

Apoyo social percibido en el abordaje terapéutico de adolescentes con orientación suicida

Social support perceived in the therapeutic approach of adolescents with suicidal orientation

Nidia-Johanna Bonilla-Cruz^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3375-4303>, Jesús Forgiony-Santos¹ <https://orcid.org/0000-0002-2686-7679>, Juan Hernández-Lalinde¹ <https://orcid.org/0000-0001-6768-1873>, Sandra-Milena Carrillo-Sierra¹ <https://orcid.org/0000-0001-9848-2367>, Diego Rivera-Porras¹ <https://orcid.org/0000-0003-2169-3208>, Irma-Lizeth, Nuván-Hurtado¹ <https://orcid.org/0000-0003-0501-0526>, María-Carolina Martínez-Santana¹ <https://orcid.org/0000-0002-0170-6799>

¹Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Cúcuta - Colombia.

*Autor de correspondencia: Nidia-Johanna Bonilla-Cruz, Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Cúcuta-Colombia. Correo electrónico: n.bonilla01@unisimonbolivar.edu.co.

Resumen

Objetivo: Analizar el nivel de orientación suicida y apoyo social percibido para el abordaje terapéutico en adolescentes escolares de la ciudad de Cúcuta.

Método: Se utilizó paradigma positivista hipotético-deductivo, teniendo como muestra 503 estudiantes, 56.86% (n=286) mujeres, y 43.14% (n=217) hombres, con edad promedio de 15.54 años.

Resultados: Los principales hallazgos obtenidos, corresponden a la identificación de características sociodemográficas determinantes en cada variable, la descripción del nivel por dimensiones de la orientación suicida y el apoyo social percibido. Por último, se realizó la correlación significativa entre las variables.

Conclusiones: se halló evidencia de correlación significativa entre el apoyo familiar y todas las subescalas de la orientación suicida.

Palabras clave: Orientación suicida, apoyo social percibido, adolescencia.

Abstract

Objective: To analyze the level of suicidal orientation and perceived social support for the therapeutic approach in school adolescents in the city of Cúcuta.

Method: We used hypothetical-deductive positivist paradigm, having as sample 503 students, 56.86% (n=286) women, and 43.14% (n=217) men, with an average age of 15.54 years.

Results: The main findings obtained correspond to the identification of sociodemographic determinant characteristics in

each variable, the description of the level by dimensions of the suicidal orientation and the perceived social support. Finally, the significant correlation between the variables was performed

Conclusion: Evidence of significant correlation was found between family support and all subscales of suicidal orientation

Keywords: Suicidal orientation, perceived social support, adolescence.

Introducción

La orientación suicida OS es considerada como un “estado que antecede a la ideación suicida, esta puede conducir a un intento de suicidio y posiblemente a un suicidio consumado”¹ es un conjunto de sentimientos y pensamientos que inducen a una ideación suicida^{2,3,4} la evaluación del riesgo destaca que la orientación suicida de acuerdo a las características de salud mental se manifiesta con funcionamiento y vulnerabilidad familiar, depresión, vulnerabilidad familiar y uso de drogas en adolescentes de las instituciones educativas^{5,6,7}. Se considera que tradicionalmente se estudia el suicidio desde un ámbito social y el individual⁸.

Las implicaciones de las OS subyacen en el aumento de relaciones de esta variable con otras problemáticas de salud mental⁹. Toda conducta que amenace contra su propia vida destaca la orientación suicida como el primer paso a una tendencia suicida^{10,11}, el acto suicida está determinado por diferentes causas más allá de las esferas íntima y privada^{12,13,14}.

La OS solo es un componente que reúne diversas causales de riesgo en distintos contextos; familiar, social, educativo, emocional y la salud mental del sujeto^{15,16} en el caso del adolescente que de acuerdo a su ciclo vital está en constructo de su personalidad, su nivel vulnerabilidad aumenta y tiende a presentar situaciones de riesgo, estas situaciones pueden desembocar en una OS, e incluso un suicidio consumado¹⁷.

En la actualidad el suicidio como acto consumado es considerado un problema de salud mental según la Organización Mundial de la Salud OMS¹⁸, la población con mayor vulnerabilidad es de 15 a 19 años, mientras que se analizaron los datos de la semana epidemiológica 1 a la 52 y se encontró que se reportaron los “18.910 casos, 62,7% del sexo femenino y 37,3% del masculino. La edad más frecuente de los casos, en ambos sexos fue de 15 a 19 años, con 5.564 casos (29,4% del total), seguido del grupo de 20 a 24 años, con 3.681 (19,5%). Antioquia fue el departamento con mayor número de casos, seguido de Bogotá, Valle del Cauca y Huila. En Guainía, San Andrés y Vichada” menor número de casos¹⁹.

El apoyo social percibido es el sentimiento de ser valorado por las personas significativas^{20,21}, una percepción alta del apoyo social ayuda a que la persona a fijar el acompañamiento de su red social, la aceptación al otro, el interés de socialización, la empatía y la motivación al autocuidado²². Por tanto, el contexto social, laboral, académico y/o familiar incluye en el valor subjetivo otorgado al apoyo²³. En otras investigaciones definen el apoyo como el valor las personas le dan a sus redes de apoyo²⁴. Además de ello, el tener alto este aspecto, contribuye a fomentar otras habilidades como la resiliencia ante situaciones adversas, como una enfermedad de alto riesgo²⁵.

El apoyo social percibido ASP es un determinante en el establecimiento del autoconcepto los niños, niñas y adolescentes²⁶, desde este punto cobra importancia en el contexto familiar dado que se considera un factor de incidencia en la salud mental y física de los padres afecta en el establecimiento de las conductas protectoras del adolescente⁽²⁷⁾ también es “un patrón duradero, de lazos continuos o intermitentes, que desempeña un rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona a través del tiempo”²².

Por lo tanto, se “distinguen dos tipos de apoyo social: objetivo y subjetivo. El apoyo social objetivo es la estructura y la frecuencia de contactos del conjunto de relaciones del sujeto, concibiéndose como la integración del sujeto en la red social”²⁸. Por consecuencia en este estudio se plantea la relación entre las variables orientación suicida y apoyo social percibido, de acuerdo con varias investigaciones se determina que ambas influyen positivamente en cada variable, esto quiere decir que, a mayor apoyo social, menor orientación suicida. Teniendo en cuenta que es relevante identificar la relación entre variables psicológicas en el comportamiento de una persona²⁹.

Método

El paradigma de la presente investigación es positivista, con enfoque hipotético, deductivo, lógico. El estudio fue transaccional, no experimental y correlacional. El cuadro 1 muestra la variable de interés.

Los instrumentos que se utilizaron fueron el Inventario de Orientación Suicida ISO-30 (King & Kowalchuk, 1994) adap-

tado por Fernández y Casullo (2006) es un instrumento para detectar la posible presencia de riesgo suicida. Consta de 30 ítems formulados en forma positiva y negativa (directos e inversos) y se divide en cinco dimensiones: desesperanza (ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27), baja autoestima (ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26), incapacidad para afrontar emociones (3, 8, 13, 18, 23 y 28), soledad y abatimiento (4, 9, 14, 19, 24 y 29) e ideación suicida (5, 10, 15, 20, 25 y 30), que corresponde a los ítems críticos. La Escala Multidimensional de Apoyo Social MSPSS de Zimet et al., 1988 validada en Colombia³⁰ está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, El puntaje total de la escala corresponde a la sumatoria de los puntajes de cada ítem respondido, por cuanto a mayor puntaje corresponde un mayor apoyo social.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas fueron expresadas en forma de frecuencias absolutas y relativas, en tanto que las variables cuantitativas se representaron a través de medidas de resumen como el mínimo (Mín.), máximo (Máx.), media (M), mediana (Me), desviación estándar (D.E.), rango (R) y coeficiente de variación (C.V.). Para determinar qué técnica de contraste debía utilizarse, se indagó sobre la satisfacción de las premisas paramétricas; utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors para la normalidad, el test de las rachas para la independencia de las observaciones, y el contraste clásico de Levene para la homocedasticidad de varianzas. En virtud de que se violaron varios de los supuestos, fue empleada la pruebas U de Mann-Whitney al momento de comparar dos grupos independientes, y el test H de Kruskal-Wallis con corrección de Bonferroni cuando fueron cotejadas más de dos muestras no relacionadas. Así mismo, y antes de determinar la relación entre las puntuaciones del apoyo social percibido y de la idea suicida, se verificó que tales características cumplieran con las suposiciones que subyacen al uso del coeficiente de correlación de Pearson. En tal sentido, se contrastó la normalidad bivariada con la prueba de Mardia y se examinó la existencia de datos atípicos a nivel multivariado mediante gráficos de dispersión y a través del uso de las distancias robustas de Mahalanobis. Puesto que se incumplieron dichas proposiciones, se empleó el coeficiente de Spearman-Brown para establecer la correlación entre variables, considerando las sugerencias de Cohen (1988, 1992) para determinar el tamaño del efecto. La estimación del valor p se ha obtenido mediante simulación de Monte Carlo, basada en submuestras de 10 000 casos al 99 % de nivel de confianza. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (versión 24 para Windows 64 bits, Chicago, EE. UU.) y con el lenguaje R (versión 3.4.2 para Windows 64 bits, California, EE. UU.). Para finalizar, los resultados se consideraron significativos al nivel de 0.05.

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Grado	Octavo grado	39	7,8
	Noveno grado	206	41,0
	Décimo grado	147	29,2
	Undécimo grado	111	22,1
Sexo	Femenino	286	56,9
	Masculino	217	43,1
Religión	Ateo o agnóstico	19	3,8
	Católico	382	75,9
	Cristiano	94	18,7
	Cristiano evangélico	8	1,6
Estrato socioeconómico	Estrato cero	3	0,6
	Estrato uno	207	41,2
	Estrato dos	262	52,1
	Estrato tres	28	5,6
	Estrato cuatro	2	0,4
	Estrato cinco	1	0,2
Estado civil de los padres	Casados	158	31,4
	En unión libre	164	32,6
	Separados	104	20,7
	Viudos	34	6,8
	Solteros	43	8,5
	Tipo de familia	Familia nuclear	240
	Familia monoparental	152	30,2
	Familia extensa	105	20,9
	Familia mixta	6	1,2
Víctima del conflicto armado	Sí	48	9,5
	No	455	90,5
Desplazado por la violencia	Sí	52	10,3
	No	451	89,7

Fuente: elaboración propia

La muestra estuvo constituida por 503 estudiantes, 56.86 % ($n=286$) de los cuales fueron de género femenino, y 43.14 % ($n=217$) de género masculino. La edad promedió los 15.54 años, con desviación estándar de 1.21 (C. V. = 7.79 %), mínimo de 13 y máximo de 19 años. Del total de alumnos, 7.75 % ($n=39$) cursaban el octavo grado al momento de la investigación, mientras que el 40.95 % ($n=206$) asistía a noveno. El porcentaje restante se dividió entre los estudiantes de décimo y undécimo, con porcentajes de 29.22 % ($n=147$) y 22.07 % ($n=111$), respectivamente. En cuanto a la religión, los católicos representaron la creencia predominante con cifras de 75.94 % ($n=382$); seguidos de los cristianos, con valores de 18.69 % ($n=94$); ateos, con fracción del 3.78 % ($n=19$); y otras doctrinas, con proporción de 1.59 % ($n=8$). El estrato socioeconómico asociado a la familia del estudiante reportó la siguiente distribución: 0.60 % ($n=3$) en estrato cero, 41.15 % ($n=207$) en estrato uno, 52.09 % ($n=262$) en estrato dos, y 6.17 % ($n=31$) entre los estratos tres, cuatro y cinco. En lo concerniente al estado civil de los padres, pudo

constatarse que el 31.41 % ($n=158$) estaban casados, que el 32.60 % ($n=164$) vivían en unión libre y que el 20.68 % ($n=104$) permanecían separados. Sólo hubo porcentajes respectivos de 8.55 % ($n=43$) y 6.76 % ($n=34$) para los solteros y viudos. En este orden de ideas, se registraron valores de 47.71 % ($n=240$) para el tipo de familia nuclear, seguidos de aquellos encontrados en el caso de familias monoparentales, cuya cifra ascendió al 30.22 % ($n=152$). La tipología extensa o mixta se observó en el 20.87 % ($n=105$) y en el 1.19 % ($n=6$) de los casos. Por último, la indagación sobre los aspectos asociados al conflicto armado colombiano develó que, del total de estudiantes, 9.54 % ($n=48$) y 10.34 % ($n=52$) habían sido víctimas de violencia o de desplazamiento forzado, correspondientemente.

Tabla 2. Contraste entre las puntuaciones de la desesperanza y el grado del estudiante

Variable	Me	R	R. M.	H	Valor p	
					Lím. Inf.	Lím. Sup.
Octavo	12	13	245.01 _{ab}	9,79	.015	.022
Noveno	12	38	235.71 _a			
Décimo	12	38	249.22 _{ab}			
Undécimo	13	12	288.36 _b			

Nota: los rangos promedios cuyos subíndices son iguales, no difieren significativamente al nivel de .05. Se ha tomado en cuenta la corrección de Bonferroni para múltiples contrastes. Se resaltan en negrita los grupos diferentes.

Fuente: Elaboración propia

Con relación a las puntuaciones de las dimensiones de la idea suicida y del apoyo social, no se encontraron diferencias significativas al ser comparadas según los niveles de los distintos factores sociodemográficos, salvo en el caso del grado escolar. Nótese en la tabla 2 que no todos los estudiantes tienden a manifestar el mismo nivel de desesperanza ($H=9,79$; ICB 99 % valor p: .015 - .022). De manera concreta, la diferencia solo se observa entre los alumnos de noveno y undécimo, siendo mayor en los de grado más elevado ($Z=3,09$; ICB 99% valor p: .014 - .018).

Tabla 3. Correlación de Spearman-Brown entre las dimensiones de ambas variables

Idea suicida	Apoyo social		
	De familiares	De amigos	De otras personas
Baja autoestima	-0.190 (1.7×10 ⁻⁵)	-0.063 (.158)	-0.085 (.057)
Desesperanza	-0.110 (.013)	0.076 (.088)	0.074 (.096)
Afrontamiento	0.125 (.005)	-0.01 (.984)	0.025 (.583)
Aislamiento	-0.140 (.002)	-0.037 (.410)	-0.057 (.200)
Ideación suicida	-0.202 (5.0×10 ⁻⁶)	-0.149 (.001)	-0.078 (.081)

Nota: se muestra la significación obtenida entre paréntesis y se resaltan en negritas los resultados significativos.

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la relación entre variables, se halló evidencia de correlación significativa entre el apoyo familiar y todas las subescalas de la orientación suicida. También se encontró que el apoyo de amigos se relaciona estadísticamente solo con el constructo «ideación suicida». Obsérvese en la tabla

3 cómo los coeficientes de Spearman-Brown para la columna del apoyo familiar han resultado casi todos negativos, lo que sugiere que, a mayor puntaje de dicha variable, menores los valores de baja autoestima, desesperanza, aislamiento e idea suicida. Por el contrario, en el caso del afrontamiento el hallazgo apunta a relaciones directas; a saber: mientras más elevada es la percepción que el sujeto tiene del apoyo que recibe de sus familiares, más alta es su capacidad de afrontamiento. Sin embargo, es pertinente acotar que el tamaño del efecto detectado es pequeño; los valores absolutos de los coeficientes oscilan desde 0.110 a 0.202, hecho que permite sospechar que, para pronosticar más eficientemente la orientación suicida, deberían considerarse variables adicionales en incluirlas en un posible modelo que interactúe con el apoyo social.

Discusión

Los hallazgos de este estudio permiten conocer el estado actual de la muestra frente a la orientación suicida y el apoyo social percibido. Con relación a las puntuaciones de las dimensiones de la idea suicida se observa que no todos los estudiantes tienden a manifestar el mismo nivel de desesperanza ($H=9,79$; ICB 99% valor $p: .015-.022$), puesto que los estudiantes de mayor grado, mostraron niveles más altos que los menores, entonces se ratifica la postura de que a mayor edad mayor probabilidad de presentarse una OS³¹, así mismo se demuestra que los adolescentes también pueden manejar niveles altos de desesperanza³².

En la correlación entre variables se evidencia de correlación significativa entre el apoyo familiar y la OS. Por lo tanto, la familia es un factor protector o de riesgo en la OS³³, en este sentido se concluye que, a apoyo familiar, los valores de baja autoestima, desesperanza, aislamiento e idea suicida se ven reducidos notablemente. Por su parte, la percepción de apoyo por familiares aumenta la capacidad de afrontamiento, se encuentra relación entre el apoyo social y el afrontamiento de las personas ante cualquier situación de riesgo³⁴, así mismo el afrontamiento puede relacionarse con cualquier factor de riesgo o protector, teniendo en cuenta las capacidades personales y entorno social al que se esté expuesto³⁵.

En este sentido la orientación suicida tiene relación con aspectos internos y externos a los que está expuesta la persona, uno muy importante es la calidad de vida³⁶, finalmente la resiliencia como habilidad personal, es un determinante para que exista un adecuado afrontamiento ante el intento u orientación suicida en los adolescentes y adultos, con algún tipo de tendencia suicida en específico en la adolescencia se vivencian determinadas situaciones que sugieren un riesgo³⁷.

Conclusiones

Con respecto a la relación entre variables, se halló evidencia de correlación significativa entre el apoyo familiar y todas las subescalas de la orientación suicida.

También se encontró que las relaciones de apoyo como los amigos se relacionan estadísticamente solo con el constructo «ideación suicida».

En el caso del afrontamiento, las relaciones deben ser significativas, es decir de interacción o las relaciones directas; a saber pese a que los adolescentes se perciben como seres auto determinados mientras más elevada y positiva es la percepción que el sujeto tiene del apoyo que recibe de sus familiares, más alta es su capacidad de afrontamiento.

Las capacidades personales, no están supeditadas a determinantes sociales, dado que los entornos protectores no son exclusivos de la familia, por tanto se podría considerar la presencia de elementos en otras redes de apoyo que aportan a la percepción y la construcción de las habilidades personales, constituidas básicamente en el desarrollo de recursos cognitivos y emocionales.

Referencias

1. Paniagua RE, González CM, Rueda SM. Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2014; 32(3): p. 314-321.
2. Pérez ÓM, Duque DVC, López SCA. Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Revista Investigaciones Andina*. 2015; 13(23): p. 268-280.
3. Castañeda N. Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicogente*. 2016; 19(36): p. 336-346.
4. Bahamón M, Alarcón-Vásquez Y, Trejos AM, Reyes L, Uribe J, García C. Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*. 2018; 21(39): p. 50_61.
5. Loba NJ, Morales DF. Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa-Tolima. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2016; 34(1).
6. García-Echeverri M, Hurtado-Olaya P, Quintero-Patiño D, Rivera-Porras D, Ureña-Villamizar Y. La gestión de las emociones, una necesidad en el contexto educativo y en la formación profesional. *Espacios*. 2018; 39(49): p. 8-21.
7. Larios L, Laborde C, Sánchez M, Gaviria G, Lastre G. Caracterización de factores de riesgo psicosociales que inciden en Trastorno depresivo mayor en adolescentes. *Ciencia e Innovación en Salud*. 2017; 4(2): p. 1-8.
8. Sánchez-Loyo LM, Morfín López T, García de Alba García JE, Quintanilla Montoya R, Hernández Millán R, Contreras Preciado E, et al. Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de investigación psicológica*. 2014; 4(1): p. 1446-1458.
9. Rubio LA, Duque DVC, Pérez ÓAM, Olivera LFG, Borray HAG, Hernández NSR. Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2014; 62(1): p. 33-39.
10. Sábado RIG, Cárdenas AM. Riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes con diagnóstico reciente de VIH-SIDA en el Hospital Esperanza. Luanda. Angola MULTIMED. *Revista Médica Granma*. 2016; 20(1): p. 172-182.
11. Pérez MP, Vianchá MA, Martínez LC, Salas IC. El maltrato familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes escolariza-

- dos de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso. *Psicogente*. 2014; 17(31): p. 80-92.
12. Bodon MC, Ríos MA. Suicidio: Lineamientos generales para la comprensión, detección y prevención. 2016.
 13. Pineda C. Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gay y bisexuales: una revisión. En *Psicogente*. 2013; 16(29): p. 218-234.
 14. Pérez MP, Vianchá MA, Martínez LC, Salas IC. El maltrato familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privada. En *Psicogente*. 2014; 17(31): p. 80-92.
 15. Rodríguez NJL, Morales DF. Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa-Tolima. El escenario para la salud pública desde la ciencia. 2016; 34(1).
 16. Hinojosa García M, Vázquez Gutiérrez R. La familia como elemento mediador entre la cultura de paz y la violencia cultural. *Justicia*. 2018; 23(34): p. 405-455.
 17. Calvo A. Gesto suicida y resiliencia en un grupo de jóvenes gays y lesbianas de Costa Rica. *Pensamiento Actual*. 2018; 18(30): p. 1-12.
 18. Sepúlveda PCG, Perez OAM, Valencia JCO. Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. *Rev haban cienc méd*. 2015; 15(1).
 19. social Mdsyp. Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisible. *Boletín de salud mental*. 2018.
 20. Vergara SC, Almagiá EB. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y salud*, 2014; 24(2), 167-173. 2014; 24(2): p. 167-173.
 21. Cantor-Silva MI, Pérez-Suarez E, Carrillo-Sierra SM. Redes sociales e identidad social. *Revista AiBi*, 6(1), 74-82. 2018; 6(1): p. 74-82.
 22. Amaya-Ropero MC, Carrillo-González GM. Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 2015;15(4), 461-474. 2015; 15(4): p. 461-474.
 23. Azpiazu L, Esnaola I, Sarasa M. Capacidad predictiva del apoyo social en la inteligencia emocional de adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*. 2015; 8(1): p. 23-29.
 24. García FE, Manquían E, Rivas G. Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*. 2016; 15(3): p. 101-11.
 25. Rodríguez-Fernández A, Ramos-Díaz E, de Lahidalga IRM, Rey-Baltar AZ. Implicación escolar de estudiantes de secundaria: La influencia de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Educación XX1*. 2018; 21(1).
 26. Díaz ER, Fernández AR, Zabala AF, Revuelta LR, Rey-Baltar AZ. Apoyo social percibido, autoconcepto e implicación escolar de estudiantes adolescentes. *Psicodidáctica*. 2016; 21(2): p. 339-356.
 27. Pozo Muñoz C, Bretones Nieto B, Martos Méndez M, Morillejo E, Cid Carrique N. Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2015;47(2):93-101.; 47(2): p. 93-101.
 28. Sosa FM, Zubieta E. La experiencia de migración y adaptación sociocultural: identidad, contacto y apoyo social en estudiantes universitarios migrantes. *Psicogente*. 2015; 18(33): p. 36-51.
 29. Riaño-Garzón ME, Díaz-Camargo EA, Torrado-Rodríguez JL, Uribe-Alvarado JI, Contreras-Velásquez JC, Fierro-Zarate CA, et al. Neurofeedback effects on cognitive performance in children with attention deficit. *Archivos Venezolanos de Farmaco y Teraéutica*. 2018.
 30. Trejos-Herrera AM, Bahamón MJ, Alarcón-Vásquez Y, Vélez JI, Vinaccia S. Validity and reliability of the multidimensional scale of perceived social support in Colombian adolescents. *Psychosocial Intervention*. 2018; 27: p. 56-63.
 31. Loyo LMS, de Alba García JEG, Montoya RQ. Características sociales y clínicas de personas con intento de suicidio en Guadalajara, Mexico. *Psicología y Salud*. 2016; 26(1): p. 81-91.
 32. Sánchez-Sosa JC, Villarreal-González ME, Musitu G, Martínez Ferrer B. Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*. 2010; 19(3): p. 279-287.
 33. Rueda SM. Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados. *Medellín-zona noroccidental,.. Facultad Nacional de Salud Pública. ; 30(41)*.
 34. Pérez P, González A, Mielles I, Uribe AF. Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*. 2017; 15(2): p. 41-54.
 35. Bonilla-Cruz NJ, Villamizar-Bermúdez Z, Arenas-Villamizar VV. Estrategias de afrontamiento y orientación suicida en el post-aborto en mujeres de El CAM-Cúcuta. *Adolescencia: vulnerabilidades. Una mirada inter- disciplinaria. ; p. 253-281*.
 36. Chávez-Flores YV, Hidalgo-Rasmussen CA, Navarro SM. Relaciones intrafamiliares y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes mexicanos que se autolesionan sin intención suicida. *Salud & Sociedad*. 2018; 9(2): p. 130-155.
 37. Kuzmar I, Consuegra JR, Cortés Castell E, Rizo-Baeza M, Almanza C, Antonio K, et al. Hábitos y estado nutricional relacionados con las diferentes carreras universitarias. *archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2018; 37(3).