIONES

En esta muestra de pacientes ambulatorios estables con esquizofrenia, el 14,2% presentó ideación suicida actual. En los análisis bivariantes, la ideación suicida actual se asoció a desempleo, mayor número de intentos suicidas previos y mayor gravedad psicopatológica, incluyendo síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas depresivos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el *insight* clínico.

Es importante señalar que, aunque este estudio supone una contribución relevante al campo, la generalización de sus conclusiones debe abordarse con cautela debido a las características específicas

de la muestra. Resulta necesaria más investigación para comprender plenamente la naturaleza multifactorial de la ideación suicida en esta población.

Implicaciones para la práctica de enfermería

El suicidio continúa siendo una de las principales causas de muerte entre las personas con esquizofrenia, lo que subraya la necesidad de una identificación temprana de aquellos pacientes con mayor riesgo. Los resultados de este estudio aportan información valiosa tanto para la práctica clínica como para la investigación.

Nuestros hallazgos ponen de relieve la importancia de realizar evaluaciones integrales que incluyan no solo los síntomas psicóticos, sino también los síntomas afectivos, la situación laboral y los antecedentes de intentos de suicidio al valorar el riesgo suicida. Los profesionales de enfermería, que con frecuencia actúan como primer punto de contacto en la atención en salud mental, desempeñan un papel fundamental en la integración de estas evaluaciones en las valoraciones rutinarias y en las visitas de seguimiento.

Estos resultados también destacan la relevancia de la colaboración multidisciplinaria en el desarrollo e implementación de programas específicos de detección y prevención. La aplicación de estos hallazgos por parte del personal de enfermería y de los equipos de salud mental puede mejorar la identificación precoz de pacientes en riesgo, favorecer la continuidad asistencial y, en última instancia, reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al suicidio en la esquizofrenia.

INFORMACIÓN SOBRE LA FINANCIACIÓN

Este trabajo fue financiado parcialmente por el Ministerio de Ciencia e Innovación, el Instituto de Salud Carlos III (Ref. PI16/01761), el Gobierno del Principado de Asturias (PCTI-2021-2023 IDI/2021/111), el CIBER de Salud Mental CB/07/09/0020 y la Unión Europea (Fondo Europeo de Desarrollo Regional). Asimismo, Clara Martínez-Cao agradece al Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades la concesión de una ayuda FPU (FPU19/01231), y Ainoa García-Fernández agradece al Instituto de Salud Carlos III la concesión de una ayuda PFIS (FI20/00318).

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado con el trabajo presentado.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Schizophrenia. Ginebra: WHO; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:307-30.
3. Heilä H, Haukka J, Suvisaari J, Lönnqvist J. Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychol Med*. 2005;35(5):725-32.
4. Zaheer J, Jacob B, De Oliveira C, Rudoler D, Juda A, Kurydyak P. Service utilization and suicide among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*. 2018;202:347-53.
5. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry*. 2013;170(3):324-33.
6. Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(6):492-9.
7. De Sousa A, Shah B, Shrivastava A. Suicide and schizophrenia: an interplay of factors. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22(12):65.
8. Bai W, Liu ZH, Jiang YY, Zhang QE, Rao WW, Cheung T, et al. Worldwide prevalence of suicidal ideation and suicide plan among people with schizophrenia: a meta-analysis and systematic review of epidemiological surveys. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):552.
9. Sher L, Kahn RS. Suicide in schizophrenia: an educational overview. *Medicine (Kaunas)*. 2019;55(7):361.
10. Aydın M, İlhan BC, Tekdemir R, Çökünlü Y, Erbasan V, Altınbaş K. Suicide attempts and related factors in schizophrenia patients. *Saudi Med J*. 2019;40(5):475-82.
11. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*. 2010;24(4 Suppl):81-90.
12. Khokhar JY, Henricks AM, Sullivan EDK, Green AI. Unique effects of clozapine: a pharmacological perspective. *Adv Pharmacol*. 2018;82:137-62.
13. Bornheimer LA, Wojtalik JA, Li J, Cobia D, Smith MJ. Suicidal ideation in first-episode psychosis: considerations for depression, positive symptoms, clinical insight, and cognition. *Schizophr Res*. 2021;228:298-304.
14. Bornheimer LA. Moderating effects of positive symptoms of psychosis in suicidal ideation among adults diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2016;176(2-3):364-70.
15. De Cates AN, Catone G, Marwaha S, Bebbington P, Humpston CS, Broome MR. Self-harm, suicidal ideation, and the positive symptoms of psychosis: cross-sectional and prospective data from a national household survey. *Schizophr Res*. 2021;233:80-8.
16. Mohammadzadeh A, Azadi S, King S, Khosravani V, Sharifi Bastan F. Childhood trauma and the likelihood of increased suicidal risk in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2019;275:100-7.
17. Temmingh H, Stein DJ. Anxiety in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2015;29(10):819-32.
18. Van Rooijen G, Isvoranu AM, Kruijt OH, Van Borkulo CD, Meijer CJ, Wigman JTW, et al.; GROUP investigators. A state-independent network of depressive, negative, and positive symptoms in male patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*. 2018;193:232-9.
19. Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Casano GB, et al.; InterSePT Study Group. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the International Suicide Prevention Trial. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8):1494-6.
20. Acosta FJ, Navarro S, Cabrera B, Ramallo-Fariña Y, Martínez N. Painful insight vs. usable insight in schizophrenia. Do they have different influences on suicidal behavior? *Schizophr Res*. 2020;220:147-54.
21. López-Morinigo JD, Di Forti M, Ajnakina O, Wiffen BD, Morgan K, Doody GA, et al. Insight and risk of suicidal behaviour in two first-episode psychosis cohorts: effects of previous suicide attempts and depression. *Schizophr Res*. 2019;204:80-9.
22. Zhou Y, Peng P, Yuan N, Xiong Y, Luo Y, Liu L, et al. Suicidal ideation in Chinese patients with chronic schizophrenia: prevalence, clinical correlates, and relationship with alexithymia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2024;274(7):1509-16.
23. Martínez-Cao C, Sánchez-Las Heras F, García-Fernández A, González-Blanco L, Zurrón-Madera P, Sáiz PA, et al. PsiOvi staging model for schizophrenia (PsiOvi SMS): a new internet tool for staging patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2024;67(1):e36.

24. World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra: WHO; 1992. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
25. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4.
26. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-76.
27. Peralta Martín V, Cuesta Zorita MJ. Validation of positive and negative symptom scale (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenic patients. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1994;22(4):171-7.
28. Marder SR, Davis JM, Chouinard G. The effects of risperidone on the five dimensions of schizophrenia derived by factor analysis: combined results of the North American trials. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(12):538-46.
29. Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res*. 1990;3(4):247-51.
30. Sarró S, Dueñas RM, Ramírez N, Arranz B, Martínez R, Sánchez JM, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004;68(2-3):349-56.
31. Miller BJ, McCall WV, Xia L, Zhang Y, Li W, Yao X, et al. Insomnia, suicidal ideation, and psychopathology in Chinese patients with chronic schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;111(110202):110202.
32. Pelizza L, Pellegrini C, Quattrone E, Azzali S, Landi G, Pellegrini P, et al. Suicidal ideation in patients experiencing a first-episode psychosis: findings from the 2-year follow-up of the "Parma Early Psychosis" program. *Suicide Life Threat Behav*. 2020;50(4):838-55.
33. Grover LE, Jones R, Bass NJ, McQuillin A. The differential associations of positive and negative symptoms with suicidality. *Schizophr Res*. 2022;248:42-9.
34. Acosta FJ, Aguilar EJ, Cejas MR, Gracia R. Beliefs about illness and their relationship with hopelessness, depression, insight, and suicide attempts in schizophrenia. *Psychiatr Danub*. 2013;25(1):49-54.
35. Hsiao CY, Lu HL. High internalized stigma among community-dwelling patients with schizophrenia: associations with sociodemographic and clinical characteristics, personality traits, and health-related quality of life. *Int J Ment Health Nurs*. 2022;31(6):1503-12.
36. Ehrminger M, Urbach M, Passerieux C, Aouizerate B, Berna F, Bohec AL, et al. Modeling the longitudinal effects of insight on depression, quality of life, and suicidality in schizophrenia spectrum disorders: results from the FACE-SZ cohort. *J Clin Med*. 2019;8(8):1196.
37. Kjelby E, Sinkeviciute I, Gjestad R, Kroken RA, Løberg EM, Jørgensen HA, et al. Suicidality in schizophrenia spectrum disorders: the relationship to hallucinations and persecutory delusions. *Eur Psychiatry*. 2015;30(7):830-6.
38. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016;388(10039):86-97.