

# Subtipos de pacientes esquizofrénicos con tentativas suicidas

CEJAS MÉNDEZ, M. R.\*; AGUILAR GARCÍA-ITURROSPE, E. J.\*\*; VILLAVERDE RUIZ, M. L.\*\*\*; FERNÁNDEZ LÓPEZ, L.\*; CHINEA CABELLO, E.\* y GRACIA MARCO, R.\*

\* Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. \*\* Hospital de la Ribera. Alcira. Valencia. \*\*\* Departamento de Enfermería. Universidad de la Laguna. Tenerife.

## Subtypes of schizophrenics patients with suicidal intent

### Resumen

**Introducción:** En las últimas décadas numerosos trabajos de investigación han tratado de determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a la conducta suicida del paciente esquizofrénico, siendo los resultados contradictorios. Ante este hecho, nos planteamos que la variabilidad de dichos resultados podría deberse, entre otras cosas, a la heterogeneidad de la población esquizofrénica suicida.

**Material y método:** Para analizar esta hipótesis estudiamos una muestra de 32 pacientes esquizofrénicos que habían realizado una tentativa de suicidio, administrándoseles escalas para la valoración de síntomas positivos y negativos, síntomas depresivos, desesperanza, insight e intencionalidad suicida, valorando además los motivos referidos para realizar la tentativa.

**Resultados:** Se objetivaron dos subtipos suicidas en función de los motivos alegados por el paciente para la realización de la tentativa. Estos dos subtipos mostraron diferencias significativas en dos de las variables analizadas, desesperanza y subescala positiva del PANSS.

**Discusión:** Los repercusiones clínicas de estos resultados se discuten en el presente artículo.

**Palabras clave:** Esquizofrenia. Suicidio. Depresión. Desesperanza. Tentativa de suicidio.

### Summary

**Introduction:** During the last decades, numerous research works have tried to determine what risk factors are associated with the schizophrenic patient's suicidal behavior but they have yielded contradictory results. Thus we hypothesized that these results' variability could be due, among other reasons, to the heterogeneity of suicidal schizophrenic population.

**Material and method:** Thirty-two Schizophrenics patients who had made Attempted suicide were studied. They were assessed through a battery of Clinical scales for negative, positive, hopelessness, insight and depressive symptoms.

**Results:** Two suicidal subtypes were identified according to the reasons that patients stated for attempting suicide. These two subtypes showed significant differences in two of the analyzed variables, namely hopelessness and PANSS positive subscale.

**Discussion:** Clinical implications coming from these results are discussed in the present paper.

**Key words:** Schizophrenia. Suicide. Depression. Hopelessness.

En las últimas décadas numerosos investigadores han tratado de estudiar la conducta suicida del paciente esquizofrénico en un intento de identificar los factores de riesgo que se asocian al fenómeno y que nos permitieran diseñar estrategias de intervención para prevenir tales actos.

Autores como Roy (1), Breier (2), Drake (3) o Allebeck (4) hacen hincapié en factores sociodemográficos reflejando en sus trabajos el perfil del paciente esquizofrénico con riesgo suicida como el de un varón, joven, soltero, desempleado, en los primeros años de la enfermedad y con antecedentes de tentativas previas.

Por otra parte, tanto la sintomatología depresiva como la desesperanza han sido consideradas por autores como Roy (1, 5, 6), Dassori (7), Cheng (8), Addington (9) o Taiminen (10) como el factor de riesgo fundamental de la conducta suicida de estos pacientes, siendo esta última el factor principal de riesgo suicida, para autores como Drake (3, 11), Cohen (12) o Aguilar (13).

Históricamente se ha defendido que las vivencias psicóticas desencadenaban la conducta suicida. Entre los autores clásicos que han mantenido esta postura destacamos a Planansky y Johnston (14), para quienes la actividad psicótica predispone a la conducta suicida. Más re-

cientemente, Kaplan (15) y Fenton (16) consideran los síntomas productivos como responsables de la conducta suicida del esquizofrénico.

El curso de la enfermedad deteriorante y agresivo es otro de los aspectos relacionados con el riesgo suicida (17-19).

Aunque, como hemos señalado, son múltiples los factores de riesgo postulados, hoy por hoy, siguen estando poco claras las causas que inducen a algunos pacientes esquizofrénicos a suicidarse, lo que ha llevado a plantear a autores como Allebeck o Breier que la conducta suicida del esquizofrénico es una conducta impredecible, lo que les conduce a adoptar una postura nihilista al analizar este importante fenómeno, pues según estos autores es un fenómeno totalmente impulsivo y no controlable por el clínico (4, 2).

¿Por qué los autores encuentran resultados tan contradictorios a la hora de evaluar el riesgo suicida del paciente esquizofrénico? Es indudable que el suicidio esquizofrénico es un fenómeno complejo y multidimensional, y con evidentes dificultades para su estudio. Aunque escasamente representado en la literatura especializada, y defendido sólo de forma teórica por algunos autores, se plantea la posibilidad de que los pacientes esquizofrénicos que realizan un suicidio no sean una población con características psicopatológicas homogéneas, sino que esté constituida por más de un tipo diferente de pacientes esquizofrénicos.

Así lo considera Lehman en el capítulo sobre rasgos clínicos de la esquizofrenia de la segunda edición del Tratado de Psiquiatría de Kaplan y Sadock. En el mismo y, al hacer referencia al suicidio de los pacientes esquizofrénicos, dice literalmente: «...El esquizofrénico puede suicidarse por estar profundamente deprimido, por ejemplo durante una reacción esquizoafectiva o, por el contrario, puede suicidarse en respuesta a las órdenes que está recibiendo de las voces alucinatorias...» (20).

Igualmente, Nieto et al plantean la posibilidad de que existan dos grupos de pacientes dentro de los esquizofrénicos suicidas, uno con predominio de síntomas psicóticos y otro con predominio de síntomas depresivos (21).

Es llamativo que, a pesar del interés suscitado por la conducta suicida del paciente esquizofrénico y los múltiples estudios realizados con el fin de diferenciar los factores de riesgo de dicha conducta en las últimas décadas, sólo los autores mencionados hagan referencia, en la literatura revisada, a una posible distinción de los esquizofrénicos suicidas en grupos con características clínicas diferentes y por lo tanto con posible abordaje terapéutico también distinto.

Probablemente la dificultad que ya de por sí entraña el estudio de este tipo de poblaciones, debido, por una parte, a la relativa baja frecuencia de suicidios consumados, y por otra parte a las limitaciones que entrañan los estudios retrospectivos, característicos de este tipo de poblaciones, haya hecho que estos planteamientos no se aborden de forma frecuente dentro de los estudios con esquizofrénicos suicidas.

En nuestra opinión la posible diferenciación de distintos subgrupos dentro de los suicidas esquizofrénicos en función de características psicopatológicas y/o socio-demográficas podría entrañar repercusiones clínicas importantes a la hora de abordar el manejo de tales pacientes, por lo que diseñamos el presente estudio para tratar de analizar la existencia de subtipos diferentes de esquizofrénicos con tentativa de suicidio y estudiar las variables psicopatológicas que podrían estar asociadas a cada uno de ellos.

Nuestra hipótesis es que los pacientes esquizofrénicos que realizan una tentativa suicida no constituyen un grupo psicopatológico homogéneo, sino que existirán entre ellos diferencias en variables psicopatológicas tales como depresión, desesperanza, insight, síntomas productivos y negativos e intencionalidad suicida.

## MATERIAL Y MÉTODO

Los pacientes estudiados forman parte de un estudio transversal de casos y controles realizado en nuestro servicio durante un año (de abril de 1996 a abril de 1997). Se incluyeron en el protocolo todos los pacientes que reuniendo criterios CIE-10 de esquizofrenia fueron ingresados en la unidad de agudos de nuestro servicio, de forma consecutiva, por haber realizado una tentativa de suicidio.

Todos los pacientes fueron informados de las características del estudio y se solicitó su consentimiento verbal antes de incluirlos en el protocolo.

La valoración clínica y psicométrica se realizó en todos los casos a las cuarenta y ocho horas del ingreso, y por el mismo evaluador.

Los casos los forman 22 varones y 10 mujeres, con una edad media de  $30,3 \pm 10,7$  y un tiempo de evolución

**TABLA I Características sociodemográficas de la muestra**

	<i>Motivo 1</i>	<i>Motivo 2</i>
<i>Edad</i>	28,6 ± 7,7	33,5 ± 12,6
<i>Educación</i>		
Analfabeto	0	0
Elemental	10	7
Secundaria o >	5	4
<i>Estado civil</i>		
S, V, D	13	10
C	2	1
<i>Trabajo</i>		
Activo	4	3
Inactivo	11	8
<i>AF suicidio</i>		
No	9	10
Sí	6	1
<i>AP tóxicos</i>		
No	6	7
Sí	9	4

**TABLA II Motivos alegados por los pacientes para realizar tentativa de suicidio**

	N.º pacientes
Síntomas productivos	15
Síntomas depresivos	11
Efectos secundarios	2
Problemas sociofamiliares	2
Otros	2

de  $8,4 \pm 9,3$ . La edad de los casos oscila entre los 17 y los 61 años, y el tiempo de evolución desde un mínimo de un mes, hasta un máximo de 40 años en uno de nuestros casos. Las características sociodemográficas de la muestra se recogen en la tabla I.

A todos los pacientes se les realizó una entrevista en la que se recogieron datos clínicos y sociodemográficos. Además se les pasó la versión española de la Escala de Depresión de Calgary (22), Desesperanza de Beck (23), Intencionalidad Suicida de Beck (24), Escala para los síndromes positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS) (25) y los tres primeros ítems de la escala para medir la conciencia de poseer un desorden mental (SUMD) (26).

### Análisis estadístico

Para contrastar nuestra hipótesis recurriremos en primer lugar a analizar de forma meramente descriptiva los motivos alegados por los pacientes como causa de la tentativa de autolisis.

En caso de que esta variable diferenciara distintos grupos de motivos realizaríamos en segundo lugar un análisis univariante de las variables sociodemográficas y clínicas. Utilizando el estadístico T Student y Chi-Cuadrado de Pearson, para las variables cuantitativas y cualitativas respectivamente. Expondremos los resultados en los distintos grupos de motivos, aportando la significatividad de las pruebas estadísticas realizadas.

En tercer lugar se realizaría un análisis multivariante analizando mediante un análisis discriminante la importancia relativa de las variables señaladas en la distinción de los diferentes grupos de motivos si los hubiera.

El nivel de significatividad para todos los análisis se estableció para  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

De los 32 pacientes esquizofrénicos suicidas de nuestra muestra, 15 señalaron como motivo de la tentativa la presencia de síntomas productivos (básicamente delirios y alucinaciones), mientras que 11 de ellos refirieron sintomatología depresiva como desencadenante de su tentativa de suicidio. Se definen así dos subgrupos fundamentales de pacientes en función de los motivos referidos por los propios pacientes para realizar la conducta

**TABLA III Variables sociodemográficas**

	Motivo 1	Motivo 2	P
<i>Edad</i>	28,6 $\pm 7,7$	33,5 $\pm 12,6$	ns
<i>Educación</i>			
Analfabeto	0	0	ns
Elemental	10	7	
Secundaria o >	5	4	
<i>Estado civil</i>			
S, V, D	13	10	ns
C	2	1	
<i>Trabajo</i>			
Activo	4	3	ns
Inactivo	11	8	
<i>AF suicidio</i>			
No	9	10	ns
Sí	6	1	
<i>AP tóxicos</i>			
No	6	7	ns
Sí	9	4	

Análisis estadístico de las variables sociodemográficas entre los dos subtipos de pacientes diferenciables por los motivos alegados para la realización de la tentativa (motivo 1= síntomas productivos; motivo 2= síntomas depresivos). \*  $\chi^2$  para todas las variables excepto Edad, que se realizó T-Student. \* Significativo para  $p < 0,05$ .

suicida: síntomas productivos y síntomas depresivos (tabla II).

Puesto que se confirma que existen dos grupos de pacientes con tentativas suicidas en base a lo que ellos refirieron como motivo para realizar la tentativa, el siguiente paso fue analizar si, tal como nosotros hipotetizamos, existen grupos diferenciables también en función de variables tales como las puntuaciones globales de las escalas de Depresión de Calgary, Desesperanza de Beck, Intencionalidad suicida de Beck, subescalas positiva y negativa el PANNS y puntuaciones globales de los tres primeros ítems del SUMD.

Realizamos también el análisis estadístico de las variables sociodemográficas referidas.

Utilizamos para ello una nueva variable independiente que llamamos *motivación*, de la que distinguimos dos grupos: *pacientes que alegan síntomas productivos* (motivo 1) y *pacientes que alegan síntomas depresivos* (motivo 2), descartamos el resto de las motivaciones dado que de los 32 casos de la muestra, 26 se agrupan en una de estas dos categorías (tabla II).

### Análisis univariante

Las variables sociodemográficas analizadas no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos establecidos en función del motivo de la tentativa (tabla III).

De las variables clínicas analizadas encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de motivos en dos de las variables analizadas:

TABLA IV Variables clínicas

	Motivo 1 n= 15	Motivo 2 n= 11	p
T. Evolución	5,84 ± 7,6	12,63 ± 12,2	NS
E. D. Beck	9,26 ± 5,1	14,00 ± 3,6	0,01
I. S. Beck	14,33 ± 4,5	15,27 ± 5,3	NS
E. D. Calgary	8,26 ± 3,3	10,81 ± 4,5	NS
SUMD	10,46 ± 4,0	8,09 ± 4,6	NS
Pansspos	19,46 ± 3,7	15,09 ± 6,1	< 0,05
Panssneg	19,40 ± 5,9	21,45 ± 3,8	NS
Tent. previas			
Sí	6	8	NS
No	9	3	
Cumplimenta			
Sí	9	9	NS
No	6	2	

Análisis estadístico de las variables clínicas entre los dos subgrupos de pacientes con tentativa de suicidio (motivos productivos = motivo 1; motivos depresivos = motivo 2). Estadístico t-Student. Significativo para  $p < 0,05$ , excepto cumplimentación y tent. previas  $\chi^2$  significativo para  $p < 0,05$ . E.D. Beck (Escala de Desesperanza de Beck), I.S. Beck (escala de intencionalidad suicida de Beck), E.D. Calgary (escala de depresión de Calgary), SUMD (tres primeros ítems del SUMD), Pansspos (subescala positiva del Panss), Panssneg (subescala negativa del PANSS). Cumplimenta= Cumplimentación. Tent. previas= tentativas previas.

- Puntuación global de la escala de Desesperanza de Beck:  $t = -2,60$ ,  $GL = 24$ ,  $p < 0,01$ .
- Puntuación global de la subescala positiva del PANSS:  $t = 2,26$ ,  $GL = 24$ ,  $p < 0,05$ .

En el resto de las variables no se objetiva diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos (tabla IV).

El grupo de motivos productivos tiene medias de desesperanza menores que las del grupo de motivos depresivos, aunque ambos subgrupos presentan puntuaciones globales de la escala de desesperanza por encima del punto de corte, establecido en 9 por Beck y en 8 por Aguilar, este último en pacientes psicóticos (13, 23). Ocurre lo contrario con las puntuaciones medias de la subescala positiva del PANSS, en la que el grupo de pacientes con motivos productivos presenta mayores puntuaciones que el grupo de motivos depresivos (Figs. 1 y 2).

### Análisis multivariante

Realizamos en segundo lugar un estudio estadístico multivariante mediante un análisis discriminante de las variables dependientes señaladas, obteniendo la siguiente función:

Lambda de Wilks: 0,66;  $GL = 2,23$ ,  $p < 0,01$ .

Entran en la ecuación la puntuación global en la Escala de Desesperanza de Beck con una  $p < 0,05$ , y la puntuación global en la subescala positiva del PANSS,  $p < 0,05$ .

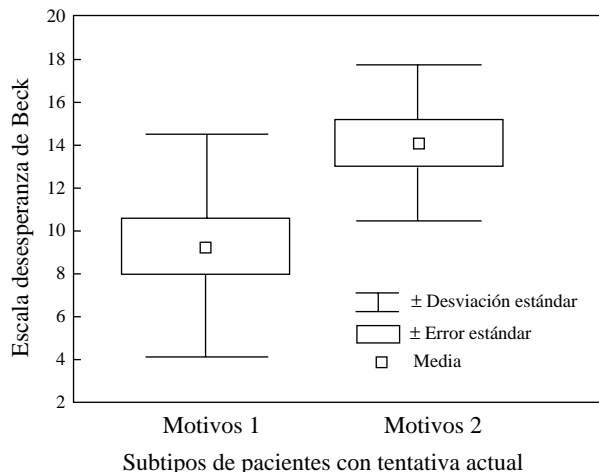


FIG. 1.—Medias desesperanza en subgrupos suicidas. Motivos productivos/motivos depresivos.

### DISCUSIÓN

Como primer paso estudiamos simplemente los motivos alegados por los pacientes para realizar la tentativa. Observamos que 26 de los 32 pacientes se agrupaban en dos motivos principales, 15 pacientes referían como motivo de la tentativa síntomas productivos, mientras que 11 la atribuían a sintomatología depresiva. De los otros seis pacientes, dos alegaban síntomas secundarios, dos problemática sociofamiliar y otros dos otros motivos. Así, parece claro, que al menos desde el punto de vista de la atribución realizada por el paciente, existen dos grupos de esquizofrénicos suicidas, los que alegan motivos psicóticos y los que alegan motivos depresivos. No es relevante en nuestra muestra la presencia de efectos secundarios de la medicación como causa de la tentativa en ninguno de los dos subgrupos, a pesar de que la mayoría

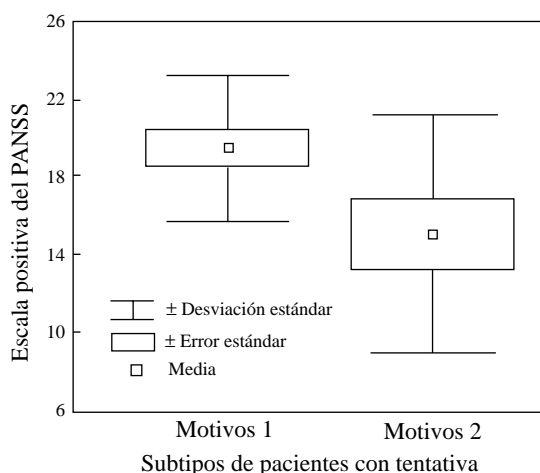


FIG. 2.—Medias subescala positiva del PANSS. Motivos productivos/motivos depresivos.

de los pacientes cumplimentaban adecuadamente la medicación.

La importancia o no del tratamiento neuroléptico y de sus efectos colaterales en la inducción de conductas suicidas por parte de las pacientes esquizofrénicas es un tema controvertido. Mientras autores con Van Putten (27) o Agra (28) encuentran esta asociación, autores como Johnson (29) o Berrios (30) encuentran un efecto protector frente a la conducta suicida en pacientes con tratamiento neuroléptico. En la población que nos ocupa, si bien no parece que los efectos de la medicación hayan sido relevantes a la hora de desencadenar las conductas autolíticas, no encontramos tampoco el efecto protector del tratamiento señalado por otros autores.

No se encontraron diferencias en las variables sociodemográficas estudiadas, presentando ambos grupos de pacientes el perfil clásico del esquizofrénico suicida, que por otra parte y como señalan autores como Harkavy-Friedman (31), corresponde más que al perfil de suicida, al perfil del paciente esquizofrénico.

Donde encontramos diferencias entre los dos subtipos fue en la sintomatología productiva y la desesperanza; de manera que aquellos que alegaron motivos depresivos presentaron elevadas puntuaciones de desesperanza y pocos síntomas productivos, mientras que los que referían motivos productivos como desencadenante de la tentativa, eran pacientes con mayor puntuación en la subescala positiva del PANSS y con menor desesperanza, aunque es importante el tener en cuenta que ambos grupos de pacientes presentaban puntuaciones de desesperanza por encima del punto de corte (13, 23).

Aunque no conocemos estudios al respecto, nuestros datos están de acuerdo con los postulados teóricos de Lehmann y Nieto, que proponían la diferenciación de los esquizofrénicos suicidas en dos tipos, los psicóticos y los depresivos, si bien nuestros resultados, en contraposición a estos autores, no ponen de manifiesto una diferenciación excluyente entre ambos subgrupos, sino que por el contrario encuentran una base depresiva en los dos grupos, con elevadas puntuaciones de desesperanza y de depresión. Esto en nuestra opinión y de acuerdo con los trabajos de Drake (3) y Cohen (12) pone de manifiesto el importante papel de la desesperanza como factor asociado a la conducta suicida del esquizofrénico, siendo en un grupo de pacientes, la escasa expectativa ante su futuro y su enfermedad la que en un momento puede desencadenar la conducta suicida, mientras que en otro grupo de pacientes, también con desesperanza, la aparición de los síntomas productivos da lugar a un aumento del riesgo suicida al actuar como factor estresor (32). Consideramos, en función de los resultados, que los delirios y las alucinaciones aumentan el riesgo de conductas suicidas, pero no en todos los pacientes, sino en aquellos más vulnerables por la presencia de sintomatología depresiva y fundamentalmente de desesperanza.

Desde luego son necesarios próximos estudios de carácter prospectivo, como el que en este momento lleva a cabo nuestro grupo, para tratar de determinar el carácter de rasgo y/o estado de las variables analizadas y su com-

portamiento como predictores de conductas suicidas futuras.

Además hay que tener en cuenta que estos resultados se refieren a una población con tentativa de suicidio, y que los datos, por tanto, no podemos extrapolarlos a grupos de pacientes con suicidio consumado, que pueden presentar características diferentes, aunque la asociación entre tentativa y suicidio consumado es universalmente reconocida en la literatura.

## CONCLUSIONES

Existen dos grupos de pacientes con tentativas suicidas en cuanto a los motivos referidos por los pacientes: motivos depresivos y motivos psicóticos, que además presentan diferencias clínicas en la sintomatología productiva y la desesperanza, apareciendo en el grupo de motivos productivos un predominio de la clínica productiva y mientras que en los que alegan motivos depresivos existe un claro predominio de la desesperanza, aunque en ambos subgrupos esta última presenta valores por encima del punto de corte, apareciendo como base fundamental de la conducta suicida del paciente esquizofrénico.

Nuevos estudios son necesarios para contrastar estos datos, que deben ser confirmados por estudios prospectivos, como el que en este momento tenemos en marcha, para estudiar el comportamiento de estas variables y su carácter predictor de conductas suicidas futuras.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Roy A. Suicide in chronic Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1982;141:171-7.
2. Breier A, Astrachan B. Characterization of Schizophrenic patients who commit suicide. *Am J Psychiatry* 1984;141:206-9.
3. Drake RE, Gates C, Cotton PC, Whitaker A. Suicide among schizophrenics: who is at risk? *J Nerv Ment Dis* 1984;172:613-7.
4. Allebeck P, Varla A, Kristjansson E, Wistedt B. Risk factors for suicide among patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:414-9.
5. Roy A, Mazonson A, Pickar D. Attempted suicide in chronic Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1984;144:303-6.
6. Roy A, Draper R. Suicide among psychiatry hospital in-patients. *Psychol Med* 1995;25:199-202.
7. Dassori A, Mezzich J, Keshavan M. Suicidal indicators in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:409-13.
8. Cheng K, Leung C, Lo W, Lam T. Risk factors of suicide among schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:220-4.
9. Addington D, Addington J. Attempted suicide and depression in Schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:288-91.

10. Taiminen TJ, Kujari H. Antipsychotic medication and suicide risk among schizophrenic and paranoid inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:247-51.
11. Drake RE, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1986;148:554-9.
12. Cohen L, Test M, Brown R. Suicide and Schizophrenia: Data from a prospective community treatment study. *Am J Psychiatry* 1990;147:602-7.
13. Aguilar E, Hidalgo M, Cano R, López J, Campillo M, Hernández J. Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos de inicio: Características psicométricas de la escala de Desesperanza de Beck en este grupo. *An Psiquiatría* 1995;2:121-5.
14. Planansky K, Johnston R. The occurrence and characteristics of suicidal preoccupation and acts in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1971;47:473-83.
15. Kaplan K, Harrow M. Positive and negative symptoms as risk factors for later suicidal activity in schizophrenia versus depressives. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26:105-21.
16. Fenton W, McGlashan T, Victor B, Blyler C. Symptoms, Subtype and Suicidality in patients with Schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry* 1997;154:199-204.
17. Roy A, Thompson R, Kennedy S. Depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1983;142:465-70.
18. Landmark J, Cernovsky Z, Merskey H. Correlates of suicide attempts and ideation in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1987;151:18-20.
19. Modestin J, Zarro I, Waldvogel D. A Study of suicide in Schizophrenic In-patients. *Br J Psychiatry* 1992;160:398-401.
20. Lehmann H, Cancro R. Esquizofrenia: rasgos clínicos. En: Kaplan Sadock, eds. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Salvat; 1989.
21. Nieto E, Vieta E, Gastó C, Vallejo J, Cirera E. Suicide attempts of high medical seriousness in Schizophrenic patients. *Compr Psychiatry* 1992;33:384-7.
22. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing Depression in Schizophrenia: The Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1993;163(Supl 22): 39-44.
23. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:324-33.
24. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of Suicidal Intent Scales. En: Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, eds. *The Prediction of suicide*. Philadelphia: The Charles Press publishers; 1986. p. 45-56.
25. Kay S, Fiszbein A, Opler LA. The positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987;13:261-76.
26. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in Psychosis. *Am J Psychiatry* 1993;150:873-9.
27. Van Putten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Arch Gen Psychiatry* 1974;31: 67-72.
28. Agra S. Neurolépticos de acción prolongada y riesgo de suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1990;10 (33):181-9.
29. Johnson D. Studies of depressive symptoms in schizophrenia. I) The prevalence of Depression and its Possible Cause. II) A two-year longitudinal study of Symptoms. III) A double-blind trial of orphenadrine against placebo. IV) A double-blind trial of Nortriptyline for depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1981;139:89-101.
30. Berrios E, Bulbena A. Post psychotic depression: The Fulbourn cohort. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76: 89-93.
31. Harkavy-Friedman J, Nelson E. Management of the suicidal patient with schizophrenia. *The Psychiatric Clinics of North America* 1997;20:625-40.
32. Shuwall M, Siris S. Suicidal ideation in postpsychotic depression. *Compr Psychiatry* 1994;35:132-4.

Correspondencia:  
 Rosario Cejas Méndez  
 Servicio de Psiquiatría  
 Hospital Universitario de Canarias  
 Ofra s/n. La Cuesta  
 38320 La Laguna  
 Santa Cruz de Tenerife.  
 E-mail: rgracia@comtf.es.