



Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de

México

México

Eguiluz Romo, Luz de Lourdes; Ayala Mira, Mónica  
Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes  
Psicología Iberoamericana, vol. 22, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 72-80  
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México  
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133938134009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes<sup>1</sup>

## *Relationship between Suicidal Ideation, Depression and Family Functioning among Adolescents*

Luz de Lourdes Eguiluz Romo<sup>2</sup>

Mónica Ayala Mira<sup>3</sup>

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

### RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue conocer la relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. La muestra estuvo formada por 292 alumnos de secundaria, con edades comprendidas entre 12 y 15 años. Los instrumentos aplicados fueron: Inventario de Depresión de Beck (1976), Escala de Ideación Suicida de Beck, Kovacs y Weissman (1979) y Escala de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune (2006). El diseño fue transversal correlacional, en un grupo con tres mediciones, en un solo momento. Se encontró una correlación positiva entre ideación suicida y depresión, y entre depresión e involucramiento afectivo funcional. No se encontró correlación entre patrones de comunicación disfuncionales con depresión e ideación suicida, respectivamente.

Palabras clave: adolescentes, funcionamiento familiar, ideación suicida y depresión.

### ABSTRACT

This research aimed to examine the connection between suicidal ideation, depression and family situation among adolescents. The sample consisted of 292 secondary school pupils, aged between 12 and 15. The instruments applied were: Beck Depression Inventory (1976), Beck Scale for Suicidal Ideation, Kovacs & Weissman (1979) and the Ari and Zetune Family Functioning Scale (2006). The design of cross-sectional and correlational, in a group with three measurements, applied at a single moment. A positive correlation was found between suicidal ideation and depression, and between depression and functioning affective involvement. No correlation was found between patterns of dysfunctional communication with depression and suicidal ideation, respectively.

Keywords: Adolescents, Family Functioning, Suicidal Ideation and Depression.

Recibido: 15 de abril de 2014 – Aceptado: 20 de agosto de 2014.

<sup>1</sup> Esta investigación se realizó gracias al apoyo brindado por el Proyecto papime 304313 de la UNAM.

<sup>2</sup> Para correspondencia: Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo, Edificio de Gobierno junto a la Jefatura de Psicología de la FES Iztacala, Av. de los Barrios s/n, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, cp 54090, Edo. de México. Tel. (55)5623 1122, e-mail: eguiluz@unam.mx

<sup>3</sup> La maestra Ayala Mira es egresada de la residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala y pertenece al proyecto de investigación PAPIME 304313; e-mail: ayalamira@yahoo.com.mx

## INTRODUCCIÓN

El suicidio entre los jóvenes de la República Mexicana se ha incrementado sustancialmente durante los últimos 25 años. La tasa de suicidios en la población de 15 a 19 años pasó de 1.29 a 2.83, mostrando un aumento entre 1970 y 1990 de 90% (González-Forteza, Borges, Gómez & Jiménez, 1996). Entre 1990 y 2000 pasó de 2.2 a 5.7, en las últimas mediciones, 2000 a 2005, se incrementó de 5.7 a 6.5 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2006). El INEGI (2013) con motivo del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, informó que durante el 2011 murieron por suicidio 5718 personas en el país, de las cuales 8.2 por cada 100 000 (que equivale a 80.8% del total), fueron varones y 1.9 (que equivale a 19.2%) eran mujeres. El impacto ha sido tal, que hoy en día se considera el suicidio como un problema de salud pública, que deriva en la necesidad de investigar para conocerlo y explicarlo desde sus elementos primigenios, con el objetivo de estructurar mecanismos de prevención e intervención.

El suicidio, de acuerdo con Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998), es un proceso que transcurre a través de cuatro fases: ideación suicida, planeación, intento suicida y suicidio consumado. No necesariamente se tiene que atravesar por todas ellas antes de llegar al suicidio. Pero lo que sí resulta claro es que la ideación suicida es el primer eslabón de la cadena y un rubro fundamental para la investigación y el desarrollo de estrategias de prevención e intervención con el fin de salvar vidas. Según González-Forteza y Jiménez (2010), por lo menos hasta 1990 en México poco se sabía sobre la ideación suicida y otras conductas encaminadas al suicidio, como los planes y los intentos suicidas. Sin embargo, la investigación sobre ideación suicida enfocada hacia los adolescentes, estudiantes de secundaria y bachillerato ha ido en aumento desde 1994 a la fecha (Tapia & González-Forteza, 2003, Eguiluz, Córdova & Rosales, 2010).

Las investigaciones publicadas se han orientado al estudio de la ideación suicida en relación con el abuso de sustancias, la desesperanza y problemas psicosociales. Estas investigaciones han demostrado que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno, que se relaciona con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas, lo que deriva en diferentes modelos explicativos agrupados

en dos grandes categorías: aquellas orientadas a factores intrapsíquicos o fisiológicos y las orientadas a factores psicosociales (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001).

No obstante, ambas categorías comparten ciertos factores, por lo que no se observa una clara diferenciación entre éstas. Entre las investigaciones orientadas principalmente a los factores intrapsíquicos, se encuentran las de Clum, Patsiakos y Luscomb (1979), para quienes la ideación y riesgo suicida se incrementan cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento o rigidez cognoscitiva vive situaciones estresantes que le producen sentimientos de depresión, desesperanza y conductas suicidas. Del mismo modo, Garland y Zingler (1993) identifican como factores de riesgo: desequilibrio en los neurotransmisores y predictores genéticos, trastornos psiquiátricos, baja capacidad para resolver problemas, abuso sexual y físico, problemas de identidad y de preferencias sexuales, acceso a armas de fuego, desempleo, problemas laborales y las fases de la luna.

Entre los estudios orientados principalmente a factores psicosociales, se halla el de Mondragón *et al.* (1998), que en un estudio realizado en población clínica mexicana capitalina encontró que la ideación suicida no presenta una relación significativa con el abuso del alcohol o las drogas. Sin embargo, se relaciona muy estrechamente con la desesperanza, ya que en la medida en que aumentaron los niveles de desesperanza se incrementó seis veces la posibilidad de presentar ideación suicida, es decir, el riesgo de tener ideación suicida es altísimo cuando se presenta más desesperanza (Eguiluz, Córdova & Rosales, 2009). Para los autores, este vínculo se debe a que generalmente se relaciona la conducta suicida con características cognoscitivas como la rigidez.

Asimismo, para Valadez, Amescua, Quintanilla y González (2005), en un estudio realizado a 343 estudiantes de bachillerato de Guadalajara, Jalisco, encontraron una fuerte asociación entre diferentes dimensiones de la familia y el intento suicida. Se observó una relación entre comunicación inadecuada, manifestaciones de afecto insuficientes e intento de suicidio, así como un manejo de conflictos deficiente, agresividad y una dinámica parental sintomática. Estos factores, de acuerdo con lo expuesto por los autores,

están más ligados a la estructura de la familia que a su funcionamiento. Del mismo modo, la evidencia obtenida sugiere que la exposición a desventajas socioeconómicas o educativas incrementa la susceptibilidad de los jóvenes a conductas suicidas.

Hernández, Rebustillo, Danauy y Bess (1999), en una investigación realizada en Cuba, compararon 44 entornos familiares de pacientes hospitalizados por riesgo suicida contra 44 entornos familiares de pacientes no hospitalizados de características similares. Se encontró que en 63.7% de los casos de pacientes con riesgo suicida existía un familiar con ese antecedente, mientras que no ocurrió así en 86.4% del grupo de control. Además, se observó alta disfuncionalidad familiar y ausencia de padres como factores asociados al riesgo suicida.

Guibert y Torres (2001) en un estudio realizado en un área de salud de La Habana, sobre el funcionamiento familiar diferencial de los individuos que realizaron intentos suicidas, encontraron que su funcionamiento familiar es predominantemente disfuncional, que las características diferenciales del funcionamiento familiar en los suicidas fueron la poca adaptabilidad (67.7%), la baja cohesión (70.9%), y la desarmonía (87.1%) y que en las familias de los suicidas predominaron significativamente todos los factores familiares de riesgo esenciales que predisponen al suicidio.

Las investigaciones, sin importar su orientación principal, sugieren en general una relación entre desesperanza (Mondragón *et al.*, 1998), depresión, diferentes dimensiones del funcionamiento familiar (Valadez *et al.*, 2005; Hernández *et al.*, 1999; Guibert & Torres, 2001; Eguiluz, 2010) y las familias y la ideación suicida. No obstante, específicamente en nuestro país, el funcionamiento familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes se ha abordado en forma periférica, no así para el intento de suicidio o el suicidio consumado. Sin embargo, como célula básica de la sociedad, la familia cumple con la función de ser la entidad socializadora por excelencia (Florenzano, 1995; Gubbins, 2009; Eguiluz, 2011), entre otras funciones vitales para su desarrollo y el de los individuos que forman parte de ella. Además, el grupo familiar inmediato imprime su sello indeleble en la formación personal y constituye el eslabón fundamental con el

sistema social, es decir, es un contexto fundamental para el desarrollo de los adolescentes.

La familia es un sistema dinámico e interdependiente (Gómez, 2004; Eguiluz, Córdova, Rosales & Juárez, 2006; Eguiluz, Cuenca & Campos, 2010), en el que las acciones de unos influyen en las de los otros, afectando en mayor o menor medida la calidad y estilo de las relaciones domésticas, ya sean relaciones internas de tipo parental, conyugal, o sociales externas, en las que surgen procesos interpsicológicos de tipo afectivo, escolar, entre otros. El funcionamiento familiar es entonces el proceso interactivo mediante el cual la familia esboza sus estrategias para resolver problemas, establece su clima emocional, su capacidad de equilibrio y de cambio a lo largo de su ciclo de vida (Estévez, Musitu & Herrero, 2005); el ambiente familiar negativo que se caracteriza por problemas de comunicación entre padres e hijos, por ejemplo, constituye uno de los factores de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental, como depresión, ansiedad y estrés (Eguiluz, 2011).

La forma en que la familia mantiene síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida es a través de su funcionamiento. En el Modelo de Funcionamiento Familiar de McMaster (Epstein, Bishop & Levin, 1978) la interacción familiar normal o asintomática, se aborda por medio de seis dimensiones: la resolución de problemas, la comunicación, los roles, el involucramiento afectivo, las respuestas afectivas y el control de conducta, los cuales se detallarán a continuación.

La resolución de problemas se refiere a la habilidad de la familia para resolverlos a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo. La comunicación alude al intercambio de información. Los roles se refieren a los patrones de conducta a través de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares necesarias y no necesarias. El involucramiento afectivo es el grado en que los miembros de la familia, como un todo, muestran interés uno hacia el otro. Las respuestas afectivas aluden a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad como en cantidad. Finalmente, el control de conducta se refiere a los patrones que adopta la familia para manejar el comportamiento en situaciones que implican peligro físico, aquellas que suponen

enfrentar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas, y situaciones que conllevan sociabilización entre los miembros de la familia y con la gente fuera del sistema familiar.

El objetivo de esta investigación fue conocer la relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en una muestra de adolescentes estudiantes de secundaria del Distrito Federal, teniendo como presupuesto que la familia es un contexto fundamental de desarrollo y mantenimiento de síntomas depresivos e ideación suicida.

Las hipótesis a considerar fueron:

- La ideación suicida en los adolescentes está relacionada negativamente con el funcionamiento familiar óptimo.
- La ideación suicida en los adolescentes está relacionada con la depresión.
- La ideación suicida y depresión en adolescentes están relacionadas con patrones de comunicación disfuncionales.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra estuvo conformada por 292 estudiantes de primero y segundo de secundaria, de los cuales 133 son hombres que representan 45.5% y 157 mujeres que representan 54.5%.

### Procedimiento

La evaluación de los participantes se realizó de manera grupal, los instrumentos fueron aplicados en los salones de clase de una escuela secundaria del Distrito Federal.

### Instrumentos

El instrumento que se utilizó para evaluar la depresión fue el Inventario de Depresión de Beck (1976), que cuenta con 21 reactivos y los puntajes obtenidos se ubican en la siguiente escala:

- 0 a 12: ausencia de depresión
- 13 a 20: depresión leve
- 21 a 30: depresión moderada
- más de 31: depresión severa

Para evaluar la ideación suicida se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck, Kovacs y Weissman (1979, en González, Díaz, Ortiz, González & González, 2000). Este instrumento cuenta con 21 reactivos y el punto de corte es de 10, a partir del cual se admite la probable presencia de ideación suicida.

Finalmente, para evaluar el funcionamiento familiar se utilizó el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF), de Atri y Zetune (2006), basado en el Modelo de McMaster de Funcionamiento Familiar (Epstein, Bishop, & Levin, 1978). Se trata de una escala de tipo Likert con 40 reactivos, cada uno con cinco opciones de respuesta con un rango de 1 a 5. El cuestionario se divide en seis subescalas: 1) involucramiento afectivo funcional, con un punto de corte de 51 puntos; 2) involucramiento afectivo disfuncional, con un punto de corte o punto medio de 33 puntos; 3) patrones de comunicación disfuncionales, con un punto de corte de 12 puntos; 4) patrones de comunicación funcionales, con un punto de corte de 9 puntos; 5) resolución de problemas, con un punto de corte de 9 puntos; 6) patrones de control de conducta, con un punto de corte de 6. Estas escalas se analizan de manera individual, por tanto, no hay un puntaje global sobre funcionamiento familiar.

### Diseño

Es un diseño transversal de un grupo, con tres mediciones, se trata de una modificación al diseño propuesto por Clark (2002), en este caso se aplicaron tres instrumentos en un solo grupo, con dos mediciones en un solo momento.

### Tipo de investigación

Se realizó una investigación de tipo correlacional descriptiva, según Hernández, Fernández y Baptista (1998).

### Muestreo

El muestro fue de tipo accidental (Kerlinger, 1999), pues se invitó a participar a alumnos de primero y segundo de secundaria que se encontraban disponibles en la escuela.

## Procedimiento

### *Fase I. Contacto y aplicación*

Se contactó a la directora de la secundaria quien, previa autorización de la Dirección Operativa Número 1 de la Secretaría de Educación Pública (SEP), dio su autorización para aplicar los instrumentos a los grados de primero y segundo de secundaria, 12 grupos en total. Se arribó a la secundaria a las 9:00 de la mañana de los días 6 y 7 de febrero de 2014. Previa repartición de grupos, cada evaluador se dirigió al aula asignada y entregó por orden alfabético los cuestionarios foliados. Se les dio la instrucción de que tendrían que contestar un cuestionario de manera individual sobre la forma en que perciben algunas características de sus familias y de sí mismos. Se les pidió que lo contestaran de la manera más honesta posible y que utilizaran el tiempo necesario para hacerlo; se les dijo que el cuestionario no llevaba nombre y que los resultados globales los conocerían en tiempo y forma. Posteriormente, se les proporcionó un lápiz del número 2 y una goma. Los cuestionarios se presentaron en el siguiente orden: 1. Depresión; 2. Ideación suicida; y 3. Funcionamiento familiar. Una vez terminada la resolución del cuestionario, el alumno lo entregó al evaluador y pudo abandonar el salón. Se esperó a que el resto de los compañeros terminaran y entregaran los cuestionarios.

### *Fase II. Calificación*

Una vez que se terminó la aplicación, el evaluador concentró los cuestionarios y se dio inicio a la etapa de calificación de las pruebas. Se calificaron de acuerdo con los criterios de los respectivos manuales.

### *Fase III. Captura y análisis de resultados*

Los datos se capturaron y analizaron en el programa estadístico SPSS de dos formas, por un lado, descriptivamente a través de porcentajes y por el otro, a través de la  $r$  de Pearson, la cual refleja el grado en que dos variables se relacionan de manera lineal en un intervalo de -1 a 1. Entre más se acerque al -1 su relación es negativa, esto es, si el valor de una aumenta, el de la otra disminuye y viceversa, y si se acerca a 1 es positiva, es decir, covarían juntas. Se correlacionaron las variables de la siguiente forma:

- Ideación suicida con: depresión, involucramiento afectivo funcional, involucramiento afectivo disfuncional, patrones de comunicación funcionales, resolución de problemas y patrones de control de conducta.
- Depresión con: involucramiento afectivo funcional, involucramiento afectivo disfuncional, patrones de comunicación funcionales, resolución de problemas y patrones de control de conducta.

## RESULTADOS

### Descripción de la muestra

Se evaluaron un total de 292 alumnos de una secundaria del Distrito Federal, de los cuales eran hombres 45.5% y 54.5% corresponde a mujeres, oscilaban en una edad entre los 11 y los 15 años, 0.7% tenía 11 años, 29.4% tenía 12 años, 48.3% tenía 13 años, 19.2% 14 años y 2.4% tenía 15 años, con una media de 12.93 años y una desviación estándar de 0.7808.

No trabaja 85.3% de los evaluados, mientras que 9.6% trabaja y estudia. Del total de los evaluados 74% vivió su infancia con ambos padres, 16.8% vivió sólo con su madre o con su padre, 6.5% vivió con sus tíos, abuelos o con sus hermanos; mientras que 1.7% vivió con personas que no son de su familia.

### Análisis descriptivo

Se realizó un primer análisis de las variables depresión, ideación suicida y funcionamiento familiar.

Los resultados respecto a la depresión indicaron que 207 jóvenes (70.08%) de la muestra no presentaron síntomas de depresión o ésta fue nula; se ubicaron con depresión leve 52 jóvenes (17.8%), y 22 jóvenes (7.5%) mostraron depresión moderada; por último, se encuentra con depresión severa 3.0% (11 jóvenes).

Por su parte, se encontró que 21.21% de la población (62 jóvenes) presenta ideación suicida y 78.7% no la presenta (230 jóvenes).

Se encontró que 87% presenta un involucramiento afectivo funcional, mientras 13% no lo presenta; muestra un involucramiento afectivo disfuncional 22%, mientras que 88% no lo presenta; 73% tiene patrones de comunicación funcionales, mientras 27%

no los muestra; 45% con patrones de comunicación mayoritariamente disfuncionales, mientras 55% no los presenta; 63% con patrones de control de conflicto funcionales, mientras 37% no los presenta, y 74% con patrones de resolución de conflictos funcionales, en tanto que 26% no los presenta.

### Análisis correlacional

En un segundo análisis de las variables de depresión, ideación suicida y funcionamiento familiar se correlacionó ideación suicida, depresión y las cinco escalas de funcionamiento familiar.

Se encontró correlación positiva media entre la depresión e ideación suicida ( $r = 0.452$ ,  $p = 0.01$ ); correlación negativa baja entre ideación suicida e involucramiento afectivo funcional ( $r = -0.387$ ,  $p = 0.01$ ); correlación negativa baja entre ideación suicida y patrones de comunicación funcionales ( $r = -0.338$ ,  $p = 0.01$ ); correlación negativa media entre depresión e involucramiento afectivo funcional ( $r = 0.440$ ,  $p = 0.01$ ); correlación positiva baja entre depresión e involucramiento afectivo disfuncional ( $r = 0.371$ ,  $p = 0.01$ ); correlación negativa baja entre depresión y patrones de comunicación disfuncionales ( $r = -0.354$ ,  $p = 0.01$ ); y correlación negativa baja entre depresión y patrones de control de conducta ( $r = -0.312$ ,  $p = 0.01$ ). No se encontró correlación entre depresión y patrones de comunicación disfuncionales ( $r = 0.042$ ) ni tampoco entre ideación suicida y patrones de comunicación disfuncionales ( $r = -0.008$ ).

### DISCUSIÓN

Los resultados respecto de la depresión indicaron que 70.08% (207 jóvenes) de la muestra no presentó síntomas de depresión o ésta fue nula; con depresión leve se ubicó 17.8% (52 jóvenes); 7.5% (22 jóvenes) presentó depresión moderada, por último, con depresión severa se encuentra 3.1% (11 jóvenes). Este último dato coincide con el de la investigación realizada por De la Peña, Ulloa y Páez (1999), quienes encontraron una prevalencia de la depresión mayor en adolescentes de secundaria de 4.5% para mujeres y de 2.1% para hombres, pero el promedio a lo largo de la vida es de 4.0%. Del mismo modo, este estudio coincide con el de De la Peña, Lara, Cortés, Nicolini, Páez y Almeida (1996), quienes señalan que en población normal se puede

encontrar una prevalencia de la depresión de 0.4% a 8.4%, en una proporción de 2 a 1 en mujeres y hombres, respectivamente. Asimismo, De la Peña *et al.* (1996) señalan que existen diversos factores que se deben tener en cuenta, tanto para detectarla y evaluarla como para entenderla y uno de ellos es el funcionamiento familiar. Los investigadores agregan que la comorbilidad de este trastorno en la adolescencia está asociado a los intentos de suicidio y a la ideación suicida.

El mejor predictor del suicidio es el intento, según González-Forteza y Jiménez (2010), 40% de los suicidas lo han intentado varias veces, sin embargo, el intento representa un paso en este proceso que empieza con la ideación, continúa con las amenazas, posteriormente viene el intento y por último, la consumación. González-Forteza *et al.* (1996), en su estudio con una población similar encontraron resultados análogos, señalan que 47% de los estudiantes presenta un síntoma de ideación suicida, 17% respondió haber pensado en quitarse la vida, mientras que 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos de la escala de ideación suicida. En esta investigación se encontró que 21.21% de la población (62 jóvenes) presenta ideación suicida y 78.7% no la presenta (230 jóvenes). En este sentido, en la investigación realizada por Chávez, Pérez, Macías y Páramo (2004) se puede apreciar que la tercera parte de los estudiantes reportaron haber tenido la sensación de no poder seguir adelante, uno de cada cuatro tuvo pensamientos sobre la muerte y 8% mencionó abiertamente tener la idea de quitarse la vida. Se pueden apreciar resultados similares cuando la ideación es concurrente con otros trastornos (Jiménez, Senties & Ortega, 1997; Mondragón, Saltijeral, Bimbela & Borges, 1998).

La correlación encontrada entre ideación suicida y depresión coincide con un gran número de estudios tanto en México como en el mundo (Garrison, Lewinsohn, Marsteller, Langhinrichsen & Lann, 1991; Beck, 1976; Arias, Cárdenas Navarrete, Alonzo, Morales & López-García, 1994; Saucedo, Montoya & Higuera, 1997; Jiménez, Senties & Ortega, 1997) en los que el afecto o ánimo depresivo es el articulador entre la ideación suicida o cualquier otra conducta suicida y pautas familiares disfuncionales, conflictos en la familia, trastornos de la personalidad y conductas adictivas.

La correlación entre ideación suicida, depresión e involucramiento afectivo funcional es negativa, es decir, a mayor ideación suicida o depresión, menor es la posibilidad de un involucramiento afectivo funcional. Del mismo modo, la correlación entre ideación suicida, depresión e involucramiento afectivo disfuncional es positiva, por tanto, a mayor ideación suicida o depresión, el involucramiento afectivo disfuncional podría aumentar. El involucramiento afectivo funcional dentro del Modelo de McMaster implica empatía e interés, mientras que el involucramiento afectivo disfuncional implica ausencia de involucramiento, relaciones desprovistas de afecto, un involucramiento narcisista, un exceso de involucramiento y simbiosis. Esto coincide con la investigación de Richman (1979), quien señala el aumento de conductas suicidas en familias con simbiosis y sin empatía, es decir, en familias donde falta individuación y presentan un apego excesivo, lo que implica un interés patológico en el otro, que derivan en una relación tan intensa que resulta difícil establecer límites que diferencien a una persona de la otra.

Ahora bien, la correlación entre ideación suicida, depresión y patrones comunicacionales funcionales es negativa: a mayor ideación suicida o depresión, menores serán los patrones comunicacionales funcionales. Éstos implican dos aspectos de la comunicación: la claridad y su dirección, pues entre más clara y directa sea la comunicación, más eficiente será el funcionamiento familiar; lo anterior coincide de igual forma con la investigación de Richman (1979), quien sostiene que un nivel exagerado de secretos aunado a patrones de comunicación al estilo del “doble vínculo” –el cual implica una comunicación confusa y paradójica–, caracterizan a las familias con riesgo suicida. Asimismo, hay coincidencia con las investigaciones de

Valadez, Amescua, Quintanilla y González (2005) y las de Guibert y Torres (2001), quienes encontraron una fuerte asociación entre una inadecuada comunicación y la expresión de afecto.

La correlación entre ideación suicida, depresión y la resolución de problemas es negativa, lo que implica que a mayor ideación suicida y/o depresión, menor será la habilidad de la familia para resolver problemas en un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo, el cual implica la capacidad de manejar y solucionar los problemas. En esta área de funcionamiento familiar los problemas pueden ser de dos tipos, instrumentales o afectivos. Los instrumentales son aspectos cotidianos de la vida diaria y los afectivos se vinculan con aspectos emotivos como coraje, amor y depresión. Esta correlación coincide con la investigación de Valadez, Amescua, Quintanilla y González (2005), en la cual se encontró una relación entre intento de suicidio en adolescentes con un inadecuado manejo de conflictos y agresividad.

Finalmente, la correlación entre ideación suicida, depresión y patrones de control de conducta es negativa, es decir, entre mayor sea la ideación suicida o la depresión, menores serán los patrones de control de conducta que mantengan un funcionamiento familiar óptimo. Patrones de conducta rígidos, de tipo *laissez-faire* (dejar hacer) y caóticos son los menos efectivos, en especial los caóticos, pues éstos son impredecibles y los miembros de la familia no saben qué normas aplicar en ningún momento, no consideran la negociación, ni hasta donde pueden llegar. Este resultado coincide con lo reportado por Guibert y Torres (2001), quienes encontraron una alta incidencia de inconsistencias en reglas, desorganización, riñas constantes y conflictos de poder en familias con adolescentes suicidas. ♦

## REFERENCIAS

- Arias, G., Cárdenas Navarrete, R., Alonzo, V., Morales, C., & López García, A. (1994). Intento de suicidio en adolescentes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 51(11), 86-95.
- Atri & Zetune, R. (2006). Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar. Cap. 1. En M. L. Velasco & M. Luna (Comps.) *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax-México.
- Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal ideation. The scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. En S. González, A. Díaz, S. Ortiz, C. González & J. González (2000). Características Psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: The New American Library. En M. Córdoba, J. C. Rosales & L. Eguiluz (2006). La didáctica constructiva de una escala de desesperanza: resultados preeliminares. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 311-329.
- Chávez, A. M., Pérez, R., Macías, L. F. & Páramo, D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guajuato. *Acta Universitaria*, 14(3), 12-20.
- Clark, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología: del diseño experimental al reporte de investigación*. México: Oxford.
- Clum, G., Patsiokas, A. & Luscomb, R. (1979). Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 47, 937-945. En C. González-Forteza, G. Borges, C. Gómez & A. Jiménez (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado Actual y perspectivas. *Salud Mental*, 1(2), 33-38.
- De la Peña, F., Ulloa, R. E. & Páez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental* (Número especial), 88-92.
- De la Peña, F., Lara, M. C., Cortés, J., Nicolini, H., Páez, F. & Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (BSR) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*, 19(Suplemento especial), 17-23.
- Eguiluz, L. L. (2011). Estrategias de intervención en jóvenes con ideación e intento suicida. *Uaricha. Revista de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*, 8(16), 66-90.
- Eguiluz, L. L. (Comp.) (2010). *Qué podemos hacer para evitar el suicidio*. México: Pax-México.
- Eguiluz, L. L., Córdoba, M. & Rosales, C. (2010). *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento*. México: Pax-México.
- Eguiluz, L. L., Cuenca, V. & Campos, J. M. (2010). Relación entre depresión e ideación suicida en estudiantes de dos licenciaturas de la salud. En L. L. Eguiluz, M. Córdoba & C. Rosales. *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento* (pp.157-173). México: Pax-México.
- Eguiluz, L. L., Córdoba, M. & Rosales, C. (2009). El pensamiento de suicidio en los jóvenes. Un estudio cualitativo que vincula la investigación y el tratamiento. *Revista de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar: Psicoterapia y Familia*, 22(2), 80-89.
- Eguiluz, L. L., Córdoba, M., Rosales, C. & Juárez, S. (2006). La investigación sobre el comportamiento suicida. *Revista de Psicología Iberoamericana, Nueva Época*, 15(1), 27-36.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S. & Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4(4), 19-31.
- Estévez, E., Musitu, G. & Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81-89.
- Florenzano, R. (1995). *Familia y Salud de los Jóvenes*. Chile: Universidad Católica de Chile.
- Garland, A. & Zingler, E. (1993). Adolescent suicide prevention, current research and social policy implications. *American Psychologist*, 48(2), 169-182.
- Garrison, Z. C., Lewinsohn, P., Marsteller, F., Langhinrichsen, J. & Lann, I. (1991). The assessment of suicidal behavior in adolescents. *Suicide an life-Threatening Behavior*, 21(3), 217-231.
- Gómez, J. (2004). El adolescente en la familia y en la escuela. En L. Eguiluz (Comp.) *Dinámica de la familia*. México: Pax-México.

- González-Forteza, C. & Jiménez, T. A. (2010). Problema suicida: algunas consideraciones desde la investigación psicosocial. En L. Eguiluz, M. Córdova & C. Rosales (2010). *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento*. México: Pax-México.
- González-Forteza, C., Borges, G., Gómez, C. & Jiménez, A. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19(2), 33-38.
- Gubbins, V. (2009). Las estructuras familiares y jefaturas de los hogares con menor bienestar socioeconómico del país. Cambios de la última década (pp. 69-86). En *La familia en el siglo XXI. Investigaciones y reflexiones desde América Latina*. Chile: Universidad del Bio-Bio.
- Guibert, W. & Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460.
- Hernández, A., Rebustillo, G., Danaúy, M. & Bess, S. (1999). Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 372-377.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. 10 de septiembre. Aguascalientes, Ags.: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2006). Porcentaje de defunciones generales de 15 a 29 años por sexo y principales causas, 1990 a 2005. Recuperado de: <http://www.inegi.gob.mx>
- Jiménez, A., Senties, H. & Ortega, H. (1997). Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Mental*, 20(1), 36-41.
- Kerlinger, F. (1999). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.
- Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental*, 21(5), 20-26.
- Richman, J. (1979). The family therapy of attempted suicide. *Family Process*, 18(2), 131-142.
- Sauceda, M., Montoya, M. A. & Higuera, F. (1997). Intento de suicidio en la niñez y en la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 54(4), 169-175.
- Tapia, A. & González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26(6), 35-40.
- Valadez, I., Amescua, R., Quintanilla, R. & González, N. (2005). Familia e intento suicida en adolescentes de educación media superior. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(3), 69-78.