

F. Acosta Artilles¹
E. Aguilar García-Iturrospe²
M. Cejas Méndez³
R. Gracia Marco⁴
A. Caballero Hidalgo⁵
S. Siris⁶

Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos

¹ Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Insular de Gran
Canaria
Gran Canaria

² Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario de Valencia
Valencia

³ Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario de Canarias
Tenerife

⁴ Servicio de Psiquiatría
Universidad de La Laguna
Hospital Universitario de Canarias
Tenerife

⁵ Unidad de Investigación
Hospital Universitario de Gran Canaria
Dr. Negrín
Gran Canaria

⁶ Servicio de Psiquiatría
The Zucker-Hillside Hospital of the North
Shore
Albert Einstein College of Medicine
Nueva York

Introducción. Este estudio se realizó para identificar el perfil psicopatológico de los pacientes esquizofrénicos suicidas en período de estabilidad y contribuir a definir los aspectos de rasgo de estas variables.

Método. Los pacientes esquizofrénicos que ingresaron consecutivamente y que cumplían criterios de «suicidas» y «no suicidas» fueron evaluados en situación basal y al año, en cuanto a variables sociodemográficas, clínicas generales y psicopatológicas, mediante las subescalas positiva y negativa de la Escala de Síndromes Negativo y Positivo (PANSS), Escala de Depresión de Calgary, Escala de Desesperanza de Beck y Escala de Insight de Amador (primeros tres ítems).

Resultados. Cien y siete de 73 pacientes pudieron ser reevaluados. El grupo suicida mostró mayores puntuaciones de depresión y desesperanza. La desesperanza y la menor sintomatología negativa permitieron identificar a la mayoría de los pacientes suicidas (66,7%) y no suicidas (70%). La desesperanza fue la variable más importante para identificar el riesgo de suicidio.

Conclusiones. El perfil hallado en condiciones de estabilidad clínica complementa el perfil identificado en fase aguda en la literatura y podría permitir una mejora en la identificación del riesgo suicida y orientar intervenciones preventivas.

Palabras clave:
Esquizofrenia. Estable. Suicidio. Prospectivo. Desesperanza. Síntomas negativos.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(1):42-48

A prospective study of the psychopathological variables associated with suicidality among schizophrenic patients

Introduction. This study aimed to identify the psychopathological profile of suicidal schizophrenic patients during a period of stability, thereby helping to define the trait aspect of these variables.

Method. Consecutively admitted schizophrenic patients fulfilling criteria for «suicidal» and «non-suicidal» groups were assessed at baseline and one year later for sociodemographic, general clinical and psychopathological features, by the positive and negative subscales of the Positive and Negative Syndromes Scale (PANSS), Calgary Depression Scale, Beck Hopelessness Scale and Amador Insight Scale (first three items).

Results. A total of 57 of 73 patients were available for re-evaluation. The suicidal group showed higher depression and hopelessness scores. Hopelessness and lower negative symptomatology identified most of the suicidal (66.7%) and non-suicidal (70%) patients. Hopelessness was the most important variable for identifying suicidality.

Conclusions. Under conditions of illness stability, this profile complements the acute phase profiles identified by most studies in the literature, and should foster improved risk recognition for targeting preventive interventions.

Key words:
Schizophrenia. Stable. Suicide. Prospective. Hopelessness. Negative symptoms.

Correspondencia:
Francisco Javier Acosta Artilles
Unidad de Salud Mental de Triana
Hospital Juan Carlos I
Real del Castillo, 152
35014 Las Palmas de Gran Canaria
Correo electrónico: fjacostaartilles@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico grave y altamente estigmatizante, con consecuencias generalmente devastadoras para la persona y su entorno¹. El suicidio es la consecuencia más grave y la causa principal de muerte prematura en la esquizofrenia^{1,2}. Los pacientes esquizofrénicos

tienen una alta tasa de suicidio consumado, recientemente estimada del 4,9%³ y clásicamente considerada entre el 10-13%^{1,2,4}. Además, entre el 20-55% de los pacientes cometen alguna tentativa suicida^{1,5}.

El estudio de las variables asociadas a la conducta suicida en la esquizofrenia es un reto prioritario. Las variables clínicas y sociodemográficas más relacionadas con la conducta suicida son las tentativas suicidas previas^{6,7}, la duración de la enfermedad menor de 10 años^{2,8}, pérdidas recientes, abuso de drogas, mala adherencia al tratamiento y vivir solo⁶. Sin embargo, el perfil sociodemográfico¹ es común con muchos pacientes esquizofrénicos no suicidas⁹.

En cuanto a las variables psicopatológicas, la depresión es un fenómeno frecuente que puede aparecer en cualquier fase de la esquizofrenia¹⁰⁻¹³, con tasas que oscilan entre el 6¹⁴ y el 75%¹⁵. Tanto la depresión¹⁶⁻¹⁸ como la desesperanza¹⁹⁻²² han sido señaladas como factores de riesgo importantes. El insight, los síntomas negativos y los síntomas psicóticos han deparado resultados heterogéneos⁶ y su papel permanece sujeto a controversia.

Por último, algunos autores y nuestro grupo de trabajo hemos señalado que la heterogeneidad de resultados puede estar influenciada por una heterogeneidad real y que existen subtipos de esquizofrenia suicida²³⁻²⁶.

Aunque los estudios prospectivos ofrecen hallazgos sólidos, se han realizado pocos hasta la actualidad⁶. Tales estudios ayudarían a clarificar la naturaleza de «estado» y «rasgo» de las variables psicopatológicas y permitirían, por tanto, una mejora de las estrategias terapéuticas y preventivas para la reducción del riesgo suicida.

Este estudio tiene como objetivo la identificación de un posible perfil psicopatológico del paciente esquizofrénico suicida en período de estabilidad.

MÉTODO

Pacientes

Se incluyeron 73 pacientes esquizofrénicos en fase aguda, de los cuales pudieron ser reevaluados 57 al año. La muestra de fase aguda estuvo constituida por pacientes diagnosticados de esquizofrenia según criterios CIE-10 que cumplían los criterios definidos para los grupos establecidos y que ingresaron consecutivamente en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario de Canarias, en Tenerife, en un período de 2 años, entre 1998 y 2000. Cada paciente fue reevaluado 1 año más tarde de su evaluación inicial. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos: «suicidas» (pacientes hospitalizados debido a una tentativa suicida y con antecedentes de una o más tentativas previas) y «no suicidas» (pacientes hospitalizados por otros motivos, con ausencia de antecedentes de tentativas suicidas). Las tentativas previas se utilizaron como criterio del grupo suicida, ya que

es un factor de riesgo no psicopatológico indiscutiblemente aceptado⁶ y una sola tentativa suicida podría no ser suficiente para diferenciar claramente los dos grupos. Se requirió consenso diagnóstico entre el psiquiatra responsable del paciente y el investigador. Se obtuvo el consentimiento verbal de los pacientes para su inclusión en el estudio y fue aprobado por el comité ético del hospital.

Se definió «tentativa suicida» como cualquier tipo de daño autoinfligido con el cual el paciente expresaba intencionalidad suicida o cuando el psiquiatra estimaba que el suicidio era el objetivo, aunque el paciente no lo expresase claramente. No fueron incluidos aquellos casos con daños autoinfligidos cuyo propósito no era la muerte.

El estudio correspondiente a la fase aguda ha sido publicado previamente²⁴, por lo que el que se presenta corresponde a la reevaluación al año.

Dado que el objetivo para la reevaluación era su realización en condiciones de estabilidad, definimos como criterio de exclusión la hospitalización por causa psiquiátrica en los 6 meses antes o el mes posterior a la reevaluación. También fueron excluidos aquellos pacientes del grupo no suicida que cometieron una tentativa durante el tiempo transcurrido hasta la reevaluación al no cumplir los criterios definidos del grupo no suicida.

Las muestras totales en fase aguda y en la reevaluación al año fueron respectivamente: muestra total (n=73, n=57 [78,1%]), «suicidas» (n=36, n=27 [75%]), «no suicidas» (n=37, n=30 [81,1%]). Los motivos para la no reevaluación fueron: cumplir criterios de exclusión (n=7), rechazo del paciente (n=3), imposibilidad de contacto (n=3) y muerte (suicidio, n=3). En la muestra reevaluada (n=57) la mayoría eran varones (n=47; 82,5%), solteros (n=49; 86%), desempleados (n=49; 86%), con educación primaria (n=40; 70,2%), sin historia familiar de suicidio (n=43; 75,4%), sin consumo actual ni pasado de drogas (n=33; 57,9%), con medicación antipsicótica exclusivamente (n=46; 80,7%) y refiriendo cumplimiento adecuado del tratamiento (n=56; 98,2%). La mediana de edad era de 28 años (rango: 18-56) y la del tiempo de evolución de 8 años (1,3-28).

Procedimiento

Las evaluaciones de fase aguda y la reevaluación al año fueron realizadas por el mismo psiquiatra, entrenado en el uso de las escalas, y a ciegas en cuanto al grupo del paciente. Los datos concernientes a las tentativas suicidas se abordaban al final de la evaluación clínica. En ambas fueron evaluadas las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, actividad laboral, nivel educativo e historia familiar de suicidio), clínicas generales (tentativas suicidas previas, abuso o dependencia de drogas actual o en el pasado, tiempo de evolución, tratamiento y cumplimiento) y variables psicopatológicas.

La depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión de Calgary. Los puntos de corte recomendados son: 0-5 (no depresión) y 6-27 (depresión)²⁷. La desesperanza se evaluó mediante la Escala de Desesperanza de Beck, que ha sido ampliamente utilizada en estudios de pacientes esquizofrénicos, con puntos de corte recomendados de 0-3 (ninguna o mínima), 4-8 (leve), 9-14 (moderada) y 15-20 (grave)²⁸. El insight se evaluó mediante los tres primeros ítems de la Escala de Insight de Amador, que evalúa la conciencia general de enfermedad²⁹. No hay puntos de corte para esta escala: a mayor puntuación, menor insight. Los síntomas psicóticos y síntomas negativos se evaluaron mediante las subescalas positiva y negativa de la Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)³⁰.

Análisis estadístico

Las variables continuas se describieron mediante índices de centralización y dispersión: media aritmética, desviación estándar, mediana y rango. Las cualitativas se trataron analizando la frecuencia absoluta de la aparición de cada una de las categorías, así como las frecuencias relativas. La normalidad de las variables continuas se verificó con el estadístico Z de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de la significación de Lilliefors.

La comparación de los datos categóricos se realizó con la prueba χ^2 o la corrección exacta de Fisher cuando fue necesario. Las diferencias en las variables continuas en función de los grupos se contrastó con la *t* de Student para igualdad de medias en muestras independientes o su alternativa no paramétrica U de Mann-Whitney. La correlación entre las variables psicopatológicas en el grupo suicida se evaluó con el coeficiente de correlación de Pearson o su alternativa no paramétrica ρ de Spearman.

Se construyeron modelos de regresión logística multivariantes con aquellas variables significativas en el análisis bivariante o con una tendencia ($p < 0,10$) a la significación para valorar la contribución de cada una de ellas en la probabilidad de tentativa de suicidio. Se estimaron las *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC 95%) para valorar el riesgo independiente de las variables explicativas.

El nivel de significación estadística se estableció para una $p < 0,05$. El análisis de los datos se efectuó con el paquete estadístico SPSS versión 12.

RESULTADOS

Diferencias entre los grupos

Hallamos diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de depresión y desesperanza, mayores en el grupo suicida. Asimismo hallamos una tendencia a la significación en los síntomas negativos, con menor puntuación

Tabla 1	Escalas de evaluación psicopatológicas. Muestra reevaluada al año				
	Suicidas (n = 27)		No suicidas (n = 30)		ρ
	Mediana	Rango	Mediana	Rango	
Escala de Depresión de Calgary	3	(0-17)	1	(0-10)	0,02
Escala de Desesperanza de Beck	5	(1-19)	3	(0-18)	0,02
Escala de Insight de Amador	6	(3-11)	6,5	(3-15)	0,78
	Media	DE	Media	DE	ρ
PANSS positiva	13,9	6,0	12,2	4,2	0,22
PANSS negativa	18,0	7,5	21,4	7,1	0,09

Escala de Insight de Amador: primeros tres ítems de la SUMD (conciencia general de enfermedad). DE: desviación estándar; PANSS: Escala de Síndromes Positivo y Negativo.

en el grupo suicida (tabla 1). El grupo suicida mostró una mediana de 5 (1-19) en la Escala de Desesperanza de Beck frente a una mediana 3 (0-18) en el grupo no suicida (fig. 1). El grupo suicida mostró una media de $18 \pm 7,5$ en la subescala negativa de la PANSS, mientras que el grupo no suicida

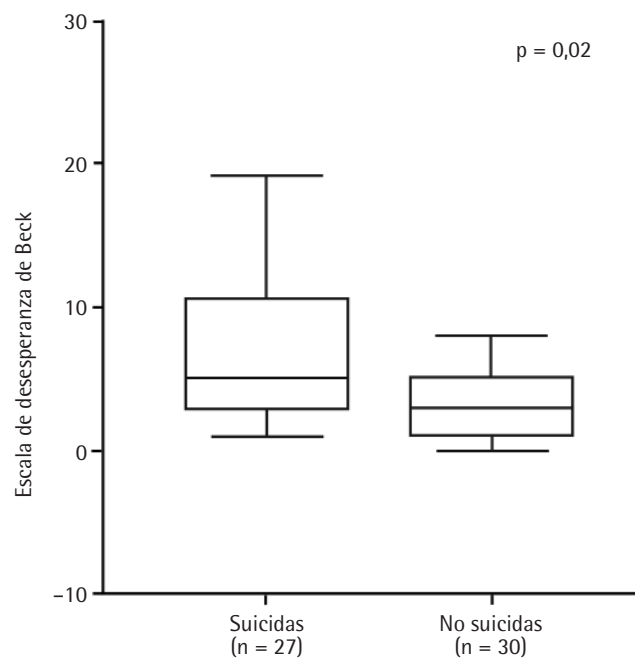


Figura 1 Escala de Desesperanza de Beck. Muestra reevaluada al año.

mostró una media de $21,4 \pm 7,1$. No hallamos diferencias significativas entre los grupos en cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas generales (tablas 2 y 3).

Análisis multivariante

Tras el análisis multivariante las variables que permanecieron en la ecuación fueron la Escala de Desesperanza de Beck (OR: 1,29; IC 95%: 1,1-1,5) y la subescala negativa de la PANSS (OR: 0,87; IC 95%: 0,8-0,96). Estas dos variables identificaron al 66,7 y 70% de los pacientes suicidas y no suicidas, respectivamente.

La desesperanza fue la variable que más contribuyó al modelo. Por sí sola identificó al 48,1 y 76,7% de los pacientes suicidas y no suicidas, respectivamente.

Asociaciones entre variables psicopatológicas

En el grupo suicida la Escala de Depresión de Calgary mostró una fuerte correlación directa con la Escala de Des-

Tabla 2	Variables sociodemográficas. Muestra reevaluada al año					
	Suicidas (n = 27)		No suicidas (n = 30)		p	
	n	%	n	%		
Sexo					0,49	
Hombre	21	77,8	26	86,7	–	
Mujer	6	22,2	4	13,3	–	
Estado civil					0,26	
Casado	2	7,4	6	20,0	–	
Otros	25	92,6	24	80,0	–	
Situación laboral					0,71	
Activo	3	11,1	5	16,7	–	
Desempleado	24	88,9	25	83,3	–	
Nivel de estudios					0,98	
Primarios	19	70,4	21	70,0	–	
Secundarios o superiores	8	29,6	9	30,0	–	
Historia familiar de suicidio*					0,14	
No	18	66,7	25	83,3	–	
Sí	9	33,3	5	16,7	–	
	Mediana	Rango	Mediana	Rango	p	
Edad (años)	31	(18-56)	28	(23-56)	0,24	

*Historia familiar de suicidio: antecedentes de suicidio (tentativa o suicidio consumado) en familiares de primer y segundo grado.

Tabla 3	Características clínicas generales. Muestra reevaluada al año					
	Suicidas (n = 27)		No suicidas (n = 30)		p	
	n	%	n	%		
Consumo de tóxicos*					0,46	
No	17	63	16	53,3	–	
Sí	10	37	14	46,7	–	
Cumplimiento					0,47	
No	1	3,7	0	0	–	
Sí	26	96,3	30	100	–	
Tratamiento					0,06	
Antipsicótico	19	70,4	27	90	–	
Mixto**	8	29,6	3	10	–	
	Mediana	Rango	Mediana	Rango	p	
Tiempo de evolución (años)	11	(1,3-28)	5,5	(1,8-21)	0,10	

*Consumo de tóxicos: dependencia o consumo perjudicial de tóxicos, actual o en el pasado. **Tratamiento mixto: antipsicótico y antidepresivo o antipsicótico y estabilizador del estado de ánimo.

esperanza de Beck (r_s : 0,78; $p < 0,001$). También hallamos una correlación directa entre la PANSS positiva y la desesperanza (r_s : 0,43; $p = 0,027$), depresión (r_s : 0,42; $p = 0,028$), insight (r_s : 0,53; $p = 0,004$) y la PANSS negativa (r : 0,41; $p = 0,033$). Por último hallamos una correlación directa entre la PANSS negativa y la desesperanza (r_s : 0,50; $p = 0,008$) y depresión (r_s : 0,67; $p < 0,001$).

DISCUSIÓN

En este estudio de pacientes esquizofrénicos reevaluados en periodo de estabilidad uno de los principales hallazgos fue que la desesperanza y la menor sintomatología negativa permitieron la identificación de un alto porcentaje de los suicidas (66,7%) y no suicidas (70%). Los suicidas presentaron mayor depresión y desesperanza que los no suicidas. El hallazgo de mayor depresión y desesperanza coincide con los resultados de la mayoría de los estudios, que señalan a ambas como factores de riesgo. En estudios retrospectivos sobre pacientes esquizofrénicos con suicidio consumado se han hallado altas tasas de depresión, entre 59³¹ y 64%¹⁶, y una alta OR para la depresión^{17,32}. En cuanto a la desesperanza, algunos autores han postulado que constituye un eslabón indispensable entre la depresión y el suicidio^{20,22,33}. Otros autores han hallado mayor desesperanza en pacientes esquizofrénicos con antecedentes de tentativa suicida²² o en pacientes con suicidio consumado varios años tras la evaluación¹⁹.

Aunque la depresión y la desesperanza son factores de riesgo aceptados, pocos autores han estudiado las características de rasgo frente a estado de estas variables o la relación entre ambas. Se ha señalado que la mayor desesperanza en los pacientes esquizofrénicos que realizan una tentativa suicida es independiente de la proximidad en el tiempo de la evaluación respecto a la tentativa³⁴. En un estudio prospectivo de pacientes con trastorno afectivo mayor, Young et al.³⁵ señalaron que la desesperanza tiene un componente de rasgo y que la desesperanza basal predice futuras tentativas suicidas. En esta misma línea, la variable que mejor identificaba a los suicidas en nuestro estudio de fase aguda fue la depresión²⁴, y en el presente estudio en período de estabilidad, la desesperanza. Por tanto, si bien la desesperanza y la depresión poseen componentes de rasgo y estado y ambas son factores de riesgo para el suicidio en la esquizofrenia, el componente de rasgo parece predominar en la desesperanza y el de estado en la depresión.

En cuanto a la relación entre desesperanza y depresión, debe señalarse en primer lugar que la desesperanza está incluida en la definición de depresión dado que puede ser uno de sus síntomas. La desesperanza y la depresión normalmente coexisten, y la primera raramente se evidencia en ausencia de tristeza³⁶. Otros autores han hallado una correlación entre la desesperanza y la depresión³³.

El hallazgo de una correlación entre la desesperanza y la depresión en ambos estudios, en fase aguda²⁴ y en pacientes estables sugiere que ambas variables pueden pertenecer a un mismo constructo. Se ha hipotetizado que desesperanza y depresión forman parte de un *continuum* que va desde una vulnerabilidad psicológica, que favorece la desmoralización como una forma de desesperanza, y que con frecuencia lleva a la depresión³⁷. Otros autores han señalado que la emergencia de la depresión produce un aumento de la desesperanza³⁸. Es probable que exista un esquema cognitivo de desesperanza-depresión en un grupo de pacientes esquizofrénicos.

La sintomatología negativa fue la otra variable psicopatológica que permitió identificar a los pacientes esquizofrénicos suicidas en este estudio. El grupo suicida mostró menor sintomatología negativa respecto al grupo no suicida. Nuestros hallazgos coinciden con los de otros autores que han considerado la sintomatología negativa como factor protector^{21,39}. Fenton considera que los pacientes esquizofrénicos «deficitarios» tienen un menor riesgo suicida debido a que su deterioro cognitivo dificulta la conciencia de enfermedad²¹ y que ciertos síntomas negativos como el embotamiento afectivo, indiferencia hacia el futuro y la anhedonia ejercen un papel protector frente a experiencias dolorosas como la depresión y producen una tendencia a la pasividad^{21,26}.

Otros autores han considerado los síntomas negativos como factores de riesgo, dado que pueden favorecer desesperanza o depresión a través del deterioro social y de rendimiento que producen⁴⁰ o por un doloroso insight sobre los

mismos⁴¹. Hemos hallado correlaciones de la PANSS negativa con desesperanza y depresión. La primera fue una correlación moderada y la segunda podría ser atribuible al solapamiento y la dificultad de diferenciación entre los síntomas negativos y depresivos^{42,43}.

En este estudio no hemos hallado diferencias en el insight entre los grupos analizados, ni correlaciones con depresión ni desesperanza. El insight y su relación con el suicidio son fenómenos complejos y han deparado hallazgos heterogéneos⁶. Algunos autores han señalado que el impacto del insight favoreciendo la depresión es más marcado en fase aguda⁴⁴ y otros han hallado una asociación directa entre el insight a los 6 meses del primer episodio y depresión y tentativas suicidas a los 4 años⁴⁵. Por otra parte se ha señalado que un incremento de insight relacionado con una respuesta al tratamiento se asocia a menores conductas suicidas⁴⁶. Todavía son necesarios estudios prospectivos que evalúen además aspectos psicológicos del insight, como la «valoración de la psicosis» o el «estilo de afrontamiento» de la misma^{37,47}, para clarificar el papel del insight en el suicidio del paciente esquizofrénico.

Aunque algunos autores han propuesto los síntomas psicóticos como factor de riesgo suicida, dado que favorecen otros síntomas como la angustia⁴⁸ o la desesperanza⁴⁹, no hallamos diferencias significativas entre ambos grupos en los síntomas psicóticos. El hecho de que la evaluación se realizó en un período de estabilidad puede haber influido en la ausencia de diferencias significativas. Sin embargo, hallamos una correlación entre la PANSS positiva y depresión y desesperanza. Este hallazgo coincide con la idea de Shuwall y Siris⁵⁰ de que los síntomas psicóticos pueden asociarse a niveles altos de ideación suicida en pacientes con desesperanza y depresión basales. No hallamos diferencias significativas en ninguna de las variables sociodemográficas. Este hallazgo coincide con los de la mayoría de autores que han estudiado ampliamente pacientes en fase aguda^{22,51,52} y con los de nuestro grupo de trabajo en fase aguda²⁴.

Este estudio tiene varias limitaciones. No hemos evaluado los aspectos psicológicos relacionados con el esquema cognitivo de desesperanza-depresión que hipotetizamos o aquellos relacionados con las estrategias de afrontamiento de la psicosis. La evaluación de estos aspectos sería de gran interés en futuros estudios. Por otra parte, no hemos evaluado variables biológicas. Éstas podrían estar influyendo en nuestros hallazgos psicopatológicos e hipótesis psicológicas.

Como conclusión, los pacientes esquizofrénicos suicidas en período de estabilidad presentaron mayor desesperanza y depresión que los no suicidas. Las variables que mejor identificaron a los suicidas frente a no suicidas fueron la desesperanza y la menor sintomatología negativa. La sintomatología negativa parece comportarse como un factor protector. Aunque tanto la depresión como la desesperanza parecen tener componentes de rasgo y estado, el componente de estado predomina en la depresión y el de rasgo en la despe-

ranza. La identificación de un perfil psicopatológico en pacientes esquizofrénicos suicidas en período de estabilidad complementa el hallado en fase aguda y podría contribuir a mejorar la identificación del paciente con riesgo suicida y la adopción de medidas preventivas.

BIBLIOGRAFÍA

- Siris S. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2001; 15:127-35.
- Caldwell C, Gottesman I. Schizophrenia. A high risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide Life Threat Behav* 1992; 22:479-93.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia. A reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:247-53.
- Miles Ch P. Conditions predisposing to suicide: a review. *J Nerv Ment Dis* 1977;164:231-46.
- Roy A. Depression, attempted suicide, and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1986;9: 193-206.
- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks J. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005;187:9-20.
- Walsh E, Harvey K, Higgitt A, Fraser J, Murray R. Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management. Report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 2001;178:255-60.
- Roy A. Suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1982; 141:171-7.
- Breier A, Astrachan B. Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *Am J Psychiatry* 1984;141:206-9.
- Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I. Ontogeny of post-psychotic depression. *Br J Psychiatry* 2000;177: 516-21.
- Hirsch S, Jolley A, Barnes T, Liddle P, Curson D, Patel A. Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1989;2:259-64.
- 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.
- Koreen A, Siris S, Chakos M, Alvir J, Mayerhoff D, Lieberman J. Depression in first episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1643-8.
- Siris S, Harmon G, Endicott J. Postpsychotic depressive symptoms in hospitalized schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1122-3.
- Zisook S, McAdams LA, Kuck J, Harris MJ, Bailey A, Patterson TL, et al. Depressive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999;156:1736-43.
- Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997;154:1235-42.
- Kuo Ch, Tsai S, Lo Ch, Wang Y, Chen Ch. Risk factors for completed suicide in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2005;66:579-85.
- Siris SG, Bench C. Depression and schizophrenia. En: Hirsch SR, Weinberger DR, editores. *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science, 2003; p. 142-67.
- Cohen L, Test M, Brown R. Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study. *Am J Psychiatry* 1990;147:602-7.
- Drake RE, Gates C, Cotton PC, Whitaker A. Suicide among schizophrenics: who is at risk? *J Nerv Ment Dis* 1984;172:613-7.
- Fenton W. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:34-49.
- Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 2003;60:71-80.
- Acosta F, Aguilar E, Cejas M, Gracia R, Caballero A, Siris SG. Are there subtypes of suicidal schizophrenia? A prospective study of patients in the «stable stage». *Schizophr Res* 2006;86:215-20.
- Aguilar EJ, Leal C, Acosta FJ, Cejas MR, Fernández L, Gracia R. A psychopathological study of a group of schizophrenic patients after attempting suicide. Are there two different clinical subtypes? *Eur Psychiatry* 2003;18:190-2.
- Cejas M, Aguilar E, Villaverde M, Fernández L, China E, Gracia R. Subtipos de pacientes esquizofrénicos con tentativas suicidas. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:1-6.
- 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.
- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: The Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1993;163(Suppl. 22):39-44.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42:324-33.
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in Psychosis. *Am J Psychiatry* 1993; 150:873-9.
- Kay S, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.
- Saarinén PI, Lehtonen J, Lönnqvist JK. Suicide risk in schizophrenia: an analysis of 17 consecutive suicides. *Schizophr Bull* 1999;25:533-42.
- De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res* 2001;47:127-34.
- Tarrier N, Barrowclough C, Andrews B, Gregg L. Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia. The influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:927-37.
- Harkavy-Friedman JM, Nelson EA, Venarde DF, Mann JJ. Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34:66-76.
- Young MA, Fogg LF, Scheftner W, Fawcett J, Akiskal H, Maser J. Stable traits components of Hopelessness: baseline and sensitivity to depression. *J Abnorm Psychol* 1996;105:155-65.
- Drake RE, Cotton PC. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1986;148:554-9.

37. Birchwood M, Mason R, MacMillan F, Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with chronic psychosis. *Psychol Med* 1993;23:387-95.
38. Beck AT, Brown G, Berchick R, Stewart B, Steer R. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1990;147:190-5.
39. Funahashi T, Ibuki Y, Domon Y, Nishimura T, Akehashi D, Sugiyura H. A clinical study on suicide among schizophrenics. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000;54:173-9.
40. Roy A, Thompson R, Kennedy S. Depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1983;142:465-70.
41. Amador XF, Friedman JH, Kasapis Ch, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry* 1996;153:1185-8.
42. Addington D, Addington J. Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:288-91.
43. Siris S. Depression in schizophrenia: perspective in the era of «atypical» antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2000;157:1379-89.
44. Drake RJ, Pickles A, Bentall RP, Kinderman P, Haddock G, Tarrier N, et al. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34:285-92.
45. Crumlish N, Whitty P, Kamali M, Clarke M, Browne S, McTigue O, et al. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:449-55.
46. Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano G, et al. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the International Suicide Prevention Trial. *Am J Psychiatry* 2004;161:1494-6.
47. Birchwood M, Iqbal Z. Depression and suicidal thinking in psychosis: a cognitive approach. En: Wykes T, Tarrier N, Lewis S, editores. *Outcomes and innovation in psychological treatment of schizophrenia*. Chichester: John Wiley and Sons, 1998; p. 81-100.
48. Planansky K, Johnston R. The occurrence and characteristics of suicidal preoccupation and acts in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1971;47:473-83.
49. Kaplan K, Harrow M. Psychosis and functioning as risk factors for later suicidal activity among schizophrenia and schizoaffective patients: a disease-based interactive model. *Suicide Life Threat Behav* 1999;29:10-24.
50. Shuwall M, Siris S. Suicidal ideation in postpsychotic depression. *Compr Psychiatry* 1994;35:132-4.
51. Cheng K, Leung C, Lo W, Lam T. Risk factors of suicide among schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:220-4.
52. Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, Yale SA, et al. Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1999;156:1276-8.