



Salud Mental

ISSN: 0185-3325

perezrh@imp.edu.mx

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón
de la Fuente Muñiz
México

Perales-Blum, María Teresa Laurencia; Loredo, Lídice
Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor
Salud Mental, vol. 38, núm. 3, mayo-junio, 2015, pp. 195-200
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58239891006>

- 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

Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor

María Teresa Laurencia Perales-Blum,¹ Lídice Loredó¹

Artículo original

ABSTRACT

Background

Suicide is among the three leading causes of death in youth population; family conflicts have been considered as an independent possible risk factor for suicidality among this population.

Objective

To assess the relationship between family problems and suicidality in adolescents with major depressive disorder (MDD).

Method

Patients between the ages of 10 and 18 years with a MDD diagnostic were included. To assess family problems, the scale Instrument for Family Problems (IPF) was applied; to determine the degree of suicidality, the Okasha Suicidality Scale was used. The values of these scales were compared through a logistic regression. Odds ratios (OR) were obtained to find differences between the groups with a confidence interval (CI) of 95%.

Results

Out of the 37 patients that were examined, 21 (56.7%) had high suicidality risk. They were older in age and had a higher depression severity index. No association was found between the values obtained in the IPF and suicidality, except for the item "disagreements between the father and the mother regarding permissions", with an OR: 5.28, 95% CI (1.06-26.3).

Discussion and conclusion

The association found between high suicidality and the IPF-D item might be related to the use of a severity depression index as a cofactor. Family conflicts assessed through the IPF do not seem to be an independent factor explaining differences between the studied groups.

Key words: Suicide, adolescents, family, depression.

RESUMEN

Antecedentes

El suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte en los adolescentes; los problemas familiares se han considerado como un posible factor de riesgo independiente de suicidalidad en esta población.

Objetivo

Estudiar la relación entre problemas familiares y suicidalidad en pacientes adolescentes con trastorno depresivo mayor (TDM).

Método

Se incluyeron pacientes entre 10 y 18 años con diagnóstico de TDM. Para evaluar los problemas familiares se aplicó el Instrumento de Problemas Familiares (IPF); para el grado de suicidalidad, se aplicó la Escala de Suicidalidad de Okasha. Se contrastaron los valores de estas escalas por medio de una regresión logística. Se obtuvieron los *odds ratios* (OR) con un intervalo de confianza (IC) de 95% para encontrar diferencias entre grupos.

Resultados

Se analizaron 37 pacientes, de los cuales 21 (56.7%) tenían alto riesgo de suicidalidad. Éstos eran de mayor edad y tenían un mayor índice de gravedad en la depresión. No se encontró una asociación entre los valores obtenidos en el IPF y la suicidalidad, a excepción del reactivo -desacuerdos entre el padre y la madre con respecto a permisos (IPF-D)-, con un OR: 5.28, 95% IC (1.06-26.3).

Discusión y conclusión

La asociación encontrada entre una suicidalidad alta y el reactivo IPF-D pudiera relacionarse con el uso de la gravedad en la depresión como un cofactor. Los problemas familiares, evaluados por medio del IPF, no parecen ser un factor independiente que explique las diferencias entre los grupos estudiados.

Palabras clave: Suicidio, adolescentes, familia, depresión.

¹ Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Correspondencia: María Teresa Laurencia Perales-Blum. Hospital Universitario "Dr. José E. González". Universidad Autónoma de Nuevo León. Madero y Gonzalitos s/n (edificio aledaño al nor-oriental del edificio central entre la Facultad de Medicina y el Edificio de Radiodiagnóstico), 64460, Monterrey NL., México. E-mail: laurencia_p@hotmail.com

Recibido primera versión: 12 de abril de 2014. Segunda versión: 8 de octubre de 2014. Aceptado: 30 de octubre de 2014.

ANTECEDENTES

El suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte en los adolescentes. En México, las tasas de suicidio han aumentado en 275% de 1970 a 2007.¹ Los adolescentes son un grupo en riesgo particular. Alrededor de 11% de los adolescentes han presentado ideación suicida alguna vez en su vida, y 3% ha realizado algún intento de suicidio.² El trastorno depresivo mayor (TDM), una entidad de alta prevalencia y morbilidad en adolescentes, es uno de los principales factores de riesgo para suicidalidad en este grupo de edad.³

Factores neurobiológicos, culturales, demográficos y sociales pueden aumentar el riesgo de suicidio en adolescentes. Además del TDM, existen otros factores específicos que se han asociado con la suicidalidad en adolescentes, incluyendo comportamiento disruptivo, abuso de sustancias, comorbilidad psiquiátrica, historia de abuso sexual, antecedente de intentos previos e historia familiar de enfermedad psiquiátrica.⁴⁻⁷ La caracterización de estos factores es esencial para el desarrollo de estrategias de detección, prevención y tratamiento de la ideación suicida.

Recientemente, se le ha dado importancia a los problemas familiares como un factor de riesgo independiente de suicidalidad en adolescentes. Se ha sugerido que las familias con adolescentes suicidas son desorganizadas, tienen una mala cohesión y son hostiles.⁸ Los adolescentes con alto grado de suicidalidad y depresión reportan mayores alteraciones de comunicación con sus padres comparados con los grupos control.⁹ Los adolescentes con suicidalidad también muestran mayor percepción de disfunción familiar, provienen de hogares considerados como "rotos" y poseen una relación conflictiva adolescente-madre.^{10,11} Un historial de discordia entre el adolescente y sus padres es un factor independiente para predecir suicidalidad en adolescentes deprimidos.¹² En 1995, Martin et al. reportaron que un grado alto de disfunción familiar, de acuerdo con el McMaster Family Assessment Device, se asociaba con la gravedad de depresión y suicidalidad en pacientes adolescentes.⁸ A su vez, Garber et al. encontraron datos similares, mostrando que un mal funcionamiento familiar, medido con el Family Relationship Index, se asoció con suicidalidad en pacientes adolescentes.¹³

Aun cuando se ha establecido que las alteraciones familiares contribuyen a la suicidalidad en pacientes adolescentes, la dimensión del riesgo y los factores específicos continúan sin esclarecerse. En este estudio buscamos evaluar el efecto de la disfunción familiar, usando un instrumento estandarizado, sobre la gravedad de la suicidalidad en un grupo de adolescentes con TDM en Monterrey, Nuevo León, México.

MÉTODO

Pacientes

Se incluyeron pacientes de entre 10 y 18 años de edad que acudieron a la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los servicios de salud de Nuevo León con diagnóstico de TDM del 9 de marzo de 2012 al 9 de junio de 2012. Para ingresar al estudio, los pacientes debían cumplir con los criterios de TDM según la *Center for Epidemiological Studies of Depression Scale* (CES-D, valor >16),¹⁴ y confirmado por la escala Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI Kid), versión para niños y adolescentes. Todos los participantes contaban con una carta de consentimiento informado firmada por los padres o tutores. Se excluyeron los pacientes con síntomas psicóticos, trastorno bipolar, retraso mental o que estuvieran bajo tratamiento con un antidepresivo o un antipsicótico. Se aplicó la escala CES-D a 45 pacientes que cumplieran con los requisitos anteriores. Se excluyó a siete (15.55%) personas, ya que en la escala de tamizaje CES-D para depresión no alcanzaron el puntaje mínimo y a una (2.22%) persona porque durante la aplicación del resto de las escalas se le dificultaba comprender las preguntas. Al final, se obtuvo una muestra de 37 pacientes.

Escalas y mediciones

Se obtuvieron los datos demográficos y sociales de todos los pacientes a partir de encuestas y entrevistas con los pacientes, tutores y familiares. Se administraron la Escala de Suicidalidad de Okasha, el Instrumento de Problemas Familiares (IPF) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

*Escala de Suicidalidad de Okasha:*¹⁵ Es una escala autoadministrada tipo Likert, formada por cuatro reactivos, donde los tres primeros exploran ideación suicida y el cuarto consulta sobre intento de suicidio. Evalúa la gravedad de la ideación suicida en los últimos 12 meses. La consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach tiene un valor de 0.89. Los cuatro reactivos son: ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?; ¿Has deseado alguna vez estar muerto?; ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?; y por último ¿Has intentado suicidarte? Las respuestas de los reactivos de ideas suicidas se recogen en una escala de frecuencia de categorías que se puntúa de 0 a 3 puntos por cada reactivo: nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje del reactivo de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. Cuanta mayor puntuación, mayor gravedad. Para discriminar entre ideas suicidas con o sin alto riesgo de suicidalidad, se calculó el punto de corte de cinco puntos para ideación suicida (sensibilidad de 90% y especificidad de 79%). Para este análisis se empleó el puntaje de la subescala de ideación suicida (suma de los reactivos 1, 2 y 3).

IPF:¹⁶ Es un instrumento diseñado para evaluar lo que las personas consideran como los principales problemas existentes en su familia. Consta de 122 reactivos que tienen una distribución normal, cargas factoriales superiores a 0.40 y consistencia alta en sus escalas con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.58 a 0.93. Es autoaplicada, de tipo Likert, donde 5 significa totalmente de acuerdo, 4 de acuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2 en desacuerdo y 1 totalmente en desacuerdo. Se utilizó para evaluar la disfunción familiar. Consta de ocho factores:

1. Comunicación e integración familiar: Se refiere a la comunicación y su función de integración para la familia, en las que, a nivel verbal y no verbal, se transmiten afectos, pensamientos y creencias. Punto de corte 87.
2. Interacción familiar negativa: Indica la percepción del sujeto sobre la falta de atención que la familia le brinda tanto en el cuidado como en la disposición para apoyarlo, principalmente de sus padres. Punto de corte 84.
3. Conflicto familiar: Los conflictos en las relaciones cercanas pueden tener efectos a largo plazo en la forma en cómo se perciben entre sí los miembros de la familia y abarca situaciones como discusiones verbales, críticas, burlas o descalificaciones hasta fuertes faltas de respeto. Punto de corte 57.
4. Agresión familiar: En este factor inciden aspectos de regaños, enojos, castigos y hasta provocaciones físicas. Se ha visto que el conflicto interparental y las malas relaciones con los padres pueden predecir el funcionamiento de los adultos jóvenes y se relaciona con los problemas de los menores. Punto de corte 45.
5. Desacuerdos del padre y de la madre para dar permisos: Cuando las reglas y los límites no son claros, ni firmemente establecidos por los padres, los adolescentes pondrán a prueba la estructura familiar. Punto de corte 33.
6. Influencia del alcohol en la familia: Refleja los efectos que tiene el consumo de alcohol en la organización y armonía familiar. Punto de corte 21.
7. Farmacodependencia en la familia: Este factor repara en el consumo de diversas drogas y sustancias tóxicas que pueden generar caos emocional y físico en la familia. Punto de corte 18.
8. Conducta alcohólica de la familia: Surge cuando la familia gira en torno al consumo del alcohol y sus implicaciones en el sistema, en términos de agresión física y emocional, económicos y de salud. La disfunción del sistema familiar cumple un papel importante para incrementar el consumo de alcohol en los estudiantes. Punto de corte 21.

STAI:¹⁷ Evalúa dos conceptos de ansiedad: estado (condición emocional transitoria) y rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Consta de 40 reactivos, 20 de ansiedad-estado (STAI-AE) y 20 de ansiedad-rasgo (STAI-AR).

La puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 20 reactivos correspondientes. La puntuación de los reactivos de estado oscila entre 0 y 3, y los criterios operativos se establecen según la intensidad (0, nada; 1, algo; 2, bastante; 3, mucho). En algunos de los reactivos de ansiedad-estado es necesario invertir la puntuación asignada a la intensidad (3, nada; 2, bastante; 3, mucho); esos reactivos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. La puntuación en los reactivos de rasgo también oscila entre 0 y 3, pero en este caso se basa en la frecuencia de presentación (0, casi nunca; 1, a veces; 2, a menudo; 3, casi siempre). En algunos de los reactivos de la ansiedad-rasgo es necesario invertir la puntuación asignada a la frecuencia de presentación (3, casi nunca; 2, a veces; 1, a menudo; 0, casi siempre); esos reactivos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos. Mayores valores indican mayores grados de ansiedad.

Estadística

Se compararon los datos demográficos y clínicos de los pacientes con alto y bajo riesgo de suicidalidad utilizando la prueba χ^2 (o la prueba exacta de Fisher) para variables categóricas o la prueba T de Student para variables dimensionales. Los valores del IPF resultaron en ocho valores dimensionales, donde los mayores valores mostraron mayor disfunción. Se dicotomizó a los pacientes en "sano" y "no sano" usando los valores de corte correspondientes. Se utilizó la regresión logística para comparar las variables dicotomizadas extraídas de los valores del IPF. Se obtuvieron los *Odds ratios* (OR) con un intervalo de confianza (IC) de 95% para encontrar diferencias entre grupos. En los modelos de regresión logística para la comparación entre grupos, se incluyeron edad y valor del CES-D como covariados, para ajustar los resultados de acuerdo con la edad y la gravedad de la depresión. Se usaron correlaciones simples (Pearson) para encontrar relaciones entre las distintas variables.

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el programa computacional SPSS (SPSS, versión 17.0; SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). Los parámetros dimensionales se expresaron como promedio \pm desviación estándar (DE) y se consideró una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

RESULTADOS

Datos demográficos

Las características demográficas de los grupos se muestran en el cuadro 1. Se analizó un grupo de 37 pacientes en total, de los cuales 21 (56.7%) presentaban alto riesgo de suicidalidad de acuerdo con la prueba de Okasha (valor > 5). Los pacientes en el grupo de alto riesgo de suicidalidad tenían ma-

Cuadro 1. Datos clínicos y demográficos

Característica	Riesgo de suicidalidad		P
	Bajo	Alto	
Pacientes, n	16	21	
Femenino, n(%)	6(37.5)	13(61.9)	0.19 ^a
CES-D total, prom(DE)	23.9±7.00	32.7±8.88	0.01 ^b
Okasha, prom(DE)	1.63±1.54	8.19±2.24	0.01 ^b
STAI-AE, prom(DE)	21.7±11.8	29.3±9.60	0.04 ^b
STAI-ER, prom(DE)	27.3±9.70	35.4±10.5	0.02 ^b
Edad, prom(rango)	13.7(12-17)	15.5(11-18)	0.01 ^b
Ocupación, n(%)			0.32 ^a
Estudiante	11(68.7)	10(47.6)	
Ninguna	5(31.3)	11(52.4)	
Estado familiar, n(%)			0.51 ^a
Vive con 2 padres	4(25)	4(19)	
Vive con 1 padre	8(50)	10(47.6)	
Otros	4(25)	7(33.3)	

^a= χ^2 ; ^b=T-student; CES-D: Center for Epidemiological Studies of Depression Scale; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; prom: Promedio; DE: Desviación estándar.

yores índices de gravedad de depresión y ansiedad. Aunque todos los pacientes cumplían con los criterios para depresión mayor, el valor de CES-D fue significativamente mayor en el grupo con alto riesgo de suicidalidad (32.7±8.88) en comparación con el grupo con bajo riesgo (23.9±7). De igual forma, ambos valores en la escala de STAI fueron significativamente mayores en el grupo con alto riesgo de suicidalidad.

La diferencia de edad entre los grupos alcanzó significancia estadística. Los pacientes en el grupo de alto riesgo de suicidalidad, con 15.5 (11-18 años), fueron de mayor edad en comparación con el grupo de bajo riesgo, con 13.7 (12-17 años). Del total de pacientes, sólo la minoría habitaba con su padre y su madre (21.6%), y la mayoría eran estudiantes (56.7%). Cerca de la mitad de los pacientes era del sexo femenino (51.3%). Otras variables, como ocupación (estudiante *vs.* ninguna) o estado familiar (habitar con ambos padres, uno solo o ninguno), no alcanzaron una diferencia significativa entre los grupos.

Correlaciones

Como era de esperarse, se encontró una correlación positiva entre el valor en la escala de Okasha y el CES-D ($r=0.613$; $p=0.001$). La edad se correlacionó positivamente con la escala de Okasha ($r=0.408$; $p=0.01$). Se encontró que el valor del STAI-AE se correlacionó de manera positiva con los valores de las escalas de Okasha y con el CES-D ($r=0.34$; $p=0.04$ y $r=0.37$; $p=0.02$, respectivamente). Además, el valor del STAI-AR también se correlacionó de manera positiva con los valores de las escalas de Okasha y con el CES-D ($r=0.510$; $p=0.001$ y $r=0.481$; $p=0.002$, respectivamente). Sin embargo, no se encontró ninguna correlación entre los reactivos del IPF y los valores en la escala de Okasha o de CES-D, excepto por el IPF-D, el cual mostró una débil correlación positiva con los valores en la escala de Okasha ($r=0.357$; $p=0.03$).

Cuadro 2. Resultado del Instrumento de Problemas Familiares en pacientes deprimidos con Alto Riesgo de suicidalidad

	Prevalencia			
	Riesgo de suicidalidad		OR ajustado (95% IC)	P
	Bajo (n=16)	Alto (n=21)		
Variable dicotómica: n(%) “no sano”^a				
Comunicación	11 (68.8)	10 (47.6)	2.43 (0.43 – 13.4)	0.3
Interacción	3 (18.8)	8 (38.1)	1.05 (0.13 – 8.2)	0.9
Conflicto	4 (25.0)	10 (47.6)	3.23 (0.41 – 25.2)	0.3
Agresión	3 (18.8)	8 (38.1)	4.10 (0.46 – 11.4)	0.5
Desacuerdos	4 (25.0)	13 (61.9)	5.28 (1.06 – 26.3)	0.04
Alcohol	7 (43.8)	10 (47.6)	1.02 (0.19 – 5.2)	0.9
Farmacodependencia	1 (6.3)	6 (28.6)	15.00 (0.95 – 23.6)	0.05
Conducta alcohólica	2 (12.5)	4 (19.0)	2.07 (0.17 – 25.1)	0.6
Variable dimensional: prom(DE)^b				
Comunicación	92.0 ±21.4	89.9 ±17.0		0.7
Interacción	69.6 ±15.8	79.9 ±15.9		0.2
Conflicto	45.9 ±18.8	51.9 ±15.5		0.3
Agresión	36.9 ±11.8	40.7 ±10.8		0.2
Desacuerdos	26.8 ± 7.4	30.8 ± 7.7		0.1
Alcohol	18.3 ± 7.2	18.4 ± 6.9		0.9
Farmacodependencia	10.2 ± 4.0	12.2 ± 5.0		0.2
Conducta alcohólica	12.4 ± 6.4	15.0 ± 6.1		0.2

^a= Regresión logística; ^b= T-student; OR= Odds ratio; IC= Intervalo de confianza; DE= Desviación estándar; prom: Promedio.

Resultados del IPF

Éstos se muestran en el cuadro 2. Cuando se dicotomizan los valores del IPF usando los puntos de corte establecidos, los pacientes con alto riesgo de suicidalidad tienen significativamente más probabilidad de tener un desacuerdo entre el padre y la madre para dar permisos (IPF-D), con un OR: 5.28, 95% IC (1.06-26.3). Ninguno de los otros reactivos en el IPF mostró una diferencia significativa. Cuando se compararon los valores numéricos del IPF entre grupos, tampoco se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Como era de esperarse, encontramos que en pacientes adolescentes con TDM y alto grado de suicidalidad existe una mayor gravedad de depresión y ansiedad, así como correlaciones positivas entre los valores de la escala de Okasha y el CES-D. Estos factores de riesgo ya se han establecido con anterioridad.^{3,18} Además, encontramos que el grupo con alta suicidalidad era de mayor edad. Otros estudios han encontrado que la edad es un factor importante, con menor ideación suicida en pacientes más jóvenes.^{4,5} En una encuesta nacional conducida en México sobre suicidio en adolescentes, se encontró que la edad de 15 años era la de mayor prevalencia,¹ edad similar a la que encontramos en el grupo con alta suicidalidad en este estudio. Por otro lado, no encontramos diferencias en el género o la estructura familiar. Esto contrasta con estudios que encontraron que el sexo femenino y el no habitar con los padres se asociaba con riesgo de suicidalidad en adolescentes.^{12,19}

Usando regresiones logísticas univariada y multivariada, no encontramos diferencias significativas entre los resultados del IPF y la suicidalidad en adolescentes con TDM, excepto por el reactivo IPF-D (desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos). Este hallazgo pudiera relacionarse con el uso de la gravedad de la depresión como cofactor. En el estudio de Martin et al., se encontró que el efecto de la disfunción familiar sobre la suicidalidad en adolescentes no era independiente de la depresión, ya que este desaparecía cuando se ajustaba para este factor.⁸ Igualmente, King et al. reportaron en 1993 un estudio de 102 pacientes adolescentes donde se encontró que la discordia familiar (evaluada por medio del *Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents*) no se asociaba con la suicidalidad cuando se ajustaba para gravedad de la depresión.⁹ Por su parte, Friedrich et al. aplicaron en 1982 la *Family Environment Scale* en adolescentes con suicidalidad y encontraron que algunos factores familiares, como cohesión, independencia y organización, podían predecir la ideación suicida.²⁰ Sin embargo, estos mismos factores predecían depresión, por lo cual no se podía concluir que actuaran como factores de riesgo independientes. Otros estudios¹⁹ han encontrado

que la discordia familiar si constituye un factor de riesgo independiente para suicidalidad en pacientes adolescentes, con un OR=1.5 (95% IC 1.1 a 2.0). Nuestros resultados apoyan los estudios de Martin et al. y King et al., y sugieren que los problemas familiares afectan indirectamente la suicidalidad por medio de sus efectos sobre la depresión.^{8,9}

El hallazgo del reactivo IPF-D como único probable factor asociado a la suicidalidad pudiera ser importante. La relación interfamiliar en específico pudiera ser de mayor relevancia que algunos otros factores. La discordia adolescente-padres es el factor específico más comúnmente señalado como responsable del riesgo agregado sobre la suicidalidad.¹² Alteraciones específicas en la relación adolescente-madre y adolescente-padre se han descrito también con anterioridad.^{11,19} De hecho, en las familias de adolescentes con suicidalidad se han encontrado mayores índices de depresión y de percepción de disfunción familiar por parte del padre y la madre.^{9,13}

Nuestro estudio presenta varias limitantes. Nuestra n es limitada. Además, se usó una evaluación no utilizada antes en este tipo de estudios, como lo es el IPF. Es de notar que los distintos estudios similares a éste^{8,9,13} utilizan herramientas de evaluación familiar distintas (*Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents*, *McMaster Family Assessment Device*, *Family Relationship Index*, entre otros), lo cual vuelve muy complicada la comparación y generalización de los resultados. Además, en este artículo no se consideró el desarrollo cognitivo de los sujetos estudiados, lo que puede generar diferencias en la expresión de los síntomas depresivos y de ansiedad. Por otro lado, hacia la adolescencia, en condiciones libres de patología, existe un incremento en las conductas desafiantes hacia la autoridad, cambios emocionales bruscos y conductas impulsivas, todo lo cual pudiera influir en los resultados descritos.²¹ Se requiere realizar estudios con muestras más numerosas en los que se usen escalas de evaluación estandarizadas para establecer la naturaleza de dichas discrepancias.

En conclusión, encontramos que los adolescentes con TDM y alta suicidalidad son de mayor edad y presentan índices de depresión y ansiedad más graves que los adolescentes con TDM sin suicidalidad. Los problemas familiares evaluados por medio del IPF no parecen ser factores independientes importantes que pudieran afectar la suicidalidad de manera indirecta por medio de sus efectos sobre la depresión.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R et al. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:41-52.

2. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicide and suicidal behaviors in Mexico: Retrospective and current status. *Salud Publica Mex* 2010;52:292-304.
3. Nardi B, Francesconi G, Catena-Dell'osso M, Bellantuono C. Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2013;17:1546-1551.
4. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs* 2003;5:243-265.
5. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T et al. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1497-1505.
6. Rosewater KM, Burr BH. Epidemiology, risk factors, intervention, and prevention of adolescent suicide. *Curr Opin Pediatr* 1998;10:338-343.
7. Martin G, Bergen HA, Richardson AS, Roeger L et al. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse Negl* 2004;28:491-503.
8. Martin G, Rozanes P, Pearce C, Allison S. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:336-344.
9. King CA, Segal HG, Naylor M, Evans T. Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:1198-1206.
10. Kienhorst CW, de Wilde EJ, Van den Bout J, Diekstra RF et al. Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents. *Br J Psychiatry* 1990;156:243-248.
11. Adams DM, Overholser JC, Lehnert KL. Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:498-507.
12. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L et al. Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:52-528.
13. Garber J, Little S, Hilsman R, Weaver KR. Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *J Adolesc* 1998;21:445-457.
14. González-Forteza C, Solís C, Jiménez A, Hernández I et al. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2011;34: 53-59.
15. Castro A, Melipillán R, Salvo L. Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2009;1:16-23.
16. Velasco M, Luna M. Instrumento de evaluación en terapia familiar y de pareja. México: primera edición. Pax; 2006; pp.29-56.
17. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual, Segunda edición. Madrid: TEA Ediciones; 1986.
18. Hill RM, Castellanos D, Pettit JW. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: a review. *Clin Psychol Rev* 2011;31:1133-1144.
19. Hollis C. Depression, family environment and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:622-30.
20. Friedrich W, Reams R, Jacobs J. Depression and suicidal ideation in early adolescents. *J Youth Adolesc* 1982;11:403-407.
21. Teicher JD. Normal psychological changes in adolescence. *Calif Med* 1956;85(3):171-176.