

Apoyo social y su impacto en el impulso a la conducta autolesiva y el riesgo suicida en adolescentes latinoamericanos

Social support and its impact on the drive to self-harm and suicide risk in Latin American adolescents

Marly Johana Bahamón¹, José Julián Javela², René Barraza-López³, Nidia- Johanna Bonilla-Cruz^{*4}, Andrea Ortega Bechara⁵, Andrés Cabezas Corcione⁶, Juan Carlos Marín-Escobar⁷

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es un período de cambios emocionales y sociales que puede aumentar la vulnerabilidad al suicidio y la autolesión no suicida (NSSI). Se ha evidenciado que el apoyo social actúa como un factor protector frente a estos comportamientos, sin embargo, la mayoría de los estudios han sido realizados en contextos anglosajones y asiáticos, dejando un vacío en la comprensión de esta relación en adolescentes latinoamericanos. **Métodos:** Estudio transversal con 1 555 adolescentes de Ecuador (n = 402), Colombia (n = 603) y Chile (n = 550), con edades entre 12 y 18 años. Se utilizaron la Escala

Multidimensional de Percepción de Apoyo Social, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y la Escala de Impulso a la Autolesión de Alexian Brothers. Se realizaron pruebas de Kruskal-Wallis y comparaciones post hoc. Resultados: En cuanto al apoyo social, Chile presentó las puntuaciones más altas en todas las dimensiones, seguido de Colombia y Ecuador. Sin embargo, Chile también reportó el mayor riesgo suicida (M = 5,01) y la mayor proporción de adolescentes en alto riesgo (40,73 %), mientras que Ecuador mostró los niveles más bajos en estas variables. **Discusión y conclusiones:** Los hallazgos sugieren que, aunque el apoyo social es un factor protector, su impacto puede verse modulado por otros factores contextuales. La percepción de apoyo social no fue suficiente para reducir el riesgo suicida en Chile, lo que indica la necesidad de intervenciones más integrales.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2025.133.s1.2>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2528-994X>¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2484-7228>²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0569-5000>³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3375-4303>⁴

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0527-3375>⁵

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6591-1302>⁶

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5244-7328>⁷

¹Universidad del Sinú, Montería, Colombia. Grupo de Investigación I-Flor. E-mail: marlyjohanab@gmail.com

²Universidad del Sinú, Montería, Colombia. Grupo de Investigación I-Flor. E-mail: jjavela@gmail.com

Recibido: 20 de enero 2025

Aceptado: 19 de marzo 2025

Palabras clave: Apoyo social, riesgo suicida, conducta autolesiva, adolescentes.

³Universidad Santo Tomás La Serena Chile, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones, Escuela de Psicología. Email: renebarrazalopez@gmail.com

^{*4}Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Centro de Investigación en Estudios Fronterizos, Cúcuta, Colombia. E-mail: nidia.bonilla@unisimon.edu.co

⁵Universidad del Sinú, Montería, Colombia. Grupo de Investigación I-Flor. Email: a.ortega.bechara@unisinu.edu.co

⁶Universidad del Sinú, Montería, Colombia. Grupo de Investigación I-Flor. Email: corcioneandres1@gmail.com

⁷Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia, Email: juan.marine@unisimon.edu.co

SUMMARY

Introduction: *Adolescence is a period of emotional and social changes that may increase vulnerability to suicide and non-suicidal self-injury (NSSI). Social support has been evidenced as a protective factor against these behaviors; however, most studies have been conducted in Anglo-Saxon and Asian contexts, leaving a gap in understanding this relationship among Latin American adolescents.* **Method:** *A cross-sectional study was conducted with 1 555 adolescents from Ecuador (n = 402), Colombia (n = 603), and Chile (n = 550), aged 12 to 18 years. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the Plutchik Suicide Risk Scale, and the Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale were used. Kruskal-Wallis tests and post hoc comparisons were performed.* **Results:** *Regarding social support, Chile had the highest scores in all dimensions, followed by Colombia and Ecuador. However, Chile also reported the highest suicide risk (M = 5.01) and the highest proportion of adolescents at high risk (40.73 %), while Ecuador showed the lowest levels in these variables.* **Discussion and conclusions:** *The findings suggest that although social support is a protective factor, its impact may be modulated by other contextual factors. The perception of social support was not sufficient to reduce suicide risk in Chile, indicating the need for more comprehensive interventions.*

Keywords: *Social support, suicide risk, self-injurious behavior, adolescents*

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período crítico del desarrollo humano, caracterizado por importantes cambios emocionales, cognitivos y sociales (1). Durante esta etapa, los adolescentes pueden experimentar dificultades en la regulación emocional, lo que los hace vulnerables a diversas conductas de riesgo, incluyendo el suicidio y la autolesión no suicida (NSSI, por sus siglas en inglés “*Non-Suicidal Self-Injury*”). El riesgo suicida se considera como el potencial autodestructivo que se desarrolla a partir de la presencia de factores individuales y externos que aumentan la probabilidad de llevar a cabo un suicidio, en tanto, la conducta autolesiva no suicida NSSI, se define como aquellos actos que el sujeto realiza dañando el tejido corporal y/o ingiriendo sustancias tóxicas, entre otros comportamientos, con el propósito de causar

daño físico, los cuales pueden ocurrir con o sin intención suicida (2,3).

Estos comportamientos comienzan alrededor de los 15 años (4,5) y están estrechamente vinculados al suicidio, ya que pueden convertirse en un factor de riesgo importante para el suicidio (6,7). En América Latina, las tasas de NSSI oscilan entre el 14 % y el 34 % en la población adolescente, lo que representa un problema de salud pública que requiere mayor atención (8,9).

Por su parte, el apoyo social es uno de los factores protectores más relevantes en la prevención del riesgo suicida, las NSSI y la ideación suicida en adolescentes (10). Diferentes estudios han demostrado que el respaldo de la familia, los pares y los profesores desempeña un papel crucial en la reducción del estrés emocional y la promoción de estrategias de afrontamiento adaptativas (11,12).

Múltiples investigaciones han abordado la relación entre el apoyo social y las conductas de riesgo en adolescentes. En esta línea, Kellerman y col. (13) analizaron cómo el apoyo percibido en adolescentes hospitalizados por riesgo de suicidio influye en la reducción de la NSSI. Los hallazgos mostraron que el apoyo de familiares y profesionales de la salud tenía un efecto protector significativo, mientras que el apoyo de pares dentro del hospital tenía un impacto limitado. Por otro lado, se ha encontrado (14) que el apoyo social percibido modera el impacto de experiencias adversas en la infancia sobre la NSSI y el riesgo de suicidio en adolescentes. Manna y col. (15), en su estudio concluyeron que el apoyo familiar y de amigos puede reducir la vulnerabilidad a la NSSI en adolescentes con antecedentes de maltrato infantil, lo que resalta la importancia de fortalecer los lazos familiares en la prevención de estas conductas. Igualmente, Côté y col. (16), identificaron que los patrones de comportamiento disruptivo en la infancia pueden predecir trastornos de conducta en la adolescencia, lo que podría aumentar su vulnerabilidad a la NSSI. Resaltando la importancia de intervenciones tempranas en la infancia que fortalezcan habilidades de regulación emocional y promuevan el apoyo social adecuado.

En una revisión sistemática de la literatura sobre suicidabilidad en adolescentes King y

Merchant (12) destacaron que la falta de apoyo familiar y la victimización por pares incrementan la vulnerabilidad al suicidio. De manera similar, Madjar y col. (17) encontraron que la ausencia de respaldo emocional y apoyo social puede aumentar indirectamente la probabilidad de NSSI. Estudios recientes han identificado diversos factores que pueden modificar la relación entre el apoyo social y la NSSI en adolescentes. Zhou y col. (18) demostraron que el apoyo de los profesores juega un papel mediador entre el apoyo familiar y la reducción de la NSSI, sugiriendo que el ámbito educativo puede ser una fuente clave de protección psicológica (18,19).

Por otra parte, investigaciones recientes (20,21), han analizado cómo el uso problemático de internet en población China influye en la suicidabilidad y la NSSI en adolescentes, encontrando que el apoyo social modera la relación entre la adicción digital y la conducta autolesiva. Asimismo, Pan y col. (9) indicaron que la impulsividad y el afecto negativo son factores de riesgo para la NSSI, pero que su impacto se ve reducido cuando los adolescentes perciben altos niveles de apoyo social. Otro factor relevante es la regulación emocional. Lan y col. (22), han explorado cómo el sueño, el ejercicio y el apoyo social influyen en la NSSI, concluyendo que estos elementos pueden actuar como amortiguadores frente a la mala regulación emocional.

Desde una perspectiva clínica, Wolff y col. (23,24) han analizado el papel del apoyo social en adolescentes hospitalizados por autolesión y encontraron que un menor respaldo social se asocia con mayores tasas de NSSI. Estos resultados coinciden con los reportados en estudios que identificaron que los rasgos de personalidad borderline median la relación entre el bajo apoyo social y la NSSI en adolescentes clínicos (11).

Sin embargo, a pesar de los avances en la comprensión de la relación entre apoyo social y conducta autolesiva en adolescentes, aún existen importantes vacíos en la literatura que justifican la necesidad del presente estudio, algunos de ellos guardan relación con la limitada investigación sobre el papel específico de diferentes fuentes de apoyo social aunque los estudios de Kellerman y col. (13) han analizado el impacto del apoyo

de familiares y profesionales de la salud en la reducción de la NSSI, existe una falta de investigación exhaustiva que compare y contraste el efecto de diferentes fuentes de apoyo social (familia, amigos u otros significativos) en la conducta autolesiva y el riesgo suicida (18). Se sugiere que el apoyo de los profesores puede ser crucial, pero se necesita más investigación para comprender cómo interactúan las diversas fuentes de apoyo y cuál es su eficacia relativa. Además de la limitada investigación sobre el papel del apoyo social en la prevención primaria puesto que la mayoría de los estudios se han centrado en poblaciones clínicas o en adolescentes que ya presentan conductas autolesivas. Existe una falta de investigación sobre cómo el apoyo social puede prevenir el inicio de la NSSI y el riesgo suicida en poblaciones generales de adolescentes (23).

Además, la mayoría de las investigaciones han sido realizadas en contextos anglosajones y asiáticos, dejando un vacío en el conocimiento sobre cómo se manifiestan estas relaciones en adolescentes latinoamericanos lo que justifica la necesidad de un estudio específico en esta población y la mayoría de los estudios citados se han realizado en contextos occidentales o en China. Se necesita más investigación para comprender cómo los factores culturales pueden moderar la relación entre el apoyo social y la conducta autolesiva en diferentes poblaciones (14).

Ahora bien, aunque se ha documentado que el apoyo familiar, escolar y de pares tiene efectos positivos en la reducción de conductas autolesivas, pocos estudios han explorado cómo estos diferentes tipos de apoyo interactúan entre sí. Investigaciones recientes han sugerido que el apoyo de los profesores puede actuar como un puente entre el apoyo familiar y la disminución de la NSSI (18), pero esta dinámica aún no ha sido investigada en América Latina la cual se caracteriza por condiciones socioculturales específicas, como la violencia social, la pobreza y la inestabilidad familiar, que pueden influir en la relación entre apoyo social y conducta autolesiva. Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio se centró en investigar la relación entre el apoyo social, la autolesión y el suicidio en adolescentes latinoamericanos que permitan en un futuro desarrollar estrategias de prevención de NSSI y diseñar intervenciones eficaces en esta

población vulnerable de países latinoamericanos especialmente en adolescentes de Colombia, Ecuador y Chile.

MÉTODOS

Participantes y procedimiento

La muestra del estudio estuvo conformada por 1 555 adolescentes de Ecuador ($n = 402$), Colombia ($n = 603$) y Chile ($n = 550$), con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. La edad promedio de los participantes varió significativamente entre los países, siendo más alta en Ecuador ($M = 15,77$, $DS = 1,75$), mientras que en Colombia y Chile se observaron medias más bajas y similares ($M = 14,40$, $DS = 1,70$ y $M = 14,25$, $DS = 1,67$, respectivamente). En términos de distribución por sexo, en Ecuador la muestra estuvo equilibrada entre hombres (48,76 %) y mujeres (51,24 %), mientras que en Colombia predominó la participación masculina (57,88 %) y en Chile la femenina (50,73 %), con un 3,27 % de participantes que no reportaron su sexo.

La selección de los participantes se realizó con la colaboración de estudiantes del último año de la carrera de psicología, quienes fueron previamente capacitados en la aplicación de los instrumentos. Para el proceso de recolección de datos, un equipo auxiliar llevó a cabo visitas presenciales a diversas instituciones educativas en Ecuador, Colombia y Chile, donde se proporcionó información detallada sobre el estudio y se gestionó la obtención del consentimiento informado. Tras confirmar su participación, los adolescentes completaron de forma individual y voluntaria los cuadernillos con los instrumentos de evaluación.

Instrumentos

Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (validada en Colombia por Trejos-Herrera y col. (25): Esta escala evalúa la percepción del apoyo social a través de tres dimensiones: apoyo familiar (ítems 3, 4, 8, 11), apoyo de amigos (ítems 6, 7, 9, 12) y apoyo de

personas significativas (ítems 1, 2, 5, 10). Está conformada por 12 ítems con respuestas en una escala tipo Likert de 7 puntos, que varía desde totalmente en desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (7). Su confiabilidad es 0,84 (IC 95 %: 0,83-0,86) y el AFC reporta índices de ajuste adecuados (AGFI = 31 680,98, BIC = 31 824,74, NNFI = 0,946, CFI = 0,975, RMSEA = 0,049).

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik: Validada en Colombia por Suárez-Colorado y col. (26). Esta escala evalúa factores asociados al riesgo suicida, incluyendo intentos previos de autolesión, intensidad de la ideación suicida actual, depresión y desesperanza. Su puntuación se obtiene asignando 1 punto a cada respuesta afirmativa y 0 puntos a las respuestas negativas. Un puntaje mayor a 6 indica riesgo suicida. En adolescentes colombianos, se identificaron dos factores principales: riesgo suicida (ítems 13, 14 y 15) y síntomas depresivos (ítems 2, 3, 6, 8, 9 y 10). La confiabilidad mediante Alfa de Cronbach fue de 0,72 para síntomas depresivos y 0,80 para riesgo suicida, mientras que el Omega de McDonald fue de 0,82 y 0,94, respectivamente. El análisis factorial confirmatorio (AFC) mostró un ajuste adecuado ($\chi^2_{S-B} = 26,36$, $gl = 26$, $p = 0,34$; NNFI = 1,0, CFI = 1,0, RMSEA = 0,02, IC 90 % [0,001, 0,05]).

Escala de Impulso a la Autolesión de Alexian Brothers (ABUSI; Washburn y col. (27)) validado en Colombia por Bahamón y col. (28). Esta escala evalúa la intensidad del impulso de autolesionarse durante la última semana, tomando en cuenta su frecuencia, intensidad y duración. Es una medida unidimensional conformada por 5 ítems, cada uno con 7 opciones de respuesta que van de 0 a 6. La puntuación total se obtiene sumando las respuestas, y un puntaje igual o superior a 6 indica un nivel elevado de impulso autolesivo. La consistencia interna reportada por los autores varía entre $\alpha = 0,92$ en la primera medición y $\alpha = 0,96$ en la segunda, y los ítems presentan correlaciones altas con la escala total (0,87 a 0,92), lo que respalda su fiabilidad. Este instrumento ha mostrado índices de ajuste y bondad adecuados (CFI = 0,998, IFI = 0,998, GFI = 0,995, AGFI = 0,986, RNI = 0,998 y NFI

= 0,996, RMSEA= 0,033 y SRMR = 0,011). En población colombiana los índices de fiabilidad indican una consistencia elevada ($\alpha = 0,894$ y $\omega t = 0,90$).

Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo utilizando los programas IBM SPSS 25 y JASP 0.19.1, garantizando un enfoque integral para la evaluación estadística. Inicialmente, se realizaron análisis descriptivos para calcular medias, desviaciones estándar e intervalos de confianza del 95 % con el fin de caracterizar las variables sociodemográficas y psicológicas en los tres países. Para evaluar la normalidad de las distribuciones, se empleó la prueba de Shapiro-Wilk, cuyos resultados indicaron desviaciones significativas de la normalidad en todas las variables analizadas ($p < 0,001$). Debido a esto, se optó por realizar pruebas no paramétricas, incluyendo la prueba de Kruskal-Wallis, para identificar diferencias significativas entre los países en edad, apoyo social, riesgo suicida e impulso a la conducta autolesiva. Posteriormente, se aplicaron comparaciones post hoc de Dunn con correcciones de Bonferroni y Holm para identificar diferencias específicas entre los grupos. Asimismo, se calculó el tamaño del efecto mediante el coeficiente de correlación biserial de rangos (r_{rb}) y el η^2 para interpretar la magnitud de las diferencias observadas.

Comité de ética

Este estudio se llevó a cabo siguiendo los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Sinú, según lo registrado en el Acta N° 003 con código de aprobación UNISINU-003-2024, emitida el 30 de abril de 2024. Antes de su participación, todos los individuos firmaron un consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de los datos y el cumplimiento de los estándares éticos establecidos.

RESULTADOS

La edad promedio de los participantes varió significativamente entre los países incluidos en el estudio. En Ecuador, la media de edad fue de 15,77 años (IC 95 %: 15,60 – 15,95), con una desviación estándar de 1,75, mientras que en Colombia y Chile se observaron valores inferiores, con medias de 14,40 años (IC 95 %: 14,27 – 14,54) y 14,25 años (IC 95 %: 14,11 – 14,39), respectivamente. Las distribuciones de edad presentaron valores de asimetría y curtosis que indican ligeras desviaciones respecto a la normalidad, particularmente en Colombia (Asimetría = 0,20, Curtosis = -1,15) y Chile (Asimetría = 0,30, Curtosis = -0,88). La prueba de Shapiro-Wilk evidenció diferencias significativas en todas las muestras ($p < 0,001$), sugiriendo que la variable edad no sigue una distribución normal. Estos resultados sugieren una tendencia a edades más altas en la muestra ecuatoriana en comparación con los otros dos países, lo que podría estar relacionado con diferencias en los criterios de inclusión, contextos educativos o demográficos (Cuadro 1).

Cuadro 1. Descriptivos edad de los participantes por país.

Variable	País	n	M	IC 95 %		DS	Ks	K	W	p valor	Min.	Max.
				Sup.	Inf.							
Edad	Ecuador	402	15,77	15,95	15,60	1,75	-0,59	-0,58	0,90	< 0,001	12	18
	Colombia	603	14,40	14,54	14,27	1,70	0,20	-1,15	0,91	< 0,001	12	18
	Chile	550	14,25	14,39	14,11	1,67	0,30	-0,88	0,92	< 0,001	12	18

n=muestra, M= Media, Sup= Superior, Inf.= Inferior, DS= Desviación típica, Sk= Asimetría, K= Curtosis, W= Shapiro-Wilk, p=valor p, Min.= Mínimo, Max.= Máximo

La distribución del sexo de los participantes mostró variaciones entre los tres países evaluados. En Ecuador, la muestra estuvo relativamente equilibrada, con un 48,76 % de hombres ($n = 196$) y un 51,24 % de mujeres ($n = 206$), sin participantes que optaran por no reportar su sexo. En contraste, en Colombia se observó una mayor proporción de hombres (57,88 %, $n = 349$) en comparación con mujeres (42,12 %, $n = 254$), manteniéndose también en esta muestra la ausencia de respuestas omitidas. Por su parte, en Chile, aunque la mayoría de los participantes fueron mujeres (50,73 %, $n = 279$) y los hombres representaron un 46,00 % ($n = 253$), se registró un 3,27 % ($n = 18$) de participantes que no especificaron su sexo, diferenciándose de los otros dos países (Cuadro 2).

El análisis de varianza no paramétrico mediante la prueba de Kruskal-Wallis evidenció diferencias significativas en la edad y el sexo de los participantes según el país de origen. En cuanto a la edad, se observó un efecto significativo del país sobre la distribución de esta variable ($K = 182,82$, $p < 0,001$), con un tamaño del efecto $\eta^2 = 0,11$ (IC 95 %: 0,08 – 0,15), lo que indica una diferencia moderada entre los grupos. Esto sugiere que la edad de los participantes no es homogénea entre los países evaluados, posiblemente debido a diferencias en los criterios de selección o factores sociodemográficos.

Cuadro 2. Tabla de frecuencias sexo de los participantes por país.

País	Sexo	F	%
Ecuador	Hombre	196	48,756
	Mujer	206	51,244
	No refiere	0	0,000
	Total	402	100,000
Colombia	Hombre	349	57,877
	Mujer	254	42,123
	No refiere	0	0,000
	Total	603	100,000
Chile	Hombre	253	46,000
	Mujer	279	50,727
	No refiere	18	3,273
	Total	550	100,000

F= Frecuencia, %= Porcentaje

En relación con el sexo, también se encontraron diferencias significativas entre los países ($K = 21,06$, $p < 0,001$), aunque con un tamaño del efecto mucho menor ($\eta^2 = 0,01$, IC 95 %: 0,001 – 0,026), lo que indica que, aunque la diferencia es estadísticamente significativa, su impacto es bajo en términos prácticos (Cuadro 3).

Cuadro 3. Prueba Kruskal-Wallis para diferencias en edad y sexo según país.

Variable	Casos	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	p	K	p	IC del 95 % para el Rango η^2		
									Rango η^2	Inferior	Superior
Edad	PAÍS	629,65	2	314,82	108,22	< 0,001	182,82	< 0,001	0,11	0,08	0,151
	Residuals	4 514,62	155	2,90							
Sexo	PAÍS	6,70	2	3,35	12,45	< 0,001	21,06	< 0,001	0,01	0,00	0,026
	Residuals	418,03	155	0,26							

gl=grados de libertad, F= Estadístico F de ANOVA, P= p valor, η^2 = tamaño del efecto, k= Kruskal-Wallis

Nota: Suma de Cuadrados Tipo III.

Los análisis post hoc mediante la prueba de Dunn con correcciones de Bonferroni y Holm evidenciaron diferencias significativas en la edad de los participantes según el país. En particular, Ecuador presentó una edad promedio significativamente mayor que Colombia ($z = 11,45$, $p < 0,001$, $p\text{Bonf} < 0,001$, $p\text{Holm} < 0,001$) y que Chile ($z = 12,55$, $p < 0,001$,

$p\text{Bonf} < 0,001$, $p\text{Holm} < 0,001$), con tamaños del efecto moderados ($rrb = 0,42$ y $rrb = 0,46$, respectivamente). No obstante, la comparación entre Colombia y Chile no arrojó diferencias significativas ($z = 1,46$, $p = 0,142$), sugiriendo que los participantes de estos dos países tienen una distribución de edad más homogénea (Cuadro 4).

Cuadro 4. Comparaciones Post-hoc (Dunn) para Edad y Sexo según País.

Variable	Comparación	z	Wi	Wj	rrb	p	pBonf	pHolm
Edad	Ecuador - Colombia	11,45	1034,06	707,03	0,42	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Ecuador - Chile	12,55	1034,06	668,64	0,46	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Colombia - Chile	1,46	707,03	668,64	0,05	0,142	0,426	0,142
Sexo	Ecuador - Colombia	2,78	793,30	723,21	0,09	0,005	0,016	0,011
	Ecuador - Chile	-1,30	793,30	826,87	0,04	0,191	0,572	0,191
	Colombia - Chile	-4,49	723,21	826,87	0,13	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Z= estadístico Z de la prueba Dunn, Wi= Rango promedio de los grupos comparados (primer grupo, segundo grupo), Rrb= Tamaño del efecto de Rank-Biserial Correlation, p= p valor, pBonf= Valor p ajustado por Bonferroni, pHolm= Valor p ajustado por Holm.

Nota. Correlación de rango biserial basada en contrastes de Mann-Whitney individuales.

En cuanto a la variable sexo, se encontraron diferencias significativas entre Colombia y Chile ($z = -4,49$, $p < 0,001$, $p\text{Bonf} < 0,001$, $p\text{Holm} < 0,001$), con un tamaño del efecto bajo ($rrb = 0,13$), indicando que la proporción de hombres y mujeres varía entre estos dos países. También se halló una diferencia significativa entre Ecuador y Colombia ($z = 2,78$, $p = 0,005$, $p\text{Bonf} = 0,016$, $p\text{Holm} = 0,011$), aunque con un efecto pequeño ($rrb = 0,09$). No se observaron diferencias significativas entre Ecuador y Chile ($z = -1,30$, $p = 0,191$).

En el Cuadro 5, los resultados descriptivos indican variaciones en las puntuaciones de apoyo social percibido, riesgo suicida e impulso a la conducta autolesiva entre los países evaluados. En cuanto al apoyo social percibido, los participantes en Chile reportaron los valores más altos en todas las dimensiones evaluadas. En particular, el apoyo familiar tuvo una media de 21,48 (IC 95 %: 20,97 - 21,99, DS = 6,09), el apoyo de

amigos alcanzó una media de 22,07 (IC 95 %: 21,56 - 22,57, DS = 6,01) y el apoyo de otros significativos presentó la media más alta con 23,02 (IC 95 %: 22,51 - 23,53, DS = 6,11). En contraste, Ecuador y Colombia mostraron medias ligeramente inferiores en estas dimensiones, con valores que oscilaron entre 19,14 y 22,28. En la puntuación total de apoyo social percibido, Chile nuevamente registró la media más alta ($M = 66,58$, IC 95 %: 65,33 - 67,82, DS = 14,87), seguido de Colombia ($M = 62,10$, IC 95 %: 60,88 - 63,31, DS = 15,20) y Ecuador ($M = 59,40$, IC 95 %: 57,69 - 61,12, DS = 17,49).

En relación con el riesgo suicida, se evidenció una tendencia creciente de menor a mayor en los tres países. Ecuador presentó la media más baja ($M = 3,68$, IC 95 %: 3,40 - 3,96, DS = 2,86), mientras que Colombia mostró una media ligeramente superior ($M = 4,31$, IC 95 %: 4,06 - 4,57, DS = 3,17) y Chile reportó el riesgo más alto ($M = 5,01$, IC 95 %: 4,74 - 5,29, DS = 3,26).

Cuadro 5. Descriptivos de la variable Apoyo social percibido, riesgo suicida y conducta autolesiva.

		n	M	IC 95 %		DS	Ks	K	W	p valor	Min.	Max.
				Sup.	Inf.							
Apoyo familiar	Ecuador	402	19,87	20,52	19,22	6,63	-0,49	-0,87	0,92	< 0,001	4	28
	Colombia	603	19,56	20,10	19,02	6,75	-0,48	-0,79	0,93	< 0,001	4	28
	Chile	550	21,48	21,99	20,97	6,09	-0,94	0,10	0,89	< 0,001	4	28
Apoyo amigos	Ecuador	402	19,14	19,77	18,52	6,35	-0,57	-0,43	0,94	< 0,001	4	28
	Colombia	603	20,25	20,75	19,74	6,28	-0,76	-0,17	0,92	< 0,001	4	28
	Chile	550	22,07	22,57	21,56	6,01	-1,16	0,76	0,86	< 0,001	4	28
Apoyo otros significativos	Ecuador	402	20,38	21,07	19,70	6,98	-0,69	-0,66	0,89	< 0,001	4	28
	Colombia	603	22,28	22,77	21,79	6,13	-1,09	0,29	0,85	< 0,001	4	28
	Chile	550	23,02	23,53	22,51	6,11	-1,48	1,59	0,79	< 0,001	4	28
Apoyo social percibido	Ecuador	402	59,40	61,12	57,69	17,49	-0,67	-0,40	0,94	< 0,001	12	84
	Colombia	603	62,10	63,31	60,88	15,20	-0,65	0,00	0,95	< 0,001	12	84
	Chile	550	66,58	67,82	65,33	14,87	-1,20	1,33	0,89	< 0,001	12	84
Riesgo suicida	Ecuador	402	3,68	3,96	3,40	2,86	0,70	0,07	0,93	< 0,001	0	14
	Colombia	603	4,31	4,57	4,06	3,17	0,50	-0,64	0,94	< 0,001	0	14
	Chile	550	5,01	5,29	4,74	3,26	0,43	-0,66	0,95	< 0,001	0	14
Impulso a la conducta autolesiva	Ecuador	402	2,34	2,74	1,95	4,06	1,99	3,73	0,65	< 0,001	0	20
	Colombia	603	3,44	3,86	3,02	5,24	1,64	1,93	0,71	< 0,001	0	23
	Chile	550	3,25	3,67	2,83	5,02	1,76	2,68	0,70	< 0,001	0	27

n=muestra, M= Media, Sup= Superior, Inf.= Inferior, DS= Desviación típica, Sk= Asimetría, K= Curtosis, W= Shapiro-Wilk, p=valor p, Min.= Mínimo, Max.= Máximo

Un patrón similar se observó en el impulso a la conducta autolesiva, con Ecuador presentando la menor media (M = 2,34, IC 95 %: 1,95 - 2,74, DS = 4,06), seguido de Chile (M = 3,25, IC 95 %: 2,83 - 3,67, DS = 5,02) y Colombia con la media más elevada (M = 3,44, IC 95 %: 3,02 - 3,86, DS = 5,24).

Los valores de asimetría y curtosis sugieren distribuciones no normales en todas las variables, lo que fue confirmado por la prueba de Shapiro-Wilk ($p < 0,001$ en todos los casos). En términos generales, los resultados muestran que los participantes en Chile reportan mayores niveles de apoyo social percibido, mientras que el riesgo suicida y el impulso a la conducta autolesiva tienden a ser más elevados en Colombia y Chile en comparación con Ecuador.

En el Cuadro 6, los resultados muestran diferencias significativas en la distribución de los niveles de apoyo social percibido, riesgo

suicida e impulso a la conducta autolesiva entre los países evaluados.

En cuanto al apoyo social percibido, Ecuador presentó el mayor porcentaje de participantes con niveles bajos (23,38 %, n = 94), seguido de Colombia (15,26 %, n = 92) y Chile (7,64 %, n = 42). En el nivel medio, Colombia tuvo la mayor proporción (72,64 %, n = 438), seguido de Ecuador (68,41 %, n = 275) y Chile (58,55 %, n = 322). Finalmente, el porcentaje más alto de participantes con apoyo social alto se observó en Chile (15,64 %, n = 86), seguido de Colombia (12,11 %, n = 73) y Ecuador (8,21 %, n = 33). Estos resultados sugieren que los adolescentes en Chile perciben un mayor nivel de apoyo social en comparación con sus pares en Ecuador y Colombia.

En relación con el riesgo suicida, Ecuador presentó la menor proporción de participantes con niveles altos (25,12 %, n = 101), mientras

Cuadro 6. Frecuencia de niveles de apoyo social, riesgo suicida e impulso a la conducta autolesiva.

Variable	País	Nivel	F	%
Apoyo social percibido	Ecuador	Bajo	94	23,383
		Medio	275	68,408
		Alto	33	8,209
	Colombia	Bajo	92	15,257
		Medio	438	72,637
		Alto	73	12,106
	Chile	Bajo	42	7,636
		Medio	322	58,545
		Alto	86	15,636
Riesgo suicida	Ecuador	Bajo	301	74,876
		Alto	101	25,124
	Colombia	Bajo	396	65,672
		Alto	207	34,328
	Chile	Bajo	326	59,273
		Alto	224	40,727
Impulso a la conducta autolesiva	Ecuador	Bajo	331	82,338
		Alto	71	17,662
	Colombia	Bajo	461	76,451
		Alto	142	23,549
	Chile	Bajo	422	76,727
		Alto	128	23,273

que en Colombia esta proporción aumentó al 34,33 % (n = 207) y en Chile alcanzó el valor más alto (40,73 %, n = 224). Esto indica que los adolescentes en Chile y Colombia podrían estar más expuestos a factores de vulnerabilidad asociados con el riesgo suicida en comparación con Ecuador.

Respecto al impulso a la conducta autolesiva, Ecuador nuevamente mostró la menor prevalencia de niveles altos (17,66 %, n = 71), mientras que en Colombia y Chile los valores fueron similares (23,55 %, n = 142 y 23,27 %, n = 128, respectivamente). A pesar de estas diferencias, en los tres países la mayoría de los participantes reportó niveles bajos de impulso a la autolesión, con valores superiores al 75 %.

En general, estos hallazgos indican que los adolescentes en Chile perciben mayores niveles de apoyo social, pero también presentan un mayor riesgo suicida en comparación con los otros países. Colombia, por su parte, muestra una tendencia intermedia en apoyo social y mayor prevalencia de impulso a la autolesión. Finalmente, Ecuador se caracteriza por menores niveles de apoyo social y menor prevalencia de conductas de riesgo en comparación con los otros países.

En el Cuadro 7 se observa que los análisis mediante la prueba de Kruskal-Wallis evidenciaron diferencias significativas en los niveles de riesgo suicida, puntaje global de riesgo suicida, impulso a la conducta autolesiva y puntaje global de impulso a la conducta autolesiva según el nivel de apoyo social percibido.

En cuanto al nivel de riesgo suicida, se encontró un efecto significativo del nivel de apoyo social sobre esta variable ($K = 84,39$; $p < 0,001$), con un tamaño del efecto moderado ($\eta^2 = 0,05$, IC 95 %: 0,03 - 0,08), lo que indica que el apoyo social influye en la distribución de los niveles de riesgo suicida. De manera similar, el puntaje global de riesgo suicida también mostró diferencias significativas en función del nivel de apoyo social ($K = 113,69$, $p < 0,001$), con un tamaño del efecto ligeramente superior ($\eta^2 = 0,07$, IC 95 %: 0,05 - 0,10), lo que sugiere una relación consistente entre menor apoyo social y mayor riesgo suicida.

Respecto al nivel de impulso a la conducta autolesiva, se observaron diferencias significativas según el nivel de apoyo social percibido ($K = 65,00$, $p < 0,001$), con un tamaño del efecto de $\eta^2 = 0,04$ (IC 95 %: 0,02 - 0,06), indicando que el apoyo social también influye en la severidad del impulso a la autolesión. Finalmente, el puntaje global de impulso a la conducta autolesiva mostró un patrón similar, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de apoyo social ($K = 85,24$, $p < 0,001$) y un tamaño del efecto de $\eta^2 = 0,05$ (IC 95 %: 0,03 - 0,08).

Estos hallazgos refuerzan la relación entre el apoyo social percibido y los indicadores de riesgo suicida y conducta autolesiva, evidenciando que niveles más bajos de apoyo social pueden estar asociados con un mayor riesgo suicida e impulso a la autolesión. Además, los tamaños del efecto,

APOYO SOCIAL Y SU IMPACTO EN LA CONDUCTA AUTOLESIVA Y EL RIESGO SUICIDA

Cuadro 7. Prueba de Kruskal-Wallis para diferencias en Riesgo suicida, nivel de riesgo, impulso a conducta autolesiva y nivel de conducta autolesiva.

Variable	Casos	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	p	Estadístico	gl	p	Rango η^2	IC del 95 % para el Rango η^2	
											Inferior	Superior
Nivel Riesgo suicida	Nivel de apoyo social	18,86	2	9,43	44,73	< 0,001	84,39	2	< 0,001	0,05	0,03	0,08
	Residuals	306,12	145	0,21								
Puntaje global riesgo suicida	Nivel de apoyo social	1 127,30	2	563,65	61,38	< 0,001	113,69	2	< 0,001	0,07	0,05	0,10
	Residuals	13 332,11	145	9,18								
Nivel impulso a conducta autolesiva	Nivel de apoyo social	11,08	2	5,54	33,97	< 0,001	65,00	2	< 0,001	0,04	0,02	0,06
	Residuals	236,85	145	0,16								
Puntaje global impulso a conducta autolesiva	Nivel de apoyo social	1 741,38	2	870,69	38,85	< 0,001	85,24	2	< 0,001	0,05	0,03	0,08
	Residuals	32 537,67	145	22,40								

gl=grados de libertad, F= Estadístico F de ANOVA, P= p valor, η^2 = tamaño del efecto, k= Kruskal-Wallis

Nota. Suma de Cuadrados Tipo III

aunque moderados, indican que el apoyo social juega un papel relevante en la regulación del comportamiento autodestructivo en adolescentes.

En el Cuadro 8 se observa que los análisis post hoc mediante la prueba de Dunn revelaron diferencias significativas en los niveles de riesgo suicida, puntaje global de riesgo suicida, impulso a la conducta autolesiva y puntaje global de impulso a la conducta autolesiva, según el nivel de apoyo social percibido.

En cuanto al nivel de riesgo suicida, todas las comparaciones entre los grupos fueron significativas ($p < 0,001$ en todos los casos, con ajustes de Bonferroni y Holm). Los participantes con bajo apoyo social presentaron niveles de riesgo suicida significativamente más bajos en comparación con aquellos con apoyo social medio ($z = 6,32$, $rrb = 0,21$) y con aquellos con apoyo social alto ($z = 9,14$, $rrb = 0,42$). Esto indica que a medida que disminuye el apoyo social percibido, los niveles de riesgo suicida tienden a incrementarse, siendo la diferencia más marcada entre los grupos con bajo y alto apoyo social.

Asimismo, los participantes con apoyo medio mostraron menores niveles de riesgo suicida que aquellos con alto riesgo ($z = 5,50$, $rrb = 0,20$). El tamaño del efecto fue mayor en la comparación entre los grupos de bajo y alto riesgo ($rrb = 0,42$), lo que sugiere una relación más marcada entre el menor apoyo social y el aumento del riesgo suicida.

Respecto al puntaje global de riesgo suicida, se encontró un patrón similar, con diferencias significativas entre bajo y medio apoyo social ($z = 6,22$, $rrb = 0,27$), bajo y alto ($z = 10,65$, $rrb = 0,55$), y medio y alto ($z = 7,48$, $rrb = 0,34$). El tamaño del efecto más elevado se observó en la comparación entre bajo y alto riesgo ($rrb = 0,55$), lo que indica que un menor apoyo social está fuertemente asociado con mayores niveles de riesgo suicida.

Para el nivel de impulso a la conducta autolesiva, todas las comparaciones fueron significativas ($p < 0,001$ en todos los casos), con bajo y medio mostrando diferencias ($z = 5,41$, $rrb = 0,16$), bajo y alto con un tamaño del efecto

Cuadro 8. Comparaciones Post-hoc (Dunn) para Riesgo suicida, nivel de riesgo suicida, impulso a la conducta autolesiva y nivel de impulso a la conducta autolesiva

Variable	Comparación	z	Wi	Wj	rrb	p	pBonf	pHolm
Nivel Riesgo suicida	Bajo - Medio	6,32	881,84	722,68	0,21	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Bajo - Alto	9,14	881,84	573,93	0,42	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Medio - Alto	5,50	722,68	573,93	0,20	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Puntaje global riesgo suicida	Bajo - Medio	6,22	921,11	730,58	0,27	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Bajo - Alto	10,65	921,11	484,73	0,55	< 0,001	x< 0,001	< 0,001
	Medio - Alto	7,48	730,58	484,73	0,34	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Nivel impulso a la conducta autolesiva	Bajo - Medio	5,41	843,90	724,84	0,16	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Bajo - Alto	8,03	843,90	607,39	0,32	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Medio - Alto	4,97	724,84	607,39	0,16	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Global Impulso a la conducta autolesiva	Bajo - Medio	5,36	880,14	730,26	0,20	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Bajo - Alto	9,22	880,14	535,13	0,46	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Medio - Alto	6,50	730,26	535,13	0,27	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Z= estadístico Z de la prueba Dunn, Wi= Rango promedio de los grupos comparados (primer grupo, segundo grupo), Rrb= Tamaño del efecto de Rank-Biserial Correlation, p= p valor, pBonf= Valor p ajustado por Bonferroni, pHolm= Valor p ajustado por Holm.

Nota. Correlación de rango biserial basada en contrastes de Mann-Whitney individuales.

mayor ($z = 8,03$, $rrb = 0,32$), y medio y alto con un efecto más moderado ($z = 4,97$, $rrb = 0,16$).

Finalmente, en el puntaje global de impulso a la conducta autolesiva, se encontraron diferencias en las tres comparaciones: bajo vs. medio ($z = 5,36$, $rrb = 0,20$), bajo vs. alto ($z = 9,22$, $rrb = 0,46$) y medio vs. alto ($z = 6,50$, $rrb = 0,27$). Una vez más, el tamaño del efecto más fuerte se observó en la comparación entre bajo y alto apoyo social, lo que resalta su papel protector frente a la conducta autolesiva.

En conjunto, estos resultados evidencian que el apoyo social percibido es un factor relevante en la disminución del riesgo suicida y la impulsividad hacia la autolesión. La relación es más marcada en los extremos, es decir, aquellos con menor apoyo social tienen significativamente mayores niveles de riesgo y autolesión en comparación con quienes perciben un mayor respaldo social.

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio respaldan la literatura previa sobre la importancia del apoyo social en la reducción del riesgo suicida y la conducta autolesiva en adolescentes (10-12). Se encontraron diferencias significativas en la edad y el sexo de los participantes según el país de origen, en consonancia con estudios previos que han evidenciado que la adolescencia es un período crítico en la emergencia de conductas de riesgo (1). En particular, los adolescentes ecuatorianos fueron significativamente mayores ($M = 15,77$, $DS = 1,75$) que los colombianos ($M = 14,40$, $DS = 1,70$) y los chilenos ($M = 14,25$, $DS = 1,67$), lo que puede influir en la forma en que experimentan y enfrentan el riesgo suicida y la NSSI (4,5).

La distribución por sexo también varió según el país. En Ecuador, la muestra estuvo equilibrada entre hombres (48,76 %) y mujeres (51,24 %), mientras que en Colombia hubo una mayor proporción de hombres (57,88 %), y en Chile, predominó la participación femenina (50,73 %), con un 3,27 % de participantes que no reportaron su sexo. Investigaciones previas han sugerido que la prevalencia de NSSI y suicidio puede diferir por sexo, con un mayor riesgo en mujeres debido a su mayor vulnerabilidad emocional y a la influencia de factores socioculturales (7). Sin embargo, en América Latina, estos patrones pueden estar influenciados por diferencias en normas de género y acceso a apoyo social, lo que amerita estudios más detallados (11,16).

En cuanto al apoyo social percibido, Chile presentó las puntuaciones más altas en todas las dimensiones evaluadas ($M = 66,58$, $DS = 14,87$), seguido de Colombia ($M = 62,10$, $DS = 15,20$) y Ecuador ($M = 59,40$, $DS = 17,49$). Estos resultados coinciden con estudios previos que han identificado el apoyo social como un factor protector clave frente al riesgo suicida y la NSSI (9,18). A nivel de dimensiones, los adolescentes chilenos reportaron mayores niveles de apoyo familiar ($M = 21,48$), apoyo de amigos ($M = 22,07$) y apoyo de otros significativos ($M = 23,02$), mientras que los ecuatorianos obtuvieron las puntuaciones más bajas en estas dimensiones. La evidencia previa ha demostrado que el apoyo social de figuras significativas y amigos desempeña un papel central en la regulación emocional y la disminución de conductas de riesgo (14,15). No obstante, la mayor percepción de apoyo en Chile no se tradujo en una menor prevalencia de conductas autodestructivas, lo que sugiere que otros factores, podrían estar influyendo en la vulnerabilidad de los adolescentes chilenos (23,24).

Respecto al riesgo suicida, se identificó un patrón creciente de menor a mayor entre los tres países. Ecuador presentó la media más baja ($M = 3,68$, $DS = 2,86$), seguido de Colombia ($M = 4,31$, $DS = 3,17$), mientras que Chile tuvo la puntuación más alta ($M = 5,01$, $DS = 3,26$). Este hallazgo es consistente con estudios previos que han encontrado que, aunque el apoyo social es un factor protector, no siempre es suficiente para reducir completamente la vulnerabilidad al suicidio, especialmente en contextos donde el

estrés psicosocial es elevado (12,20). Sobre los niveles de riesgo suicida, la mayor proporción de adolescentes en alto riesgo se encontró en Chile (40,73 %), seguido de Colombia (34,33 %) y Ecuador (25,12 %). Estos resultados refuerzan la necesidad de intervenciones multidimensionales, que además del fortalecimiento del apoyo social, incorporen estrategias de regulación emocional y acceso a servicios de salud mental (9,22).

En cuanto a la conducta autolesiva el análisis mostró diferencias significativas entre los países. Ecuador presentó la menor media en el impulso a la autolesión ($M = 2,34$; $DS = 4,06$), mientras que Colombia tuvo la más alta ($M = 3,44$; $DS = 5,24$), seguido de Chile ($M = 3,25$; $DS = 5,02$). Aunque investigaciones previas han señalado que la NSSI puede actuar como un predictor de intentos de suicidio (6,7), los hallazgos sugieren que la relación entre ambas conductas es compleja y mediada por factores como la impulsividad, la regulación emocional y la historia de trauma (11,21).

Además, los análisis post hoc confirmaron que las diferencias en apoyo social impactan directamente en los niveles de riesgo suicida y conducta autolesiva. Los adolescentes con bajo apoyo social presentaron los niveles más elevados de riesgo suicida y NSSI, lo que respalda estudios previos que han demostrado que la ausencia de redes de apoyo puede intensificar la vulnerabilidad ante estas conductas (14). En particular, la dimensión de apoyo de otros significativos mostró la relación más fuerte con el riesgo suicida, seguida del apoyo familiar y de amigos, lo que coincide con hallazgos que sugieren que la percepción de respaldo emocional puede amortiguar el impacto de experiencias adversas en la infancia y la adolescencia (16,18).

Estos resultados refuerzan la idea de que el apoyo social es un recurso clave en la prevención del suicidio y la autolesión en adolescentes, pero su efectividad varía según el contexto sociocultural y la interacción con otros factores de riesgo (10,12). A pesar que Chile mostró los niveles más altos de apoyo social, también presentó las tasas más elevadas de riesgo suicida y NSSI, lo que indica que la relación entre estas variables no es lineal y puede estar influenciada por factores estructurales y emocionales no evaluados en este estudio.

Asimismo, los resultados sugieren que existen diferencias significativas en el apoyo social, el riesgo suicida y la conducta autolesiva entre adolescentes de Ecuador, Colombia y Chile. Estas diferencias pueden explicarse a partir de factores socioculturales, económicos y psicológicos, que han sido identificados en investigaciones previas como determinantes clave en la salud mental de los adolescentes (9,20).

Una posible explicación de los mayores niveles de apoyo social percibido en Chile en comparación con Ecuador y Colombia podría estar relacionada con las diferencias en el acceso a programas de bienestar estudiantil y redes de apoyo institucional. Por ejemplo, en Chile se han implementado políticas orientadas a fortalecer el bienestar emocional en el ámbito escolar, como el Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, el cual tiene un enfoque en la inclusión educativa y el apoyo a estudiantes que presentan dificultades.

Estudios previos han demostrado que el entorno educativo puede influir en la percepción de respaldo social en los adolescentes, ya que las instituciones escolares pueden actuar como un factor protector en la construcción de redes de apoyo (18). La implementación de políticas educativas y programas de salud mental en escuelas chilenas podría estar contribuyendo a una mayor percepción de apoyo entre los adolescentes (15). Sin embargo, este mayor apoyo social no se tradujo en menores tasas de riesgo suicida o NSSI, lo que sugiere que la protección del apoyo social puede no ser suficiente cuando otros factores de riesgo, como la presión académica o el malestar emocional, están presentes (7).

Por otro lado, el mayor riesgo suicida y la mayor prevalencia de NSSI en Chile, a pesar de los altos niveles de apoyo social, pueden deberse a factores estructurales como el estrés psicosocial, la desigualdad económica y la presión académica. La evidencia ha identificado que, en países con altos niveles de exigencia académica y competitividad, los adolescentes pueden experimentar mayor estrés, lo que puede contribuir al desarrollo de ideación suicida y conductas autolesivas (12,22). En este sentido, aunque los adolescentes chilenos reportaron un

mayor apoyo social, es posible que este apoyo no sea suficiente para contrarrestar otros factores de riesgo que pueden estar exacerbando la vulnerabilidad de esta población.

En el caso de Colombia, donde se observó un riesgo suicida intermedio y la mayor prevalencia de impulso a la autolesión, es posible que factores de violencia social e inseguridad estén influyendo en la salud mental de los adolescentes. Estudios previos han demostrado que la exposición a contextos violentos y la falta de acceso a servicios de salud mental pueden aumentar la vulnerabilidad a conductas autodestructivas (10,16). Además, la inestabilidad económica y la disfunción familiar, factores ampliamente documentados en la literatura sobre salud mental en Latinoamérica, pueden estar impactando la regulación emocional de los adolescentes colombianos (11,14).

Por su parte, Ecuador mostró los niveles más bajos de riesgo suicida y de conducta autolesiva, lo que podría estar relacionado con factores socioculturales específicos. Una posible hipótesis es que las redes de apoyo comunitarias y familiares en Ecuador desempeñen un papel clave en la regulación emocional de los adolescentes. Se ha sugerido que en contextos donde las relaciones familiares son más estrechas y existe un sentido de comunidad sólido, el impacto de la NSSI y el riesgo suicida puede ser menor (20,21). Sin embargo, esta hipótesis debe ser explorada con mayor profundidad, ya que el menor riesgo suicida en Ecuador también podría estar relacionado con factores culturales que contribuyen al subregistro de casos, dado que la NSSI y el suicidio pueden estar estigmatizados en ciertas comunidades, lo que podría influir en la forma en que los adolescentes reportan estas experiencias (23,24).

Otro aspecto relevante fue la relación identificada entre bajo apoyo social con mayor riesgo suicida y NSSI que apoya la evidencia sobre el papel del respaldo emocional en la prevención de estas conductas (9,18). Sin embargo, el hecho de que los adolescentes chilenos, a pesar de su alto apoyo social, presenten mayores niveles de riesgo suicida y NSSI, indica que el apoyo social por sí solo no es un factor suficiente, sino que debe ir acompañado de estrategias de regulación emocional, acceso a atención psicológica y reducción del estrés académico (6,7).

A pesar de los hallazgos relevantes del presente estudio, es importante reconocer ciertas limitaciones metodológicas y contextuales que deben considerarse al interpretar los resultados. Una de las principales limitaciones radica en el diseño transversal del estudio, lo que impide establecer relaciones causales entre el apoyo social, el riesgo suicida y la conducta autolesiva. Aunque los análisis estadísticos han permitido identificar asociaciones significativas entre estas variables, no es posible determinar si un menor apoyo social predispone directamente al desarrollo de riesgo suicida y NSSI, o si, por el contrario, los adolescentes con estas conductas tienden a percibir menos apoyo por parte de su entorno (12,20). Futuros estudios con diseños longitudinales permitirían explorar la direccionalidad de estas relaciones y evaluar posibles cambios en el tiempo.

Otra limitación importante es el uso de medidas de autoinforme, lo que podría haber influido en la precisión de las respuestas de los participantes. Factores como el deseo social y el estigma asociado a la conducta autolesiva y el suicidio pueden haber llevado a algunos adolescentes a subestimar o sobrestimar su nivel de apoyo social, la presencia de pensamientos suicidas o su historial de NSSI (17,23). En este sentido, futuras investigaciones podrían beneficiarse del uso de métodos mixtos, combinando encuestas con entrevistas cualitativas o reportes clínicos, lo que permitiría una evaluación más profunda y precisa de estas conductas. Asimismo, el estudio se realizó en tres países latinoamericanos (Ecuador, Colombia y Chile), lo que aporta una visión relevante sobre las diferencias regionales en el apoyo social y el riesgo suicida en adolescentes. Sin embargo, estos resultados no pueden generalizarse a toda la población adolescente de América Latina, ya que existen importantes variaciones culturales, económicas y sociales entre los distintos países de la región (9,10). La inclusión de otros países con realidades sociopolíticas y económicas distintas permitiría una mejor comprensión del impacto del contexto en estas variables.

Otro aspecto por considerar es que el estudio no incluyó un análisis profundo de factores adicionales, como la salud mental previa, la historia de trauma, la exposición a violencia

o el consumo de sustancias psicoactivas, los cuales han sido identificados en investigaciones previas como factores de riesgo claves en la conducta autolesiva y el suicidio en adolescentes (11,14). Si bien el apoyo social es un factor protector fundamental, es probable que su efecto esté moderado o mediado por otras variables psicológicas y contextuales que no fueron exploradas en esta investigación.

Asimismo, los análisis estadísticos utilizados fueron adecuados para responder a los objetivos del estudio, el tamaño del efecto de algunas diferencias encontradas fue moderado o bajo, lo que sugiere que, si bien las diferencias entre los países son estadísticamente significativas, podrían no tener una gran relevancia en términos prácticos (7,18). Futuros estudios podrían complementar estos hallazgos mediante modelos de mediación y moderación, que permitan una comprensión más detallada de cómo interactúan las variables en diferentes contextos.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio aporta evidencia valiosa sobre la relación entre el apoyo social, el riesgo suicida y la conducta autolesiva en adolescentes de América Latina, resaltando la importancia de implementar estrategias de prevención adaptadas a cada contexto sociocultural. Sin embargo, se recomienda que futuras investigaciones aborden estas limitaciones y amplíen el enfoque metodológico para fortalecer la comprensión de estos fenómenos y contribuir a la creación de intervenciones más eficaces y culturalmente pertinentes.

Por otra parte, los hallazgos del presente estudio tienen importantes implicaciones teóricas y prácticas en el campo de la psicología del desarrollo, la prevención del suicidio y la salud mental en adolescentes. En el ámbito teórico, los resultados refuerzan el papel central del apoyo social como un factor protector contra el riesgo suicida y la conducta autolesiva (NSSI) en adolescentes, lo que concuerda con modelos previos sobre la influencia de las redes de apoyo en la regulación emocional y la resiliencia psicológica (12,20). La evidencia obtenida en esta investigación amplía el conocimiento sobre cómo se manifiesta esta relación en el contexto latinoamericano, donde las estructuras familiares, la escolarización y los factores socioeconómicos

pueden jugar un papel diferencial en comparación con otras regiones del mundo (9,10).

Desde una perspectiva teórica, estos resultados también sugieren que el apoyo social no opera de manera uniforme en todas las poblaciones, ya que, a pesar de que Chile presentó los niveles más altos de apoyo social percibido, también mostró los índices más elevados de riesgo suicida y NSSI. Esto indica que el apoyo social no es un factor protector absoluto, sino que su eficacia puede depender de la interacción con otros factores individuales y contextuales, como el estrés académico, la violencia social y la disponibilidad de recursos en salud mental (11,18). Estos hallazgos sugieren la necesidad de desarrollar modelos teóricos que integren el papel del apoyo social con otros predictores de la vulnerabilidad psicológica en adolescentes, especialmente en sociedades donde las demandas externas pueden contrarrestar sus efectos protectores.

En el plano práctico, los resultados de este estudio subrayan la necesidad de fortalecer las redes de apoyo en la familia, la escuela y la comunidad como estrategias clave para la prevención del riesgo suicida y la NSSI en adolescentes (9,18). En este sentido, los programas de intervención deberían centrarse en capacitar a familias y docentes para identificar señales de alerta temprana y brindar un entorno seguro y empático donde los adolescentes puedan expresar sus emociones sin temor a ser estigmatizados (14).

Asimismo, los hallazgos tienen implicaciones para la formulación de políticas públicas en salud mental, dado que las diferencias entre los países estudiados sugieren que ciertos factores socioculturales pueden estar exacerbando o moderando el riesgo suicida y la NSSI. Específicamente, se recomienda que los sistemas educativos y de salud en América Latina integren programas de educación emocional y prevención del suicidio dentro del currículo escolar, priorizando estrategias de fomento del apoyo social y promoción del bienestar psicológico en los adolescentes (21,22).

Desde una perspectiva clínica, estos resultados resaltan la necesidad de que los servicios de salud mental en la región incorporen enfoques comunitarios e interdisciplinarios en

el tratamiento de adolescentes en riesgo. El hecho que los niveles más altos de apoyo social en Chile no hayan sido suficientes para reducir la prevalencia del riesgo suicida y la NSSI sugiere que los profesionales de salud deben considerar factores adicionales en sus intervenciones, tales como el estrés académico, la exposición a la violencia y la presencia de trastornos emocionales no diagnosticados (6,7). Esto implica que las estrategias de prevención deben ir más allá del refuerzo del apoyo social, incorporando también herramientas para el desarrollo de habilidades de regulación emocional y acceso a intervenciones terapéuticas oportunas.

En conclusión, los resultados del presente estudio aportan evidencia empírica sobre la relevancia del apoyo social en la salud mental de los adolescentes latinoamericanos, pero también advierten sobre la necesidad de enfoques más integrales en la prevención del suicidio y la NSSI. La integración de estos hallazgos en el desarrollo de programas de intervención, formación docente y políticas de salud pública podría mejorar significativamente la capacidad de respuesta de los sistemas educativos y sanitarios en la región, contribuyendo a la reducción de estas problemáticas en la población adolescente.

REFERENCIAS

1. Larsen B, Luna B. Adolescence as a neurobiological critical period for the development of higher-order cognition. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018;94:179.
2. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *Can J Psychiatry.* 2014;59(11):565-568.
3. Iwata BA, Zarcone JB, Vollmer TR, Smith RG. Assessment and Treatment of Self-Injurious Behavior. *Behav Issues Autism.* 1994:131-159.
4. Spaan P, Michielsen PJS, de Neve-Enthoven NGM, Bouter DC, Mil NHG, Hoogendijk WJG, et al. Dual-harm in adolescence and associated clinical and parenting factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022;57(8):1615.
5. Richmond-Rakerd LS, Caspi A, Arseneault L, Baldwin JR, Danese A, Houts RM, et al. Adolescents who self-harm and commit violent crime: Testing early-life predictors of dual harm in a longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry.* 2019;176(3):186-195.

6. Steeg S, Webb RT, Mok PLH, Pedersen CB, Antonsen S, Kapur N, et al. Risk of dying unnaturally among people aged 15–35 years who have harmed themselves and inflicted violence on others: A national nested case-control study. *Lancet Public Heal.* 2019;4(5):e220–8.
7. Tamayo O, Pérez V, Acosta E, Molina I, E A. Caracterización del suicidio y su incidencia en la provincia de Tungurahua: estudio descriptivo y análisis estadístico. *Rev Científica UISRAEL.* 2022;9(1):81–99.
8. Liu RT, Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(3):181–192.
9. Pan B, Gong Y, Guo M, Wang X, Lu H, Lin Z, et al. Negative Affect and Impulsivity in Adolescents with Non-Suicidal Self-Injury: The Moderating and Mediating Roles of Perceived Social Support. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2025;21:1–13.
10. Orcasita Pineda L, Uribe Rodríguez A. La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia.* 2010;4(2):69–82.
11. Mendez I, Sintés A, Pascual JC, Puntí J, Lara A, Briones-Buixassa L, et al. Borderline personality traits mediate the relationship between low perceived social support and non-suicidal self-injury in a clinical sample of adolescents. *J Affect Disord.* 2022;302:204–213.
12. King CA, Merchant CR. Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. *Arch Suicide Res.* 2008;12(3):181.
13. Kellerman JK, Millner AJ, Joyce VW, Nash CC, Buonopane R, Nock MK, et al. Social Support and Nonsuicidal Self-injury among Adolescent Psychiatric Inpatients. *Res child Adolesc Psychopathol.* 2022;50(10):1351.
14. Wan Y, Chen R, Ma S, McFeeters D, Sun Y, Hao J, et al. Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents. *Br J Psychiatry.* 2019;214(3):146–152.
15. Manna G, Falgares G, Costanzo G, La Sala MC, Lamis DA, Musso P. Cumulative childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: The mediating and moderating role of perceived social support in a sample of university students. *J Fam Violence.* 2022;37(4):657–669.
16. Côté S, Zoccolillo Predicting girls' conduct disorder in adolescence from childhood trajectories of disruptive behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(6):678–684.
17. Madjar N, Daka D, Zalsman G, Shoval G. Depression symptoms as a mediator between social support, non-suicidal self-injury, and suicidal ideation among Arab adolescents in Israel. *Sch Psychol Int.* 2021;42(4):358–378.
18. Zhou Q, Liang Y, Gao Y, Liu X. Social support and non-suicidal self-injury in adolescents: The differential influences of family, friends, and teachers. *J Youth Adolesc.* 2025; 54:414–425.
19. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *J Adolesc Health.* 2015;56(3):286–292.
20. Liu S, Lin MP, Lee YT, Wu JYW, Hu WH, You J. Internet addiction and nonsuicidal self-injury in adolescence: Associations with offline and online social support. *J Clin Psychol.* 2022;78(5):971–982.
21. Ma Y, Li Y, Xie X, Zhang Y, Ammerman BA, Lewis SP, et al. The role of depressive symptoms and social support in the association of internet addiction with non-suicidal self-injury among adolescents: A cohort study in China. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):322.
22. Lan Z, Pau K, Md Yusof H, Huang X. The effect of emotion regulation on non-suicidal self-injury among adolescents: The mediating roles of sleep, exercise, and social support. *Psychol Res Behav Manag.* 2022;15:1451.
23. Wolff, Frazier EA, Esposito-Smythers C, Burke T, Sloan E, Spirito A. Cognitive and social factors associated with nssi and suicide attempts in psychiatrically hospitalized adolescents. *J Abnorm Child Psychol.* 2013;41(6):1005.
24. Wolff, Frazier EA, Esposito-Smythers C, Becker SJ, Burke TA, Cataldo A, et al. Negative cognitive style and perceived social support mediate the relationship between aggression and NSSI in hospitalized adolescents. *J Adolesc.* 2014;37(4):483–491.
25. Trejos-Herrera AM, Bahamón MJ, Alarcón-Vásquez Y, Vélez JJ, Vinaccia S. Validity and reliability of the multidimensional scale of perceived social support in Colombian adolescents. *Psychosoc Interv.* 2018;27(1):56–63.
26. Suárez-Colorado Y, Palacio-Sañudo J, Caballero-Domínguez CC, Pineda-Roa CA, Suárez-Colorado Y, Palacio-Sañudo J, et al. Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. *Rev Latinoam Psicol.* 2019;51(3):145–152.
27. Washburn JJ, Juzwin KR, Styer DM, Aldridge D. Measuring the urge to self-injure: preliminary data from a clinical sample. *Psychiatry Res.* 2010;178(3):540–544.
28. Bahamón MJ, Javela JJ, Bonilla-Cruz NJ, Rivera D, Vinaccia S, Forgiony-Santos J. Psychometric properties of the Alexian Brother Urge to Self-Injure (ABUSI) Spanish version for adolescents. *Heliyon.* 2023;9(6).