EDITORIAL NAVEGANTE

ESTILOS DE VIDA Y SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA

FUNDAMENTOS TEÓRICOS, EVIDENCIA EMPÍRICA E INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA

Marlene Daisy Gora Atencio
César Iván Rojas Jara
Yuly Selmira Hilario Pizarro
Miguel Alejandro Hilario Sanchez
Giovanna Bethzabe Enriquez Gonzales



Marlene Daisy Gora Atencio
Correo: mgora@undac.edu.pe
Perfil: Docente universitario a dedicación exclusiva de la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, UNDAC.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2552-1537
Afiliación: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

César Iván Rojas Jara
Correo: crojas@undac.edu.pe
Perfil: Docente universitario a dedicación exclusiva de la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, UNDAC.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9745-8303
Afiliación: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

Yuly Selmira Hilario Pizarro
Correo: crojas@undac.edu.pe
Perfil: Docente universitario a dedicación exclusiva de la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, UNDAC.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3060-2403
Afiliación: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

Miguel Alejandro Hilario Sanchez
Correo: mhilario@undac.edu.pe
Perfil: Docente universitario a dedicación exclusiva de la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, UNDAC.
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7585-9547
Afiliación: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

Giovanna Bethzabe Enriquez Gonzales
Correo: genriquezgo@undac.edu.pe
Perfil: Docente universitario a dedicación exclusiva de la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, UNDAC.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9555-4692
Afiliación: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

ESTILOS DE VIDA Y SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA

FUNDAMENTOS TEÓRICOS, EVIDENCIA EMPÍRICA E INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA

Marlene Daisy Gora Atencio

César Iván Rojas Jara

Yuly Selmira Hilario Pizarro

Miguel Alejandro Hilario Sanchez

Giovanna Bethzabe Enriquez Gonzales

EDITORIAL
NAVEGANTE

Todas nuestras publicaciones son sometidas a revisión doble-ciego de pares académicos (*Peer Review Double Blinded*).

Esta publicación cuenta con licencia Creative Commons Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 3.0 Unported License.



ISBN: 978-628-7952-00-3

© Marlene Daisy Gora Atencio
© César Iván Rojas Jara
© Yuly Selmira Hilario Pizarro
© Miguel Alejandro Hilario Sanchez
© Giovanna Bethzabe Enriquez Gonzales

2026
DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.22647242
© Editorial Navegante
www.editorialnavegante.com

Queda prohibida la reproducción bajo cualquier modalidad de toda o una parte de esta obra sin autorización expresa del titular de los derechos.

Diseño y diagramación: Freddy Raúl Calienes Quelopana
Edición electrónica: Editorial Navegante

Editado en Colombia/ *Published in Colombia*

ESTILOS DE VIDA Y SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA

FUNDAMENTOS TEÓRICOS, EVIDENCIA EMPÍRICA E INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA

Marlene Daisy Gora Atencio

César Iván Rojas Jara

Yuly Selmira Hilario Pizarro

Miguel Alejandro Hilario Sanchez

Giovanna Bethzabe Enriquez Gonzales

EDITORIAL
NAVEGANTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 8

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL Y DESARROLLO ADOLESCENTE 10

1.1 Desarrollo neuropsicosocial en la adolescencia 11

1.2 El Modelo de Promoción de la Salud (Nola Pender) 16

1.3 Trastornos de salud mental en la etapa escolar 20

1.4 Métodos e instrumentos de evaluación 22

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO, EVIDENCIA EMPÍRICA Y ANÁLISIS DE CORRELACIÓN 27

2.1 Diagnóstico integral de los estilos de vida 27

2.2 Perfil de salud mental y sintomatología clínica 31

2.2 Análisis de correlación estadística 34

2.3 Factores determinantes y contexto sociocultural 37

CAPÍTULO III

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y GUÍA PRÁCTICA 41

3.1 Programas de intervención multicomponente en la escuela 42

2.3 Técnicas de afrontamiento y regulación emocional 47

2.4 Guía de orientación para familias, docentes y tutores 51

2.5 Lineamientos para la gestión en salud pública y comunitaria 56

CAPÍTULO IV

ESTILOS DE VIDA RELACIONADO A TRASTORNOS
DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES PERUANOS 61

4.1 Introducción 61

4.2 Aspectos metodológicos 63

4.3 Hallazgos 66

4.4 Discusión 73

4.5 Conclusiones y recomendaciones 79

RECOMENDACIONES FINALES 82

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 84

INTRODUCCIÓN

La adolescencia se transfigura en una marejada silenciosa donde la identidad se moldea entre las transformaciones del cerebro, los abismos emocionales y las urgencias de un entorno que exige respuestas antes de tiempo. En este escenario, los comportamientos y dinámicas cotidianas dejan de ser simples conductas aisladas para consolidarse como determinantes estructuras de la salud mental y la maduración afectiva, cuya compresión respecto al equilibrio psicológico exige transcender la observación empírica hacia una mirada fundada en la evidencia. Dicho abordaje requiere examinar las bases teóricas del desarrollo, los modelos conceptuales de promoción de la salud y la precisión diagnóstica que proporcionan las herramientas de evaluación estandarizadas para identificar oportunamente las manifestaciones sintomáticas en la etapa escolar.

Igualmente, la investigación contemporánea demuestra que el bienestar psicológico en la juventud depende en gran medida de la interacción entre los factores de riesgo y el contexto sociocultural; el análisis cuantitativo y la correlación estadística entre los estilos de vida y los trastornos de salud mental permiten descifrar la prevalencia e intensidad de los síntomas clínicos en entornos reales, lo que al enfocarlo en realidades concretas genera una radiografía indispensable sobre los determinantes que perpetúan la vulnerabilidad. Así, es la medición precisa de tales variables la que trasciende la formulación teórica, proveyendo la evidencia empírica necesaria para sostener la toma de decisiones clínicas y educativas con un respaldo científico contrastable y contextualizado.

Frente a este diagnóstico, resulta prioritario articular soluciones integrales que conecten la investigación con la efectividad de la práctica socioeducativa y la gestión sanitaria, a partir del cual se pueda trazar un mapa claro para abordar la vulnerabilidad juvenil, al mismo tiempo que, se invita a asumir el desafío de traducir la evidencia en acciones concretas, garantizando entornos de desarrollo más seguros y saludables.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL Y DESARROLLO ADOLESCENTE

Dentro del ciclo vital humano, la adolescencia se presenta como un tramo de particular densidad biológica, y no como un simple puente entre la niñez y la adultez, por tratarse de una etapa con lógica propia, en la que confluyen procesos de maduración cerebral, reorganización identitaria y renegación de los vínculos familiares y comunitarios. Ello se manifiesta en la propia arquitectura cerebral, pues la corteza prefrontal continúa en proceso de desarrollo que no se completará sino hasta los primeros años de la adultez temprana, mientras que el circuito mesolímbico, vinculado a la motivación y a la búsqueda de recompensas, se ve alterado por los cambios hormonales de la propia pubertad, lo que configura un desfase entre el sistema cognitivo aun inmaduro y un sistema motivación ya activado, según comenta Olivia (2007).

Razón por la que, su compresión exige un abordaje interdisciplinario que articule los aportes de la neurociencia del desarrollo, la psicología evolutiva, la enfermería en promoción de la salud y la psiquiatría infanto-juvenil, disciplinas que, cada una desde su propio vértice, permiten

reconstruir un cuadro integral de lo que significa crecer y formarse durante la segunda década de la vida, es decir, solo desde la convergencia disciplinaria es posible superar lecturas parciales o reduccionistas de la adolescencia, hasta el punto de reconocer como una etapa con lógica y exigencias individualizadas, cuyo entendimiento condiciona la eficacia de cualquier intervención educativa, sanitaria o socioeducativa dirigida a esta población.

1.1 Desarrollo neuropsicosocial en la adolescencia

En primer término, la Organización Mundial de la Salud delimita la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 19 años de edad, entendido como el tramo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, caracterizado por un ritmo de cambios constantes; sin embargo, la delimitación cronológica expuesta resulta insuficiente para captar la complejidad del fenómeno si no se acompaña de una lectura procesual. La literatura especializada distingue habitualmente tres subetapas:

1) La adolescencia temprana o inicial, entre los 10 y los 13-14 años, marcada por el inicio de los cambios puberales;
2) Lla adolescencia media, entre los 14 y los 17 años, en la que se consolidan las transformaciones psicológicas y sociales, incluida la emergencia del pensamiento abstracto y;
3) La adolescencia tardía, entre los 17 y los 21 años, en la que se completa la maduración física y el sujeto comienza a asumir responsabilidades propias de la vida adulta.

La fragmentación en subetapas responde a una necesidad clínica y educativa, pues los procesos de maduración neurológica, la consolidación de la identidad y la naturaleza de los vínculos con pares y adultos difieren sustancialmente entre un adolescente de 12 años y uno de 18 años. Por lo tanto, un abordaje socioeducativo que trate a la adolescencia como un

bloqueo homogéneo corre el riesgo de aplicar estrategias de intervención poco pertinentes al momento evolutivo específico del estudiante.

El ingreso a la adolescencia se anuncia, en el plano orgánico, con la pubertad, es decir, con el conjunto de transformaciones bioquímicas, fisiológicas y corporales desencadenadas por la activación del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que se traduce en la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la aceleración del crecimiento de estatura y peso, y una reorganización completa del esquema corporal (Konrad et al., 2013). Dicho reacomodo somático no es un fenómeno menor; la investigación en psicología del desarrollo ha documentado de manera consistente que la vivencia de "normalidad" o "anormalidad" del propio crecimiento —el sentirse adelantado o retrasado respecto al grupo de pares— genera ansiedades específicas que inciden de forma directa en la autoestima y en la construcción de la imagen corporal, elementos que, a su vez, funcionan como factores de vulnerabilidad o de protección frente a los trastornos de la conducta alimentaria y a los cuadros de ansiedad social.

Junto a la pubertad, la evidencia neurocientífica acumulada durante las últimas dos décadas ha desplazado el eje explicativo del comportamiento adolescente desde una lectura hormonal hacia una compresión centrada en la maduración diferencial del cerebro. Las investigaciones de neuroimagen muestran que, durante la adolescencia, el cerebro continúa desarrollándose y remodelándose de manera activa, un hallazgo que permite explicar buena parte de los cambios comportamentales y psicosociales característicos de esta etapa (Konrad et al., 2013).

Aquí el dato más relevante desde el punto de vista clínico y educativo es la asincronía madurativa entre distintas regiones cerebrales: el sistema límbico, encargado del procesamiento emocional y de la búsqueda de recompensa, alcanza su desarrollo funcional temprano, mientras que la corteza prefrontal, responsable de la planificación, la inhibición de impulsos, la anticipación de consecuencias y la regulación emocional, completa su proceso de mielinización y poda sináptica recién hacia la

tercera década de vida, siendo dicha brecha temporal entre un sistema motivacional-emocional ya activo y un sistema regulador aun inmaduro, lo que desde la perspectiva de la neuropsicología constituye la explicación más sólida de fenómenos característicos de esta etapa como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones o la propensión a conductas de riesgo.

La lectura neuromadurativa tiene implicaciones prácticas de primer orden para la intervención socioeducativa, pues si la capacidad de autorregulación emocional se encuentra todavía en construcción, no resulta razonable esperar del adolescente escolarizado un nivel de control conductual equiparable al de un adulto, ni interpretar automáticamente su impulsividad como un déficit moral o disciplinario. Por el contrario, los programas de promoción de salud mental en el ámbito escolar que han mostrado mayor eficacia son aquellos que incorporan el entrenamiento explícito de funciones ejecutivas y de estrategias de regulación emocional, porque justo acompañan la ventana biológica de mayor plasticidad y vulnerabilidad del cerebro adolescente.

En el plano psicosocial, la adolescencia ha sido descrita como la etapa de "identidad frente a confusión de roles", en los términos formulados por Erik Erikson (1968) dentro de su teoría del desarrollo psicosocial, planteamiento bajo el cual el adolescente enfrenta la tarea de integrar sus experiencias pasadas con sus aspiraciones futuras, de modo que logre construir una imagen coherente de sí mismo; el éxito en esta tarea le permite fijar metas, tomar decisiones con relativa autonomía y establecer relaciones íntimas estables, mientras que su fracaso deriva en una difusión identitaria que dificulta la orientación vital.

James Marcia (1980) amplió tiempo después dicho modelo proponiendo 4 estados de identidad —logro, moratoria, exclusión y difusión— derivados del cruce entre la exploración activa de alternativas vitales y el grado de compromiso asumido con ellas, siendo una tipología que continúa presentándose como un referente obligado para comprender por qué algunos adolescentes atraviesan la etapa con relativa estabilidad emocional

mientras otros experimentan crisis identitarias prolongadas que los exponen a mayor sufrimiento psíquico.

Por su parte, Bustamante et al., (2023) manifiestan que la producción científica sobre desarrollo psicológico adolescente identifica un conjunto de tareas evolutivas convergentes:

1) La conquista progresiva de la independencia respecto de las figuras parentales;
2) La toma de conciencia y aceptación de la propia imagen corporal;
3) El establecimiento de vínculos afectivos y de pareja con los pares y;
4) La definición de un proyecto vocacional propio.

Los mismos autores advierten que el período de cambios bruscos expone al adolescente a múltiples factores de riesgo que pueden derivar en dificultades para convivir consigo mismo y con su entorno social cuando estas tareas no logran resolverse de manera adaptativa.

Por ende, el desarrollo psicosocial adolescente no ocurre en el vacío, sino que se despliega dentro de una trama de relaciones significativas cuyo peso relativo se transforma de forma sustancial respecto a la niñez, donde los padres, los docentes y otros adultos significativos conservan un rol crucial en la medida en que pueden ayudar al adolescente a gestionar la presión del grupo de iguales mediante una comunicación abierta y una supervisión respetuosa de su creciente autonomía.

La lectura conjunta de los procesos biológicos y psicosociales descritos permite concluir, desde el diseño de intervenciones socioeducativas, que la adolescencia constituye, por definición estructural y no por accidente, una ventaja de mayor vulnerabilidad psíquica. La inmadurez relativa de los circuitos de autorregulación emocional coincide, con el tiempo, con la exigencia de resolver tareas identitarias de enorme complejidad —autonomía respecto de la familia, construcción de una imagen corporal

aceptada, integración en el grupo de pares, definición vocacional— en un contexto social, escolar y, cada vez más, digital, que multiplica los estímulos y las fuentes de comparación social. Como advierte la literatura pediátrica, los adolescentes constituyen un subgrupo poblacional prioritario desde la perspectiva de salud pública, no solo por su número, sino porque continúan expuestos a riesgos como accidentes, violencia, consumo de sustancias, conductas sexuales de riesgo y trastornos mentales, siendo la mayoría de estas situaciones prevenibles mediante una intervención oportuna.

Incluso, según la teoría de Piaget y Inhelder (1955), el sujeto ingresa hacia los 11-12 años en el estadio de las operaciones formales, el último de los cuatro grandes períodos que estructuran el desarrollo intelectual humano y que se prolonga, en principio, durante el resto de la vida adulta. Este estadio se caracteriza por la emergencia del razonamiento hipotético-deductivo: el adolescente deja de estar circunscrito a la manipulación de objetos y situaciones concretas y adquiere la capacidad de operar sobre proposiciones abstractas, de formular hipótesis explicativas y de someterlas a verificación sistemática, procediendo de manera análoga como lo haría un científico ante un problema experimental.

Junto al razonamiento hipotético-deductivo emerge también la metacognición, entendida como la capacidad de pensar sobre el propio pensamiento y de monitorear los propios procesos cognitivos, habilidad que resulta indispensable para la planificación académica autónoma que la escuela secundaria exige progresivamente del estudiante. Investigaciones posteriores han matizado de manera significativa el carácter universal que Piaget atribuyó a dicho estadio, donde se ha demostrado que una proporción considerable de la población adolescente y adulta general no llega a desplegar el pensamiento operacional en todos los dominios de contenido, sino que su manifestación depende en gran medida de la estimulación cognitiva y educativa recibida.

Por lo tanto, la integración de las 3 dimensiones mencionadas permite sostener que la adolescencia es mucho más que un tránsito cronológico; es la reorganización estructural del sujeto en múltiples niveles simultáneos, siendo la convergencia entre inmadurez neurorreguladora, tareas identitarias exigentes y una nueva arquitectura cognitiva que introduce el pensamiento abstracto y el egocentrismo característico de modelos de promoción de la salud diseños específicamente para la etapa escolar y adolescente. No basta con proveer información sobre estilos de vida saludables ni con instalar servicios de salud mental de acceso tardío, se requiere de un marco que explique cómo se forman las conductas del cuidado de la salud en un sujeto cuya arquitectura cerebral, identidad y aparato cognitivo se encuentran en pleno proceso de construcción.

1.2 El Modelo de Promoción de la Salud (Nola Pender)

Frente a los modelos clásicos de prevención de enfermedad, centrados en el miedo o la amenaza como motor de la conducta sanitaria, la enfermera y teórica Nola J. Pender formuló, a partir de la década de 1980, un marco explicativo orientado a promover activamente el bienestar, en vez no evitar la enfermedad, toda vez que, concibió la promoción de la salud como una expresión positiva del potencial humano, entendiendo el desarrollo pleno como la finalidad última hacia la cual se orientan las conductas saludables, y situando a la persona —y no solo a su patología— en el centro de la intervención de enfermería.

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) se sostiene sobre dos pilares identificables con claridad:

- La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, de la cual Pender retoma el concepto de autoeficacia percibida como determinante central de la conducta, vale decir, la convicción que tiene una persona respecto de su propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias para alcanzar un resultado deseado;

- El modelo de valoración de expectativas de la motivación humana formulado por Feather, del cual el MPS incorpora la idea de que la conducta es fundamentalmente racional y que el componente motivacional decisivo para alcanzar una menta es la intencionalidad, pues cuando existe una intención clara, concreta y definida, aumenta de forma significativa la probabilidad de que el sujeto ejecute la conducta orientada a esa meta (Aristizábal Hoyos et al., 2011).

Es preciso señalar la diferencia de fondo entre el MPS y el Modelo de Creencias en Salud propuesto por Becker en 1974, con el cual comparte elementos estructurales. Mientras que este último explica la conducta preventiva a partir de la percepción de amenaza —la persona actúa porque teme a enfermar—, el MPS excluye deliberadamente el miedo como fuente de motivación, ampliando su alcance para abarcar conductas de fomento activo de la salud a lo largo de todo el ciclo vital, y no solo respuestas defensivas frente a una amenaza específica. En el trabajo con población adolescente, un enfoque centrado en el miedo —por ejemplo, el que apela a las consecuencias catastróficas del consumo de sustancias o de la conducta sexual no protegida— suele mostrar una eficacia limitada y efectos de rebote, mientras que un enfoque centrado en la promoción de competencias y en el fortalecimiento de la autoeficacia tiende a producir cambios más sostenibles en el tiempo.

Los autores en comento manifiestan que el MPS revisado en su versión de 2006, organiza las variables explicativas de la conducta de la salud en tres grandes bloques secuenciales, dispuestos como columnas dentro del diagrama original de Pender: en primer lugar, las características y experiencias individuales; en segundo lugar, las cogniciones y afectos específicos de la conducta; y en tercer lugar, el resultado conductual propiamente dicho (Aristizábal Hoyos et al., 2011).

- Las características y experiencias individuales agrupan factores biológicos, psicológicos y socioculturales previos —edad, sexo, masa corporal, nivel educativo, situación socioeconómica, entre otros— junto

con la conducta previa relacionada, entendida como el mejor predictor aislado de la conducta futura, tanto por su efecto directo como por el hábito que genera y por los sentimientos de eficacia o ineficacia que deja instalados en el sujeto.

- Las cogniciones y afectos específicos de la conducta es el núcleo motivacional del modelo y el que reviste mayor interés para el diseño de intervenciones, en la medida en que se trata de variables modificables mediante estrategias educativas. Incluye los beneficios percibidos de la acción, los obstáculos o barreras percibidas para llevarla a cabo, la autoeficacia percibida —esto es, el juicio de la propia capacidad para ejecutar la conducta—, el afecto relacionado con la actividad, que comprende tres componentes: la excitación emocional asociada al acto en sí, la que se relaciona con la actuación propia del sujeto, y la vinculada al entorno en el cual la acción tiene lugar; las influencias interpersonales, provenientes de la familia, los pares y los profesionales de la salud; y las influencias situaciones, referidas a las percepciones y cogniciones sobre cualquier situación o contexto que pueda facilitar o inhibir la conducta.
- El resultado conductual integra el compromiso con un plan de acción, las demandas y preferencias contrapuestas de carácter inmediato —que compiten por la atención y los recursos del sujeto en el momento mismo de decidir— y finalmente, la conducta de promoción de salud en sí misma, entendida como el punto de llegada del proceso motivacional descrito.

En vista de ello, al aplicar el MPS a la población adolescente y escolar se supera una limitación frecuente de los programas de educación para la salud dirigidos a este grupo etario, referido a la sobrevaloración de la mera transmisión de información; informar a un adolescente sobre los riesgos del sedentarismo, del consumo de sustancias o del descuido de su salud mental resulta insuficiente si no se trabaja al mismo tiempo su percepción de autoeficacia, sobre los beneficios que él mismo percibe como relevantes

y sobre las barreras de orden social o económico que dificultan la adopción de la conducta saludable.

Desde la perspectiva de la salud mental adolescente, el MPS aporta un marco útil para explicar por qué muchos estudiantes, pese a disponer de información sobre la importancia del autocuidado emocional, no acuden a solicitar ayuda cuando atraviesan un cuatro de ansiedad o de ánimo depresivo. Así pues, la barrera percibida —el estigma asociado a la ayuda psicológica, el temor al juicio del grupo de pares, la desconfianza en la confidencialidad del proceso— puede resultar más determinante que el conocimiento objetivo sobre la existencia y utilidad de los servicios de salud mental disponible y, de igual modo, la autoeficacia percibida para regular las propias emociones o solicitar apoyo es, según el modelo, un predictor más robusto de la conducta de cuidado que la sola disponibilidad de información. Estas consideraciones justifican que las estrategias de intervención socioeducativa incorporen de manera explícita el fortalecimiento de la autoeficacia y la reducción de barreras percibidas, y no solo campañas informativas de corte tradicional.

No obstante, como toda teoría de tango medio, el MPS no está exento de límites; su origen dentro de la tradición cognitivo-emocional norteamericana ha llevado a algunos autores a advertir sobre el riesgo de una lectura excesivamente individualista de la conducta de salud, que podría subestimar el peso de los determinantes estructurales —pobreza, desigualdad de acceso a servicios, violencia estructural— sobre la capacidad real de un adolescente para "elegir" comportamientos saludables, más allá de su nivel de autoeficacia percibida. Aristizábal et al., (2011) concluyen que buena parte de los estudios utiliza el MPS de manera parcial, concentrándose en algunas de sus variables cognitivo-perceptuales sin abordar el modelo de su integridad, lo cual limita la capacidad explicativa puesta a prueba en la práctica investigativa.

Pese a estas limitaciones, el MPS conserva un valor heurístico considerable para el trabajo con adolescentes escolarizados, en la medida en que permite

distinguir con claridad los factores que anteceden a la conducta saludable, los procesos cognitivo-afectivos que la median y el resultado conductual final, ofreciendo así un mapa conceptual sobre el cual pueden anclarse tanto los instrumentos de evaluación y las estrategias de intervención respectivas.

1.3 Trastornos de salud mental en la etapa escolar

La comprensión del desarrollo neuropsicosocial adolescente y del modelo de promoción de la salud que se han expuestos en los apartados precedentes adquiere pleno sentido práctico cuando se contrasta con la magnitud real del problema de salud mental en la población escolar. Según las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud, uno de cada siete adolescentes de entre 10 y 19 años de edad presenta un trastorno mental diagnosticable, lo que equivale al 15% de la carga mundial de enfermedad en este grupo etario (OMS, 2024).

Respecto a los trastornos específico, la OMS estima que el 4% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 5,3% lo jóvenes de 15 a 19 años experimentan un trastorno de ansiedad, siendo el cuadro más prevalente en el grupo etario y más frecuente entre los adolescentes de mayor edad; la depresión, por su parte, se presenta en el 1,3% de los adolescentes de 10 a 14 años y en el 3,4 % de quienes tienen entre 15 y 19 años. Ambos cuadros comparten manifestaciones sintomáticas —entre ellas, los cambios súbitos e inesperados del estado de ánimo— y pueden afectar de manera profunda tanto la asistencia como el rendimiento académico, favoreciendo además el aislamiento social, que a su vez retroalimenta el cuadro depresivo y, en los casos más severos, incrementa el riesgo de conducta suicida.

La tendencia temporal de estos indicadores resulta preocupante; el metaanálisis de Shorey y Wong (2021) documenta que la prevalencia de síntomas depresivos en población adolescente pasó de un 24 % en el período de 2001-2010 a u 37% en el período 2011-2020, lo cual sugiere un incremento sostenido con independencia del efecto específico atribuible a

la pandemia de COVID-19, estimándose que un 34 % de los adolescentes en todo el mundo se encuentra en riesgo de desarrollar un cuadro de depresión clínica. El impacto particular de la pandemia sobre estos indicadores ha sido documentado en un incremento de entre el 25 % y el 27,6 % en la prevalencia mundial de depresión durante su primer año, mientras que su metaanálisis independiente concluyó que las tasas de ansiedad y depresión en adolescentes llegaron a duplicar las estimaciones prepandemia (Racine et al., 2021).

El informe Estado Mundial de la Infancia (2021) aporta una estimación convergente al señalar que el 13% de los adolescentes de entre 10 y 19 años padece de un trastorno mental diagnosticado, y que, en un estudio realizado en 21 países, alrededor de cada 1 de 5 jóvenes de entre 15 y 24 años declaró sentirse deprimido con frecuencia o experimentar escaso interés por proyectar planes a futuro.

El mismo informe subraya que la capacidad social para hablar abiertamente de salud mental constituye en sí misma una barrera que dificulta que niños y adolescentes expresen su malestar emocional, retroalimentando el subregistro y la falta de atención oportuna (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2021).

Por su parte, los trastornos de ansiedad, ya señalados como el grupo diagnóstico más frecuente en la etapa escolar, se caracterizan por la presencia de miedo y preocupación excesivos y de difícil control, acompañados te tensión física y síntomas cognitivos y conductuales que interfieren con las actividades cotidianas y pueden prolongarse en el tiempo si no reciben tratamiento oportuno, afectando la vida familiar, social y académica del estudiante (OMS, 2024). Dentro de este grupo, el ámbito escolar suele identificar con mayor facilidad el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social, cuadros que con frecuencia se manifiestan como quejas somáticas antes que, como malestar emocional explícito, lo cual dificulta su reconocimiento temprano por parte de docentes y familias.

Los trastornos depresivos en cambio, suelen presentar en la etapa escolar una fenomenología distinta de la presentación clásica adulta, expresándose con frecuencia como irritabilidad persistente, retraimiento social, disminución del rendimiento académico y queja somáticas persistentes, antes que como un ánimo triste explícito, lo que puede inducir a error diagnóstico si el docente o el profesional de salud no cuenta con formación específica para el reconocimiento de la sintomatología depresiva enmascarada. A ello se le suman los trastornos de conducta, caracterizados por patrones repetitivos y persistentes de comportamiento que vulneran los derechos de terceros o las normas sociales propias de la edad, el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, los trastornos de la conducta alimentaria, las conductas autolesivas y el riesgo suicida, y un porcentaje menor, pero clínicamente relevante, los trastornos psicóticos de inicio en la adolescencia.

Un rasgo que la literatura señala de manera reiterada es la elevada comorbilidad entre estos cuadros: es infrecuente que un adolescente presente un único trastorno de manera aislada, dado que la coexistencia entre síntomas ansiosos y depresivos resulta frecuente por compartir sustrato neurobiológico y manifestaciones clínicas superpuestas, mientras que los trastornos de conducta suelen presentarse asociados a dificultades de atención no resueltas en la niñez. En respuesta, los enfoques de mayor eficacia demostrada para la prevención incluyen la educación parental, los programas de ejercicio físico y los programas escolares orientados a fortalecer el aprendizaje socioemocional y a promover formas de afrontamiento positivo.

1.4 Métodos e instrumentos de evaluación

La detección temprana de dificultades emocionales y comportamentales en población infantojuvenil exige instrumentos que reúnan al menos tres condiciones:

1) Brevedad y facilidad de administración compatibles con el tiempo disponible en el contexto escolar;

2) Propiedades psicométricas adecuadas de fiabilidad y validez, verificadas en poblaciones equivalentes a la evaluada;

3) Posibilidad de recoger información desde distintas fuentes —el propio adolescente, la familia y el profesorado—, dado que la concordancia entre informantes dista de ser perfecta y cada perspectiva aporta información parcialmente complementaria sobre el funcionamiento del sujeto evaluado.

El instrumento de mayor difusión internacional para el presente propósito es el *Strengths and Difficulties Questionnaire,* conocido en español como Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), desarrollado por Goodman en 1997 como un instrumento brece de cribado para la evaluación de dificultades emocionales y comportamentales, así como de la conducta prosocial en niños y adolescentes (Goodman, 1997). Está compuesto de 25 ítems distribuidos en 5 subescalas de 5 ítems cada una —problemas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad-inatención, problemas con los compañeros y conducta prosocial—, empleando un formato de respuesta tipo Likert de 3 opciones que facilita su aplicación incluso en contextos de tamizaje masivo.

Entre las fortalezas que explican la extendida adoptación del SDQ en investigación y práctica clínica destacan su carácter multi-informante, al existir versiones equivalentes para ser respondidas por el propio adolescente, por los padres y por los docentes, su disponibilidad gratuita, la brevedad de su aplicación y corrección, y la inclusión de una escala de conducta prosocial que permite complementar la mirada centrada en el déficit con una valoración de los recursos del estudiante. El instrumento resulta aplicable a un rango etario amplio, de los 2 a los 19 años, lo que facilita el seguimiento longitudinal de una misma cohorte a lo largo de distintos niveles educativos, y su validación en muestras comunitarias de adolescentes de habla hispana ha aportado datos normativos y puntos de

corte específicos que permiten discriminar entre funcionamiento típico y la presencia de dificultades clínicamente significativas (Fonseca-Pedrero et al., 2011).

Un segundo sistema de evaluación utilizado en la investigación y la práctica clínica es el desarrollado por Achenbach, conocido como *Achenbach System of Empirically Based Assessment*, que integra 3 instrumentos complementarios: el *Child Behavior Checklist,* cuestionario dirigido a los padres o cuidadores para evaluar el comportamiento y las competencias de niños y adolescentes de 4 a 18 años; el *Youth Self Report*, versión de autoinforme diseñada para que el propio adolescente reporte su funcionamiento; y el *Teacher Report Form*, dirigido a los docentes (Achenbach, 1991).

Este sistema organiza la información recogida en 2 grandes dimensiones de segundo orden —problemas internalizantes, que agrupan la sintomatología ansiosa, depresiva y de retraimiento social, y problemas externalizantes, que agrupan la conducta disruptiva, agresiva y de incumplimiento normativo— además de 8 escalas de síndrome de primer orden derivadas empíricamente mediante análisis factorial, lo que le confiere una base taxonómica robusta y replicada en distintos países y culturas, tal como expone el autor mencionado.

Igualmente, una de las contribuciones metodológicas más relevantes de dicho sistema es su diseño multi-informante, que permite comparar de forma sistemática la perspectiva de padres, docentes y del propio adolescente sobre un mismo conjunto de comportamientos. Además, permite detectar de manera oportuna cualquier desviación respecto de las trayectorias esperables del desarrollo, identificando desde una perspectiva multidimensional tanto la presencia de dificultades como los recursos y competencias con que cuenta el estudiante evaluado (Romano et al., 2005), enfoque coherente con la orientación positiva que inspira también el Modelo de Promoción de la Salud de Pender anteriormente examinado.

Cuando el objetivo de la evaluación excede la función de cribado y se orienta hacia la profundización diagnóstica, la práctica clínica recurre a entrevistas estructuradas y semiestructuradas que permiten contrastar la información recogida mediante los cuestionarios dimensionales con criterios diagnósticos categoriales explícitos, así como a escalas focalizadas en una única dimensión sintomática cuando se requiere precisar la intensidad de un cuadro identificado. La decisión metodológica entre emplear el instrumento de espectro amplio o una escala focalizada depende, en definitiva, del objetivo del proceso de evaluación: mientras que los primeros resultan idóneos para programas de tamizaje poblacional aplicados a la totalidad de un grupo escolar, los segundos se reservan habitualmente para la profundización clínica de los casos ya identificados como de riesgo.

De tal modo, la aplicación de estos instrumentos a población que no ha alcanzado la mayoridad de edad dentro de instituciones educativas plantea exigencias éticas que exceden las consideraciones psicométricas. Resulta indispensable el consentimiento informado de los padres o tutores legales, junto con el asentimiento del propio adolescente formulado en un lenguaje comprensible para su nivel de desarrollo; debe garantizarse la confidencialidad de los resultados, restringiendo su acceso al personal estrictamente necesario para la toma de decisiones sobre el proceso de acompañamiento del estudiante; y la persona responsable de administrar e interpretar los instrumentos debe contar con la formación específica necesaria para hacerlo con rigor, dado que una interpretación superficial de los resultados puede conducir tanto a los falsos positivos que generan alarma innecesaria como falsos negativos que postergan una intervención oportuna.

Por ello, la literatura especializada insiste en que estos instrumentos deben integrarse siempre dentro de un protocolo institucional más amplio, que concluya la triangulación de fuentes de información, la supervisión de un profesional de salud mental y un circuito claro de derivación hacia los servicios disponibles en el territorio, y no ser administrados como acciones

asiladas y descontextualizadas del proyecto educativo institucional. El conjunto de instrumentos revisados proporciona la caja de herramientas metodológicas que permite trasladar al plano operativo los marcos conceptuales sobre el conocimiento del desarrollo neuropsicosocial adolescente, la compresión de los procesos motivaciones descritos por el MPS y la magnitud epidemiológica de los trastornos de salud mental en la etapa escolar.

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO, EVIDENCIA EMPÍRICA Y ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

Los estilos de vida y salud mental adolescente configuran un sistema interdependiente en el que los déficits en sueño, actividad física, alimentación y uso regulado de tecnologías digitales covarían de manera estadísticamente significativa con indicadores de deterioro psicológico, y en el que esta covariación se encuentra, a su vez, modulada por un conjunto amplio de determinantes familiares, socioeconómicos, de género, territoriales, institucionales y culturales. Esta compresión sistemática es la constituye el fundamento empírico sobre el cual se apoyan las propuestas de intervención socioeducativa orientadas a fortalecer los factores de protección, reduciendo la exposición acumulada a los factores de riesgo identificados.

2.1 Diagnóstico integral de los estilos de vida

El estilo de vida adolescente puede entenderse como una configuración relativamente estable de comportamientos cotidianos —alimentarios, motrices, de descanso y de relación con los entornos

digitales— que se instala de forma progresiva durante la segunda década de vida y que tiende a proyectarse, con variaciones, hacia la adultez. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) advierte que es en la adolescencia cuando se fijan buena parte de las pautas de comportamiento relacionadas con la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias psicoactivas y la actividad sexual, pautas que pueden proteger la salud presente y futura o, por el contrario, exponerla a riesgos acumulativos, siendo una observación que sitúa el diagnóstico de los estilos de vida como una operación con implicaciones directas sobre las trayectorias de salud de mediano y largo plazo.

Es pertinente detenerse en la magnitud poblacional del fenómeno que se describe, razón por la que, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que los riesgos para la salud de los casi mil trescientos millones de adolescentes de entre 10 y 19 años que existen se encuentran en constante transformación, lo que exige una inversión urgente y sostenida en el conocimiento de sus necesidades de salud mental, sexual y reproductiva (OMS, 2025). Esta magnitud demográfica convierte al diagnóstico de los estilos de vida adolescentes en un asunto de salud pública de primer orden, y no en un problema circunscrito a la esfera privada de cada familia o de cada joven en particular.

1) El primer componente que exige atención es el nivel de actividad física y el sedentarismo —su contracara— donde la evidencia en los últimos años converge en un diagnóstico preocupante vinculada al desplazamiento de buena parte del tiempo que dedicaban los adolescentes al juego motor y al deporte por parte de la creciente disponibilidad de tecnologías digitales de entretenimiento, generando una correlación directa entre el uso prolongado de pantallas y el incremento de la inactividad física, con consecuencias que se extienden desde el sobrepeso y los trastornos musculoesqueléticos hasta alteraciones del sueño y manifestaciones de ansiedad, según comenta Amagua Maldonado (2023).

Por lo tanto, el descenso de los niveles de actividad física regular en la población adolescente es un fenómeno de alcance global, el cual se acompaña de una reducción paralela en la adherencia a patrones dietéticos saludables, configurando lo que distintos autores describen como un círculo de reforzamiento entre inactividad, alimentación deficiente y deterioro del bienestar psicológico. Aquí conviene precisar que el sedentarismo no debe entender solo como la ausencia de deporte organizado, sino como un patrón de comportamiento en el que las horas de vigilia se distribuyen en su mayoría, entre actividades de bajo gasto energético, siendo un patrón que al sostenerse en el tiempo, condiciona la composición corporal, la capacidad cardiorrespiratoria y la capacidad de regulación emocional de los adolescentes, en la medida en que el ejercicio físico cumple funciones neurofisiológicas de descarga de tensión y de modulación del estado de ánimo que no son sustituibles por otras formas de ocio.

2) El segundo componente del diagnóstico integral corresponde a los patrones de sueño, un ámbito que la investigación ha situado en un lugar central dentro de la ecuación del bienestar adolescente, el cual opera como un nodo que se articula con la alimentación, la actividad física y el rendimiento cardiorrespiratorio. Desde un foco general, el estudio internacional *Health Behaviour in School-aged Children*, coordinado por la Organización Mundial de la Salud, documenta que alrededor de una cuarta parte de los adolescentes europeos y norteamericanos reporta dificultades vinculadas con el sueño, donde aquellos adolescentes que dormían un número insuficiente de horas presentaban valores significativamente más bajos en las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud (Jiménez-Boraita et al., 2022).

3) El tercer componente ineludible del diagnóstico es el patrón alimentario, toda vez que, la evidencia disponible señala una disminución sostenida de la adherencia a dietas de calidad nutricional, con un desplazamiento hacia productos ultraprocesados de alta densidad calórica y bajo valor nutricional, tendencia que ha vinculado tanto con el incremento

de la obesidad infantil y adolescente como con un deterioro del rendimiento cognitivo y del estado de ánimo. La dieta mediterránea, tomada como referente por su perfil antinflamatorio y su aporte de micronutrientes asociados a la síntesis de neurotransmisores, ha mostrado una asociación consistente en una mejor salud mental y un mejor desempeño cognitivo en población infantil y adolescente, mientras que su abandono progresivo se relaciona con mayores índices de obesidad y con dificultades en el rendimiento académico, según expresan Campos-Valenzuela et al., (2023).

4) El cuarto componente, de aparición más reciente en la literatura, pero de creciente peso empírico, es el uso de dispositivos digitales y redes sociales, pues la incorporación masiva del teléfono inteligente a la vida cotidiana de los adolescentes ha transformado radicalmente la manera en que estos organizan su tiempo libre, sus vínculos sociales, y por supuesto, sus horarios de descanso. La evidencia recogida indica que el uso de plataformas digitales antes de dormir se asocia con un retraso en la conciliación del sueño, con reducción de su duración total, en parte por la exposición a la luz de longitud de onda corta que interfiere con la secreción de melatonina, y en parte por la activación cognitiva y emocional que genera la interacción social mediada por pantallas (Arafa et al., 2024).

Entonces, la articulación entre estos cuatro componentes no debe entenderse como una simple coexistencia estadística, sino como un entramado funcional en el que cada elemento condiciona, facilita o dificulta el desempeño de los restantes dentro de la jornada cotidiana del adolescente, de ahí que, el valor diagnóstico de los mismos resida precisamente en la manera en que se articulan entre sí, conformando perfiles de riesgo que, guardan una estrecha relación con la sintomatología de orden psicológico.

2.2 Perfil de salud mental y sintomatología clínica

La definición de la salud mental como un proceso complejo que cada persona experimenta de manera singular, con grados variables de dificultad y angustia, y con resultados clínicos y sociales heterogéneos, parece sencilla; no obstante, encierra una decisión epistemológica de fondo: desplaza la mirada desde un modelo categorial de enfermedad —presencia o ausencia de diagnóstico— hacia un modelo dimensional y procesual, en el que la misma se concibe como un conjunto susceptible de fluctuación a largo del tiempo y de las circunstancias vitales.

Esta decisión conceptual encuentra su fundamento más solido en el modelo biopsicosocial formulado por Engel (1977), que hasta la fecha constituye el marco explicativo de mayor influencia para comprender la etiología y la expresión de los trastornos mentales. Frente al modelo biomédico clásico, que atribuye la enfermedad a una desviación identificable del funcionamiento biológico normal, Engel (1997) propuso entender la salud y la enfermedad como el resultado de la interacción simultanea entre factores biológicos, psicológicos y sociales, ninguno de los cuales resulta suficiente por sí solo para explicar la aparición, el curso o el desenlace de un cuadro clínico.

Aplicado a la sintomatología adolescente, el modelo permite comprender por qué manifestaciones aparentemente similares —un cuadro de ansiedad, por ejemplo— pueden obedecer a configuraciones causales distintas en cada caso individual, combinando de manera particular la vulnerabilidad neurobiológica propia de la pubertad, los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles y las condiciones del entorno familiar, escolar y comunitario en que el adolescente se desenvuelve.

Su pertinencia para el estudio de la salud mental ha sido reafirmada por investigaciones recientes que subrayan la necesidad de comprender los trastornos mentales como fenómenos de naturaleza compleja, resultantes de interacciones causales dentro y entre los planos biológico, psicológico

y social, y no como entidades reducibles a un único nivel explicativo. Así pues, la perspectiva integradora es determinante en la medida en que permite situar los estilos de vida examinados como componentes plenamente integrados en el plano biológico y conductual del propio modelo biopsicosocial, con capacidad de incidir sobre los otros dos planos que lo constituyen.

Aunado a ello, para poder caracterizar el perfil de salud mental adolescente, debe atenderse al aporte de la psicopatología del desarrollo, disciplina que estudia la aparición de los trastornos mentales en relación con las tareas evolutivas propias de cada etapa de la vida. Desde este enfoque, la adolescencia se define como un período de reorganización simultánea en el plano neurobiológico, cognitivo, emocional y social, caracterizado por una plasticidad cerebral elevada, por la maduración diferencial de los sistemas de recompensa y de control inhibitorio, y por la construcción activa de la identidad personal en la interacción con el grupo de pares, lo que explica que la adolescencia constituya una ventana de particular vulnerabilidad para la emergencia de sintomatología psicológica, sin que ello implique, en modo alguno, que dicha vulnerabilidad se traduzca en trastorno clínico.

Según el informe Estado Mundial de la Infancia (2021), la calidad de las relaciones familiares, la presencia de apoyo emocional sostenido y la exposición a conflictos intrafamiliares incide de manera directa sobre el bienestar emocional adolescente, lo que leído desde la teoría de sistemas familiares, confirma que el entorno relacional inmediato opera como uno de los subsistemas de plano social del modelo biopsicosocial, con capacidad de amplificar o de contener la vulnerabilidad individual descrita.

En este contexto, vale distinguir entre trastornos internalizantes y trastornos externalizantes (Babicka-Wirkus et al., 2023) categorización que agrupa las manifestaciones clínicas según se orienten predominantemente hacia el propio sujeto —malestar, afectivo, ansiedad, retraimiento— o hacia el entorno —conductas disruptivas, oposicionismo, consumo de

sustancias—, siendo una distinción que sin ser excluyente, ofrece un principio organizador coherente con el enfoque dimensional adaptado, pues permite clasificar la heterogeneidad sintomática propia de la adolescencia sin forzarla dentro de categorías diagnósticas rígidas, y sin perder de vista que ambos comparten, con frecuencia, mecanismos subyacentes comunes de desregulación emocional. Ahora bien, la sintomatología clínica más frecuente documentada en la población adolescente puede agruparse, siguiendo la literatura revisada, en cuatro grandes categorías:

- La que corresponde a los trastornos del estado de ánimo, con la depresión como expresión predominante, caracterizada por anhedonia, irritabilidad persistente, alteraciones del apetito y del sueño, y descenso del rendimiento académico.
- La que agrupa los trastornos de ansiedad, que en la adolescencia suelen manifestarse a través de preocupación excesiva, evitación de situaciones sociales o evaluativas, síntomas somáticos, y en los casos de mayor intensidad, crisis de pánico.
- La que incluye los trastornos de conducta alimentaria.
- Y la que corresponde a los comportamientos autolesivos y a la ideación suicida, fenómeno que la literatura especializada ha vinculado de manera reiterada con el uso intensivo de redes sociales, sobre todo cuando este uso se asocia con experiencias de acoso cibernético o con la exposición reiterada a contenidos de riesgo.

Es importante matizar que la relación entre uso de redes sociales y sintomatología psicológica no opera de manera uniforme ni determinada; en términos estadísticos, moderado a nivel individual, pero que su magnitud poblacional resulta considerable dado el carácter masivo de la exposición, se estima que el riesgo de síntomas depresivos se incrementa por cada hora adicional de uso diario entre los adolescentes de menor edad. Se trata de una gradación que resulta útil para el diagnóstico clínico y epidemiológico porque permite superar la dicotomía simplista entre uso

y abuso, orientando la mirada hacia la intensidad, el momento del día y el tipo de interacción digital como variables moduladoras del riesgo.

Vale agregar por último, el aspecto que la sintomatología clínica adolescente comparte con el diagnóstico de los estilos de vida desarrollados es su carácter heterogéneo según el sexo; es así como las adolescentes mujeres presentan, en términos generales, mayor prevalencia de sintomatología internalizante como la depresión, ansiedad, trastornos de conducta alimentaria e ideación suicida, mientras que los adolescentes varones tienden a exhibir con mayor frecuencia manifestaciones externalizantes, entre ellas los trastornos de conducta y el consumo problemático de sustancias. Dicha diferenciación por sexo debe interpretarse como el resultado de la interacción entre factores neuroendocrinos propios de la pubertad y factores socioculturales de género.

2.2 Análisis de correlación estadística

Un coeficiente de correlación —típicamente el de Pearson para variables de distribución normal o el de Spearman para viables ordinales o de distribución no normal— expresa en qué medida los valores de una variable tienden a covariar de manera sistemática con los valores de otra, oscilando entre menos uno (—1) y más uno (+1) según la intensidad y el sentido de dicha covariación. No obstante, es preciso subrayar que la correlación estadística no equivale a casualidad, pues dos variables pueden covariar de manera significativa porque una influye sobre la otra, porque ambas son efecto de una tercera variable no observada o por simple coincidencia muestral, y solo un diseño de investigación adecuado, sumado a un razonamiento teórico explícito, permite discriminar entre estas posibilidades.

Aquí la distinción entre asociación y causación cuenta con un antecedente clásico en la epidemiología, formulado por Hill (1965), quien propuso un conjunto de nuevos criterios orientadores, entre ellos la fuerza de la asociación, su consistencia a través de distintos estudios y poblaciones, la

secuencia temporal entre exposición y efecto, la existencia de un gradiente dosis-respuesta y la plausibilidad biológica del mecanismo propuesto, para evaluar en qué medida una asociación observada admite una interpretación causal.

Aunque fueron formulados originalmente para el estudio de enfermedades de base ambiental y ocupacional, estos criterios han sido adoptados de manera amplia por la epidemiología social y por la investigación en salud mental, siendo un instrumento conceptual de primer orden para examinar la asociación entre estilos de vida y sintomatología psicológica en la adolescencia. Los mismos permiten formular preguntas precisas respecto a cada hábito examinado: ¿la asociación documentada es consistente entre estudios y poblaciones diversas?; ¿existe un gradiente de intensidad proporcional a la exposición?; ¿resulta bilógica o psicológicamente plausible el mecanismo que se propone para explicarla?

De esta manera, el modelo biopsicosocial —ya introducido— ofrece precisamente el marco de plausibilidad que exige el criterio de Hill para interpretar estas asociaciones, partiendo de la perspectiva de que la relación entre estilos de vida y salud mental adolescente no constituye un vínculo directo y aislado de una conducta y/o síntoma, sino que se encuentra mediada por mecanismos identificables en cada uno de los tres planos del modelo:

1) En el plano biológico, por procesos neuroendocrinos y de neurotransmisión sensibles a la actividad física, el sueño y la alimentación;
2) En el plano psicológico, por procesos de autorregulación emocional, autoconcepto y afrontamiento del estrés y;
3) En el plano grupal, por dinámicas de comparación, pertenencia grupal y exposición a la validación o al rechazo de los pares, intensificadas por la interacción mediada por las plataformas digitales.

Es igualmente indispensable el modelo multivariado, que se distingue del análisis bivariado simple por su capacidad de estimar el efecto de una variable predictora sobre una variable de resultado controlando al mismo tiempo el efecto de otras variables incluidas en el modelo, lo que suele responder a la exigencia teórica derivada del propio modelo biopsicosocial, de que ningún factor a la exigencia teórica derivada del propio modelo biopsicosocial, de que ningún factor de estilo de vida opera de manera aislada sobre la salud mental adolescente, sino en su interacción con otros factores biológicos, conductuales y contextuales. En este sentido, un modelo de regresión lineal múltiple se presenta como la traducción estadística de una premisa teórica: que el bienestar psicológico adolescente resulta de la combinación simultánea de múltiples determinantes, y que su estudio riguroso exige instrumentos analíticos capaces de representar esa multicausalidad.

Desde el punto de vista estadístico, conviene además distinguir entre la magnitud del coeficiente de asociación y su relevancia práctica o clínica; un coeficiente de correlación moderado, como los que predominan en la literatura, puede parecer modesto cuando se examina de manera aislada, peor adquiere relevancia considerable cuando se traslada al plano poblacional, dado el carácter masivo y prácticamente universal de la exposición determinados estilos de vida entre la población adolescente, siendo dicho razonamiento es el que permite conciliar la aparente modestia de los tamaños del efecto individuales con la magnitud del incremento poblacional en la prevalencia de trastornos de salud mental durante las últimas dos décadas.

Por ello, la investigación futura sobre estilos de vida y salud mental adolescente debería avanzar de manera decidida hacia diseños longitudinales y hacia modelos de ecuaciones estructurales capaces de captar las relaciones recíprocas y las variables mediadoras que, con los diseños trasversales predominantes en la literatura actual, permanecen subestimadas. Esta limitación no resta valor a la evidencia disponible que resulta consistente para orientar decisiones de política pública y de

intervención socioeducativa, pero sí constituye una agenda pendiente que los propios estudios revisados reconocen de manera explícita en sus apartados de discusión.

2.3 Factores determinantes y contexto sociocultural

La adolescencia, como han señalado reiteradamente los organismos internacionales, es un período en el que confluyen transformaciones físicas, emocionales y sociales de gran magnitud, y en el que la exposición a la adversidad, la presión por adaptarse al grupo de pares y el proceso de exploración identitaria pueden operar como fuentes significativas de estrés psicológico (OMS, 2025). Ninguno de estos procesos, sin embargo, ocurre en un vacío social; todo lo contrario, se desarrolla dentro de estructuras familiares, comunitarias e institucionales que amplifican o atenúan su impacto.

Antes de examinar cada determinante en particular, es pertinente aclarar el sentido en que se emplea aquí la noción de determinante social de la salud mental; siguiendo la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud desde la creación de su Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, estos se entienden como un conjunto de condiciones en las que las personas nace, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el propio sistema de salud al que tienen acceso, explicando una proporción sustancial de las inequidades sanitarias observadas entre distintos grupos poblacionales (Leiva-Peña et al., 2021). Aplicada a la adolescencia, esta noción permite comprender que las diferencias en el perfil de riesgo psicológico documentadas entre adolescentes de distintos estratos económicos, zonas de residencia o estructuras familiares no responden a diferencias individuales en fuerza de voluntad o en capacidad de autorregulación, sino a condiciones estructurales que anteceden y exceden la esfera de decisión personal del adolescente en cuestión.

1) El primer determinante que la literatura identifica de manera sistemática es el entorno familiar. La calidad de las relaciones familiares,

la disponibilidad de apoyo emocional sostenido y la exposición a conflictos dentro del hogar inciden de manera directa sobre el bienestar emocional adolescente, con efetos que se extienden a corto, mediano y largo plazo (UNICEF, 2021).

Esta centralidad del entorno familiar se confirma en la evidencia relativa a los trastornos de conducta alimentaria y a la ideación suicida, ámbitos en los que la disfunción familiar severa se ha asociado de manera consistente con un incremento sustancial del riesgo, lo que sitúa a la familia como el contexto proximal desde el cual se median buena parte de los determinantes más distales de la salud mental adolescente, y no como un factor más entre otros.

2) El segundo determinante corresponde a las condiciones socioeconómicas y a la pobreza como factor estructural. La información revisada en el apartado anterior sobre la hipótesis de la casualidad social encuentra respaldo adicional en el análisis de los determinantes sociales de la salud mental realizado por Leiva-Peña et al., (2021) quienes sostienen que la pobreza constituye un factor de estrés sistemático que contribuye de manera directa al desarrollo de trastornos mentales, y que dicha relación resulta severa en los países de ingresos medios y bajos, donde la inequidad y la escasez de recursos combinan con brechas persistentes en el acceso a los servicios de salud mental.

3) El tercer determinante es de naturaleza sociocultural y se vincula con las normas de género y con las dinámicas de violencia que atraviesan de manera diferencial a adolescentes varones y mujeres. Aquí la afectación diferencial de las adolescentes mujeres jóvenes en los casos de violencia y de riesgo suicida documentados por organizaciones especializadas en derechos de la infancia se explica, en buena medida, por la persistencia de factores culturales de corte patriarcal que condicionan tanto la exposición al maltrato como las posibilidades reales de búsqueda de ayuda (Leiva-Peña et al., 2021).

Dicho hallazgo obliga a incorporar la perspectiva de género como una dimensión transversal del análisis sociocultural, en la medida en que los determinantes estructurales antes descritos no impactan de manera homogénea sobre la población adolescente, sino que se articulan con las jerarquías de género preexistentes para producir perfiles de vulnerabilidad diferenciados.

4) El cuarto determinante corresponde al entorno comunitario y al tipo de localidad de residencia. La evidencia sobre patrones de sueño señala que los adolescentes residentes en zonas urbanas presentan tasas de incumplimiento de las recomendaciones de sueño superiores a las de sus pares de zonas rurales, hallazgo que los investigadores atribuyen a un conjunto de factores ambientales propios de la urbanización —mayor densidad poblacional, menor disponibilidad de espacios verdees, contaminación lumínica y acústica— que interfieren con la calidad del descanso, lo que permite ilustrar cómo el contexto territorial más allá de las condiciones individuales o familiares, opera como un determinante estructural que condiciona la exposición a estilos de vida saludables o de riesgo.

5) El quinto determinante, de creciente relevancia en el debate contemporáneo, refiere a la capacidad de respuestas de los sistemas de salud y educación frente a las necesidades de salud mental de la población adolescente. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han insistido en la necesidad de fortalecer la atención primaria y de incorporar protocolos clínicos basados en evidencia para la evaluación y el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes dentro de entornos de atención no especializada, reconociendo que la escasez de personal especializado constituye una barrera estructural severa en los países de ingresos medios y bajos (OPS y OMS, 2023).

6) Por último, un sexto factor transversal a los anteriores, es el papel de los medios de comunicación y de cultura digital como espacio de

socialización secundaria. La influencia de los medios y la imposición de determinadas normas estéticas y de género pueden acentuar la disparidad entre la realidad vivida por los adolescentes y sus aspiraciones o percepciones de sí mismos, generando un terreno fértil para la comparación social desfavorable sobre todo para las adolescentes.

En definitiva, la convergencia de los determinantes mencionados permite comprender por qué la relación entre estilos de vida y salud mental adolescente, siendo estadísticamente robusta en términos generales, presenta una variabilidad considerable según el contexto en que se examine. No es lo mismo el perfil de riesgo de un adolescente urbano con acceso sostenido a servicios de salud mental que el de un adolescente que crece en un contexto de precariedad económica severa, disfunción familiar y ausencia casi total de oferta institucional especializada.

De manera que, el enfoque de los determinantes sociales de la salud mental ofrece un marco interpretativo que permite superar la tentación de reducir el problema de la salud mental a una cuestión de responsabilidad individual sobre la adopción de hábitos saludables, y sitúa, en cambio, la responsabilidad en la interacción entre las decisiones personales de los adolescentes y las estructuras familiares, comunitarias, institucionales y culturales que condicionan de manera decisiva el abanico de opciones disponible para cada uno de ellos.

CAPÍTULO III

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y GUÍA PRÁCTICA

Comprender la compleja red que vincula los hábitos cotidianos con la salud mental en la adolescencia no cumple su propósito si no se traduce en acciones concretas dentro de los entornos reales en los que transcurre la vida juvenil, por lo que, transicionar del diagnóstico conceptual a la práctica comunitaria exige dotar a educadores, familias y agentes sociales de herramientas metodológicas que permitan acompañar de forma consciente y empática, por medio de estrategias de Intervención o guías prácticas que constituyan el puente operativo entre los fundamentos teóricos y las dinámicas reales del aula, el hogar y la comunidad.

Al situar el foco en la prevención y la intervención directa, se busca trascender los enfoques puramente teóricos o restrictivos para abrir paso a propuestas participativas que ayuden a los jóvenes a construir rutinas sostenibles, fortalecer su autorregulación emocional y habitar espacios genuinamente protectores, ofreciendo una hoja de ruta flexible para crear entornos protectores que faciliten el bienestar emocional y la consolidación de estilos de vida saludables.

3.1 Programas de intervención multicomponente en la escuela

La adolescencia constituye un periodo determinante dentro del desarrollo humano, distinguiéndose por profundas transformaciones de carácter físico, cognitivo y socioemocional que remodelan la vivencia del individuo, razón por la que, en este escenario evolutivo, la escuela emerge como un espacio vital que va mucho más allá de la adquisición académica, para posicionarse como el entorno propicio para moldear hábitos saludables y consolidar el bienestar psicológico. Según destacan la Organización Mundial de la Salud (2021) y la Organización Panamericana de Salud (2013), las conductas incorporadas en esta etapa ejercen un impacto directo en la salud adulta, motivo por el cual el ámbito educativo representa el contexto idóneo para implementar acciones preventivas que orienten positivamente el comportamiento de los estudiantes, brindándoles un clima de seguridad que favorezca el afrontamiento equilibrado de las exigencias cotidianas.

Es en este contexto donde surgen los programas de intervención multicomponente, como propuestas pedagógicas e institucionales que superan las tradicionales e insuficientes charlas esporádicas de prevención para articular respuestas transversales. Estas iniciativas se caracterizan por combinar simultáneamente acciones destinadas al desarrollo de habilidades socioemocionales, la promoción de la actividad física regular, la adopción de dietas balanceadas y el fortalecimiento del clima escolar. Al abordar al ser humano desde su compleja totalidad, se evita la fragmentación de la atención en salud y se crea un engranaje donde cada dimensión refuerza a las demás de forma continua, así, cuando una escuela peruana implementa un enfoque de esta magnitud, transforma su infraestructura física y su currículo pedagógico en un ecosistema que protege activamente el bienestar físico y psicológico de la comunidad estudiantil.

1) El primer eje fundamental de estos programas radica en el entrenamiento sistemático de competencias socioemocionales, permitiendo a los adolescentes gestionar de forma adecuada el estrés, regular sus impulsos

y comunicarse con empatía, por ello, en las aulas, el aprendizaje de la resiliencia y la inteligencia emocional actúan como un escudo protector indispensable contra el acoso escolar, el aislamiento social y la desesperanza. A través de talleres vivenciales y espacios de diálogo guiados, los estudiantes descubren herramientas prácticas para resolver conflictos de manera pacífica y construir redes de apoyo recíproco entre sus compañeros de clase; en consecuencia, la evidencia empírica confirma que, al fortalecer la autoestima y la sensación de pertenencia escolar, la incidencia de sintomatología ansiosa o depresiva disminuye considerablemente, permitiendo un desempeño académico mucho más sólido y satisfactorio.

El vínculo entre los comportamientos diarios y la estabilidad psicológica encuentra un respaldo conceptual sólido en los modelos teóricos de la salud, de acuerdo con los planteamientos de Pender et al., (2015), la promoción de la salud abarca diversas dimensiones interrelacionadas que se extienden desde el cuidado nutricional hasta la autorrealización personal. Es así que los aportes de Goldberg y Williams (1988) resaltan que la preservación de la estabilidad emocional depende de la disponibilidad de recursos afectivos y de la presencia de hábitos estructurados, demostrando que la mantención de rutinas equilibradas durante la juventud contribuye a atenuar manifestaciones de ansiedad y desánimo, constituyendo así el pilar central sobre el cual se articulan los programas de salud escolar con mayores garantías de éxito.

2) El segundo componente estratégico se orienta a la transformación de los estilos de vida mediante la actividad física y la alimentación saludable, dimensiones estrechamente vinculadas a la neuroquímica cerebral, lo que ocasiona que fomentar el deporte recreativo dentro del horario escolar y regular la oferta de los quioscos educativos promueva la producción natural de neurotransmisores asociados al bienestar, como las endorfinas y la serotonina; cuando los adolescentes peruanos reducen el tiempo frente a las pantallas y consumen alimentos ricos en nutrientes, experimentan mejoras sustanciales en sus niveles de

concentración, su calidad del sueño y su vitalidad cotidiana, de esta forma, el cuidado del cuerpo deja de ser visto como una imposición estética y se convierte en una vivencia placentera y respetuosa que impacta de manera directa en la autorregulación emocional y el rendimiento académico general.

3) El tercer componente esencial se centra en articular talleres para padres y cuidadores, creando un puente de comunicación fluida entre el hogar y la institución educativa, cuando las madres, padres y apoderados aprenden pautas de crianza positiva, escucha activa y contención afectiva, el impacto beneficioso de los talleres escolares se multiplica exponenciando sus resultados protectores. De este modo, los patrones de vida saludables aplicados en la escuela encuentran coherencia y respaldo en la dinámica familiar diaria, ofreciendo un entorno seguro donde el joven se siente valorado, comprendido y respaldado frente a las turbulencias emocionales propias de su edad.

4) Finalmente, la estructura de las intervenciones multicomponente contempla la reconfiguración de las políticas institucionales y la mejora sustancial del clima de convivencia escolar en las instituciones públicas y privadas, lo que implica el establecimiento de protocolos de prevención de *bullying* claros, comprensivos y no punitivos, así como la instauración de canalizaciones rápidas de atención psicológica en coordinación con la comunidad médica local. Un entorno escolar que respeta la diversidad, celebra la inclusión y erradica todo tipo de violencia verbal o física reduce drásticamente los niveles de estrés y angustia crónica en el alumnado, por lo que, crear un clima soportado en la seguridad psicológica permite que las aulas de las escuelas peruanas se conviertan en verdaderos refugios efectivos donde los adolescentes pueden equivocarse, aprender y crecer sin temor al estigma.

En Perú, el desarrollo normativo y la implementación de estas propuestas han encontrado su principal canal en la estrategia nacional de Escuelas Promotoras de Salud impulsada por el Ministerio de Salud (MINSA) en estrecha alianza con el Ministerio de Educación (MINEDU); asimismo,

la integración del área de Tutoría y Orientación Educativa (TOE) ha permitido institucionalizar espacios semanales dedicados exclusivamente al desarrollo personal y social del alumnado. Si bien el modelo teórico peruano reconocer de forma explícita la urgencia de trabajar la salud mental de forma intersectorial, la puesta en marcha efectiva de estos programas suele enfrentar grandes retos logísticos que exigen el esfuerzo sostenido tanto de las autoridades gubernamentales como del personal directivo y docente de cada región del país.

La investigación académica sobre este tema ha desempeñado un papel decisivo en la evaluación y perfeccionamiento de estas intervenciones en el contexto escolar peruano, por lo que, en este sentido, estudios como los desarrollados por Kim et al., (2020) demuestran que la aplicación de programas educativos estructurados en salud mental dentro de escuelas ubicadas en zonas urbanas vulnerables del Perú genera reducciones significativas en los niveles de angustia y desórdenes emocionales en los estudiantes, poniendo su trabajo de manifiesto que dotar a las escuelas de recursos psicoeducativos adaptados a la realidad sociocultural del país no es solo completamente viable, sino que constituye una inversión social de alto impacto que previene de forma contundente la escalada de crisis psicológicas en sectores de bajos recursos económicos.

En una línea de trabajo similar, las evidencias presentadas por Kim et al., (2020) sobre el Proyecto de Escuelas Promotoras de la Salud en Lima resaltan la enorme eficacia del abordaje multicomponente para disminuir los factores de riesgos conductuales en la juventud, al integrar a profesionales de la salud, docentes capacitados y actores comunitarios en un mismo plan de trabajo, este tipo de intervención demostró que la modificación sostenida de hábitos requiere una cooperación intersectorial estrecha, reafirmando los hallazgos de estos autores que la educación para la salud dentro del colegio peruano trasciende la mera entrega de conocimientos teóricos, convirtiéndose en un proceso participativo que transforma las dinámicas institucionales y la percepción de bienestar del estudiante.

La vinculación directa entre los hábitos diarios y la estabilidad psicológica ha sido confirmada también por investigadores locales en el ámbito universitario, trabajos científicos recientes, como los realizados por Ríos et al., (2025), revelan que la adopción de estilos de vida saludables se correlaciona de manera muy positiva con una menor incidencia de problemas emocionales en los adolescentes escolarizados del Perú. Asimismo, análisis transversales desarrollados en distritos populosos, como la investigación de Laura (2025), demuestran que dimensiones específicas como el manejo adecuado del estrés, el soporte interpersonal afectivo y la práctica sistemática de ejercicio físico constituyen los pilares más determinantes para mantener la salud mental en niveles óptimo durante la secundaria.

No obstante, los beneficios documentados por la literatura científica, la implementación generalizada de programas multicomponentes en las instituciones educativas peruanas colisiona con barreras estructurales complejas que condicionan su alcance, por tanto, las marcadas brechas territoriales entre los colegios urbanos y las zonas rurales o de selva imponen desafíos severos en cuanto a disponibilidad de personal especializado, psicólogos escolares e infraestructura deportiva adecuada. Adicionalmente, la sobrecarga laboral y el agotamiento profesional que experimenta el cuerpo docente de manera frecuente dificultan la adopción sostenida de nuevas metodologías socioemocionales; superar estos obstáculos requiere no solo voluntad política y presupuesto descentralizado, sino también un firme compromiso con la equidad educativa que garantice a cualquier adolescente peruano, independientemente de su lugar de origen, el acceso a una educación integral protectora.

Dentro de este engranaje, los adolescentes peruanos asumen un rol protagónico como primeros observadores del bienestar estudiantil y referentes emocionales significativas dentro del aula, por ello, capacitar al profesorado en detección temprana de señales de alerta, primeros auxilios psicológicos y estrategias de contención afectiva transforma la experiencia pedagógica diaria en un proceso verdaderamente humanizado.

Sin embargo, para que los educadores puedan sostener emocionalmente a sus estudiantes, resulta fundamental que las políticas de intervención multicomponente incluyan también espacios de cuidado de la salud mental del propio docente, siendo que, un maestro respaldado, escuchado y capacitado se convierte en el motor principal para cultivar entornos de aprendizaje cálidos, empáticos y estimulantes que inspiren seguridad a la juventud escolar.

Aportar por los programas de intervención multicomponente en las escuelas de Perú trasciende la simple prevención de enfermedades, representa un compromiso ético y social con el desarrollo pleno de las futuras generaciones, de este modo, integrar la salud mental, el bienestar físico y el soporte familiar en la cotidianeidad escolar permite construir comunidades educativas resilientes, saludables y profundamente compasivas. Al coordinar los esfuerzos de los ministerios, la academia, el personal docente y las familias, el sistema educativo peruano tiene ante sí la oportunidad histórica de garantizar que cada adolescente descubra en su colegio un refugio donde pueda desarrollarse con dignidad.

2.3 Técnicas de afrontamiento y regulación emocional

En la transición hacia la vida adulta, los jóvenes enfrentan el reto de construir una identidad autónoma mientras navegan por exigencias académicas y dinámicas entre iguales que suelen ser cambiantes y sirven como factores que impactan sobre sus hábitos de vida y su equilibrio neurovegetativo, por ello es que, cuando el malestar psicológico no encuentra vías de canalización saludables, la proclividad hacia conductas impulsivas o de riesgo aumenta de forma significativa, lo cual subraya la importancia crítica de fortalecer la salud mental mediante recursos que permitan metabolizar el estrés cotidiano de forma constructiva.

Para comprender cómo los adolescentes gestionan estas tensiones es preciso abordar el concepto de “regulación emocional”, siendo que este alude a los procesos implícitos y explícitos mediante los cuales los

individuos evalúan, modifican y sostienen sus vivencias efectivas para alcanzar objetivos personales o adaptarse a las demandas del entorno (Gross, 1998). A la par, las estrategias de afrontamiento descritas por Lazarus y Folkman (1984) dividen la respuesta humana ante la amenaza en aquellas orientadas a resolver el problema directo y aquellas dirigidas a amortiguar el impacto emocional de la situación, la interacción armónica entre ambas dimensiones condiciona el estilo de vida juvenil, puesto que, una regulación ineficaz suele derivar en patrones de sueño alterados, sedentarismo y hábitos alimenticios desordenados que alimentan un círculos vicioso de malestar psicofísico.

El empleo de estrategias de afrontamiento adaptativas, tales como la reevaluación cognitiva —que permite interpretar un evento estresante desde una perspectiva más constructiva o matizada— se vincula sistemáticamente con un mayor bienestar subjetivo y menores tasas de ansiedad o sintomatologías depresiva en la juventud (Gross y John, 2023); por el contrario, la recurrencia a mecanismos disfuncionales como la rumiación constante, la evitación experiencial o la supresión afectiva incrementa los niveles de cortisol circulante y erosiona el auto-concepto del estudiante, por ello, fomentar en la vida cotidiana prácticas reflexivas que transformen los pensamientos catastróficos en hipótesis verificables constituye un pilar esencial para edificar estilos de vida saludables, permitiendo que el estudiante transite los dilemas diarios con una serenidad flexible y orientada al aprendizaje personal.

Entre los recursos no farmacológicos más efectivos para moldear esta autorregulación destaca la actividad física regular, cuyo valor trasciende la mera forma corporal para convertirse en un regulador neuroquímico de primer orden capaz de optimizar la disponibilidad de dopamina, serotonina y factores neurotróficos derivados del cerebro (Lubans et al., 2016). La práctica constante de deportes, caminatas o dinámicas corporales grupales favorece la descarga de tensión acumulada, al tiempo que mejora la arquitectura del sueño nocturno y consolida una autoimagen corporal basada en la capacidad y la resiliencia en lugar de la comparación estética,

ofreciendo la integración de este movimiento consciente un hábito cotidiano que ofrece al adolescente una válvula de escape física donde canaliza la frustración y la sobreestimulación intelectual propia de su rutina formativa.

De manera complementaria, Zoogman et al., (2015) indica que las técnicas basadas en la atención plena y el control respiratorio diafragmático representan herramientas de autorregulación somática que contrarrestan de forma directa la hiperactivación de la amígdala cerebral en situaciones de sobrecarga o incertidumbre, por lo que, al entrenar la capacidad de posar la atención en el presente sin emitir juicios de valor, el adolescente aprende a observar sus pensamientos perturbadores y sensaciones corporales como fenómenos transitorios en lugar de verdades absolutas que exigen una reacción impulsiva inmediata (Kabat-Zinn, 2003), esta pausa consciente además de restaurar el equilibrio del sistema nervioso autónomo parasimpático del adolescente, también lo dota de un refugio interno desde el cual tomar decisiones meditadas antes de responder a las demandas del exterior.

La dimensión relacional desempeña a su vez un papel determinante en el soporte emocional, ya que la capacidad de buscar ayuda y comunicar las propias necesidades afectivas de manera asertiva actúa como un amortiguador psicosocial de enorme potencia frente al aislamiento y la desesperanza (Allen y Loeb, 2015), por lo que, cultivar redes de apoyo basadas en la confianza mutua —tanto en el núcleo familiar como en el grupo de pares— permite al adolescente exteriorizar vivencias estresantes, validando sus emociones a través de la mirada empática del otro e interiorizando modelos de afrontamiento compartidos, siendo la calidad de estas interacciones sociales las que influyen en las elecciones de su estilo de vida, impulsando al adolescente a participar en entornos constructivos donde el autocuidado, el respeto y la cooperación sean normas compartidas y deseadas.

En la era contemporánea, la gestión del tiempo frente a pantallas y la higiene digital se han convertido en dimensiones insustituibles de la regulación emocional, dado que la exposición hiperconectada y la exposición continua a ideales de vida irrealizables deterioran el bienestar afectivo de los niños y adolescentes (Twenge et al.,2018), por esta razón, establecer límites saludables en el uso de dispositivos electrónicos, mediante pausas programadas y la desconexión previa al descanso nocturno, previene el fenómeno del agotamiento digital y preserva la capacidad de concentración, no es sino una adecuada higiene mediática la que puede fortalecer el afrontamiento proactivo, al liberar tiempo y espacio mental para la interacción presencial, el ocio creativo y el descanso reparador que todo organismo adolescente requiere para mantener su homeostasis emocional.

La expresión creativa —a través de la escritura expresiva, las artes plásticas o la interpretación musical— ofrece un canal simbólico privilegiado para procesar aquellas vivencias complejas que el lenguaje cotidiano a menudo no logra estructurar con claridad (Pennebaker, 1997). El acto de plasmar sentimientos ambiguos o dolorosos en una obra o un diario personal fomenta la elaboración cognitiva de los traumas leves o tensiones cotidianas, facilitando un distanciamiento afectivo saludable respecto del malestar experimentado, pues esta externalización narrativa permite reorganizar la memoria emocional, dotando al estudiante de un sentido de agencia personal sobre sus vivencias más íntimas y fortaleciendo un estilo de vida volcado hacia la introspección y la autorrealización continua.

Del mismo modo, la consolidación de rutinas biológicas bien estructuradas, centradas en una nutrición equilibrada y en una higiene rigurosa del descanso nocturno también actúa como el cimiento fisiológico sin el cual las técnicas cognitivas pierden eficacia, de acuerdo con Walker (2017), la privación crónica del suelo compromete de manera drástica la conectividad funcional entre la corteza prefrontal y las estructuras límbicas, provocando un aumento acentuado de la irritabilidad, y la vulnerabilidad ante el estrés acumulado durante el día, por ello, asegurar

un descanso de calidad e ingerir alimentos ricos en nutrientes esenciales provee la energía biológica indispensable para ejecutar de autorregulación complejos, demostrando que cuidar la corporalidad es igual a proteger la salud mental.

En definitiva, capacitar a los adolescentes en el dominio de repertorios variados de afrontamiento adaptativos y autorregulación afectiva trasciende la prevención del trastorno mental, constituyendo la base para un estilo de vida pleno, saludable y resiliente frente a los retos de la sociedad contemporánea, cuando la educación emocional se integra transversalmente en las rutinas de autocuidado físico y relacional, el adolescente no solo desarrolla recursos para sortear la adversidad, sino que fortalece su sentido de autoeficacia y proyecta una trayectoria de crecimiento personal sostenible, de ahí que, promover estos hábitos desde la corresponsabilidad familiar, escolar y comunitaria se erija como una inversión social inestimable para garantizar que la transición adolescente se viva como una etapa de auténtico florecimiento humano.

2.4 Guía de orientación para familias, docentes y tutores

La adolescencia constituye un ciclo vital caracterizado por una singular reorganización neurobiológica donde la plasticidad cerebral alcanza uno de sus puntos más elevados, pero lejos de ser un proceso determinado exclusivamente por el mapa genético, la maduración del sistema nervioso depende de las interacciones continuas que el adolescente sostiene con sus microsistemas inmediatos. Desde una perspectiva teórica contemporánea, la salud mental no se define únicamente como la ausencia de patologías diagnosticables, es a su vez una capacidad dinámica de autorregulación, adaptación activa y construcción de significado vital en medio de las exigencias del entorno; por tanto, en este marco, el rol de las familias, los docentes y los tutores consiste en actuar como un soporte externo que contenga, valide y proporciónela seguridad psicológica necesaria para que el adolescente procese las complejas transformaciones inherentes a su desarrollo (Odgers, 2023).

Dentro de este apoyo, los estilos de vida no representan elecciones triviales ni hábitos aislados, son verdaderos moduladores epigenéticos y neuroquímicos del bienestar psíquico, las investigaciones recientes en psiquiatría de estilo de vida revelan que comportamientos cotidianos como la calidad del descanso, el nivel de movimiento corporal, los patrones alimentarios y la exposición a entornos digitales envían señales fisiológicas constantes al cerebro en desarrollo. Cuando los hábitos se encuentran desregulados, el organismo del adolescente experimenta un estado de estrés biológico crónico que incrementa la vulnerabilidad ante síntomas ansiosos y depresivos, por el contrario, la consolidación de rutinas estables actúa como un factor protector que optimizar la liberación de neurotransmisores esenciales, fortalece las funciones ejecutivas de la corteza prefrontal y dota al estudiante de herramientas biológicas para responder con resiliencia ante la frustración y la presión académica (Firth et al., 2020).

Para que las orientaciones a familias, educadores y tutores resulten efectivas, es imprescindible comprender la salud mental desde un enfoque de corresponsabilidad sistemática, el bienestar del adolescente no aumenta a través de esfuerzos aislados, lo hace mediante la sincronización coherente de los discursos y las prácticas de los adultos de referencia. Las familias aportan la estructura primaria del afecto y los hábitos vitales básicos, los docentes moldean las experiencias de aprendizaje e interacciones entre pares, y los tutores operan como el puente analítico que articula el acompañamiento pedagógico con la orientación personal, así, cuando estos tres agentes educativos unifican criterios y comprenden los mecanismos de influencia mutua entre el estilo de vida y el estado emocional, se reduce la incertidumbre en el adolescente, promoviendo una percepción de estabilidad que resulta indispensable para la consolidación de su identidad y su autonomía.

En la arquitectura de los hábitos saludables, el descanso nocturno se posiciona como el pilar biológico innegociable para la preservación del equilibrio psíquico en la etapa adolescente, durante las fases profundas

del sueño se lleva a cabo la consolidación de los aprendizajes, la eliminación de toxinas metabólicas cerebrales y el restablecimiento de los circuitos emocionales de la amígdala; no obstante, los estudios sobre la cronobiología juvenil confirman la presencia de un retraso fisiológico en la secreción de melatonina, el cual se ve gravemente agudizado por el desajuste horario que provoca la sobreexposición a pantallas durante la noche (Tarokh et al., 2023), esta privación crónica del sueño genera en el aula una clara labilidad afectiva, menor tolerancia a la frustración y un aumento sistemático en el riesgo de sintomatología depresiva, por lo que la intervención socioeducativa prioritaria debe orientarse a establecer normas familiares de desconexión nocturna y a adaptar las exigencias escolares a los ritmos circadianos reales del alumnado.

Paralelamente, la evidencia empírica confirma que el movimiento humano regular ejerce un efecto terapéutico e inmunológico equiparable a intervenciones clínicas de baja intensidad, la práctica sostenida de actividad física de intensidad moderada a vigorosa estimula la síntesis del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), promoviendo la neurogénesis en el hipocampo y optimizando la comunicación entre las redes neuronales responsables del control atencional escolar (Kandola et al., 2021). En el plano psicosocial, los adolescentes físicamente activos presentan niveles significativamente más bajos de rumiación cognitiva, una mejor percepción de la imagen corporal y una mayor percepción de autoeficacia en comparación con sus pares sedentarios, por ello, para familias y educadores, la orientación práctica exige trascender la visión del deporte como un mero entretenimiento competitivo y posicionarlo como una prescripción de salud integral que debe integrarse de manera no punitiva ni estresante tanto en la rutina del hogar como en la jornada escolar.

La nutrición, por su parte, constituye otra dimensión crítica a menudo subestimada en el abordaje socioeducativo de la salud mental, dada la consolidación del estudio del eje intestino-cerebro, los análisis empíricos en psiquiatría nutricional demuestran que patrones alimentarios basados

en un consumo elevado de alimentos ultraprocesados, azúcares añadidos y grasas saturadas provocan una inflación sistémica de bajo grado que altera la permeabilidad hematoencefálica y reduce la síntesis de serotonina intestinal. Esta desregulación metabólica se vincula de manera directa con un mayor riesgo de labilidad anímica, fatiga crónica y sintomatología ansiosa en la población escolar, así, la conjunta de tutores y familias debe orientarse a garantizar entornos alimentarios seguros, educando al adolescente en la toma de decisiones nutricionales informadas y erradicando el uso de la comida como el mecanismo principal de gratificación o regulación del estrés (Marx et al., 2021).

El análisis del ecosistema digital requiere abandonar las posturas alarmistas para adoptar una perspectiva de alfabetización crítica y acompañamiento, en respuesta, la evidencia científica actual demuestra que los efectos negativos de las tecnologías de la información no derivan de la pantalla en sí misma, sino el desplazamiento de actividades vitales esenciales como el descanso y la actividad física. El consumo pasivo, caracterizado por el desplazamiento infinito en redes sociales y la exposición a algoritmos que amplifican la comparación social destructiva, incrementa notablemente los índices de ansiedad, insatisfacción corporal y aislamiento percibido; en contraste, cuando los adultos orientan el uso de la tecnología hacia fines creativos, educativos o de conexión interpersonal genuina, el espacio digital se transforma en un recurso de desarrollo, lo que exige fijar límites acordados y supervisados sin recurrir al castigo o la prohibición razonable.

Desde la perspectiva de la intervención socioeducativa en el hogar, las familias deben migrar hacia estilos de crianza basados en el apoyo a la autonomía y la firmeza efectiva, este enfoque implica sustituir la hipervigilancia autoritaria y la permisividad negligente por una estructura predictible donde los límites se construyan mediante la fundamentación y el diálogo respetuoso. Es fundamental que los padres validen la evidencia emocional del adolescente sin descalificar sus preocupaciones bajo el sesgo del adultocentrismo, ofreciendo un espacio de escucha activa donde el joven se sienta comprendido, de modo que, la implementación práctica

de rutinas de desconexión tecnológica compartida, el fomento deal menos una comida al día libre de dispositivos y la creación de horarios de descanso coherentes constituyen las primeras líneas de defensa para restaurar la estabilidad emocional en la vida cotidiana, según Soenens et al., (2022).

En la esfera de la institución educativa, los docentes tienen el desafío de transformar los entornos de aprendizaje en espacios caracterizados por la seguridad psicológica y el aprendizaje socioemocional, para ello, la evidencia pedagógica demuestra que la sobrecarga de evaluación punitiva y los climas escolares altamente competitivos elevan de forma alarmante los niveles de cortisol y la ansiedad ante el rendimiento académico. Resulta importante que el profesorado incorpore transversalmente la educación emocional en el aula, enseñando explícitamente estrategias cognitivo-conductuales de afrontamiento frente al estrés, fomentando el trabajo colaborativo en lugar de la rivalidad entre pares y estructurando metodologías de evaluación diversificada.

La labor del tutor se consagra como un eje neurálgico en la detección temprana y la intervención preventiva ante manifestaciones silenciosas de sufrimiento psicológico, el tutor no actúa como un terapeuta clínico, pero sí como un observador privilegiado capaz de identificar cambios drásticos en la conducta del estudiante, tales como el aislamiento repentino en los recreos, el descenso abrupto en la motivación escolar, la irritabilidad persistente o el absentismo no justificado. Ante estas señales de alarma, la intervención tutoral debe desplegar un protocolo de escucha activa desprovisto de juicios, seguido de un contacto sistemático con la familia para triangular la información y coordinar, si la situación lo requiere, la derivación oportuna hacia los departamentos de orientación psicopedagógica o los servicios comunitarios de salud mental (Durlak et al., 2022).

En conclusión, la protección de la salud mental y la promoción de estilos de vida saludables en la adolescencia exigen superar definitivamente el modelo reactivo centrado en la patología para consolidar una

auténtica cultura de la prevención socioeducativa, por lo que, entender la complejidad neurobiológica y social de esta etapa vital permite a las familias, docentes y tutores abandonar las posturas culpabilizadoras y situarse como guías empáticos y técnicamente preparados. Al estructurar entornos caracterizados por la predictibilidad, el movimiento, el descanso reparador, la nutrición consciente y la afectividad incondicional, la comunidad adulta no solo resguarda al adolescente de los riesgos del entorno contemporáneo, sino que le brinda las herramientas necesarias para florecer con autonomía, propósito y plenitud psíquica (World Health Organization, 2024).

2.5 Lineamientos para la gestión en salud pública y comunitaria

La gestión de la salud pública y comunitaria centrada en la adolescencia exige un cambio de paradigma hacia la equidad distributiva y la prevención sistémica, superando la visión fragmentada que aborda el malestar psicológico únicamente cuando este deviene en diagnóstico clínico, la salud mental juvenil, de primeras, no constituye un activo individual aislado, es el reflejo directo de la calidad de los entornos estructurales donde se desenvuelve la vida cotidiana de la población adolescente. Desde los marcos teóricos más recientes en gobernanza sanitaria (Patel et al., 2023), formular lineamientos públicos para promover estilos de vida saludables implica diseñar políticas universales que articulen la protección de la salud física con la estabilidad emocional.

En la determinación social de la salud mental adolescente, los factores ambientales y comunitarios ejercen una presión decisiva sobre la adopción de hábitos de vida saludables o de riesgo, pues las desigualdades territoriales, la falta de espacios verdes urbanos y la precariedad económica condicionan de manera directa las oportunidades reales que tienen los jóvenes y sus familias para mantener rutinas biológicas estables (Viner et al., 2021). La gestión pública tiene que intervenir activamente sobre las condiciones estructurales que moldean dichos comportamientos, por lo que, un lineamiento comunitario efectivo exige transformar los entornos

habitacionales mediante la erradicación de desiertos alimentarios en sectores vulnerables y la regulación del marketing de comita ultraprocesada dirigido a menores, creando escenarios comunitarios donde la opción más accesible sea verdaderamente la más saludable.

La promoción de la actividad física y la higiene del sueño a escala poblacional representa una de las estrategias de mayor costo-efectividad para reducir la carga global de trastornos anímicos en la juventud, los lineamientos de salud pública deben incorporar normativas comunitarias que incentiven el transporte activo, la ampliación de infraestructura deportiva gratuita e incluyente y la creación de programas de recreación comunitaria sin sesgos de género ni competitividad punitiva (Bull et al., 2020). Al mismo tiempo, la gestión en salud pública debe intervenir sobre las determinantes del descanso adolescente, promoviendo campañas masivas de educación circadiana dirigidas a familias y abogando por la flexibilización de los horarios de inicio escolar, demostrando la evidencia empírica que retrasar el ingreso a las instituciones educativas alinea la jornada académica con el cronotipo biológico del adolescente, reduciendo de forma sustancial los picos de ansiedad y la sintomatología depresiva (Firth et al., 2020).

En la era digital, la gobernanza comunitaria de la salud mental demanda regulaciones públicas audaces frente a la economía de la atención y el diseño algorítmico de los entornos virtuales, las políticas sanitarias por tanto deben trascender la mera responsabilidad individual de la familia e instaurar un marco regulatorio ambiental que inste a las corporaciones tecnológicas estándares de protección desde el diseño. Los lineamientos de gestión comunitaria deben incluir la restricción de mecanismos algorítmicos extractivos, la regulación del tiempo de pantalla en espacios públicos y la promoción de campañas masivas de alfabetización digital crítica, asimismo, es importante crear zonas libres de conectividad en centros comunitarios y parques, para impulsar iniciativas donde el ocio presencia, la expresión artística y el deporte cooperativo contrarresten el aislamiento inducido por las dinámicas de desplazamiento infinito en plataformas digitales.

La integración entre los centros de salud primaria y la red educativa constituyen el eje articulador de la gestión comunitaria socioeducativa, dado que, las escuelas no son solo espacios académicos, también son los verdaderos centros neurálgicos de la salud pública comunitaria donde se centra la totalidad de la población adolescente, en estos casos, las políticas públicas deben garantizar la presencia permanente de equipos multidisciplinarios de orientación psicopedagógica y enfermería escolar interconectados con los centros de atención primaria. Esta articulación interinstitucional permite implementar programas universales de aprendizaje socioemocional, y gestionar respuestas inmediatas ante situaciones de crisis emocional, evitando que el malestar leve escala hacia patologías severas que colapsen el sistema sanitario (Durlak et al., 2022).

La reorganización de la atención primaria mediante el modelo de distribución de tareas resulta indispensable para democratizar la atención en salud mental en el ámbito comunitario, la escasez global de especialistas en psiquiatría y psicología infantil demanda que los gestores públicos capaciten al personal de atención de primer nivel, a los líderes comunitarios y a los agentes de salud en la aplicación de intervenciones psicoeducativas breves y basadas en la evidencia. Este enfoque descentralizado permite llevar el acompañamiento emocional directamente a los espacios comunitarios cotidianos, como clubes deportivos, comedores populares y bibliotecas públicas, así, al desmedicalizar el malestar emocional ligero o moderado y empoderar a la comunidad mediante redes de apoyo entre pares, se combate el estigma asociado a la salud mental y se proporciona un soporte oportuno y culturalmente adaptado.

La gobernanza intersectorial de las políticas públicas orientadas a la juventud pide superar la fragmentación administrativa entre los ministerios de salud, educación, deporte y protección social, razón por la que la formulación de un presupuesto participativo con perspectiva de juventud debe ser la piedra angular de los lineamientos institucionales, garantizando la sostenibilidad de los programas socioeducativos a largo plazo. Los gestores comunitarios deben establecer mesas de concertación

intersectorial a nivel municipal donde se evalúe de forma continua el impacto de cada política pública sobre el bienestar de los adolescentes, es así que la inversión prioritaria en programas preventivos transversales no solo protege la salud mental de las futuras generaciones, sino que genera retornos económicos significativos para el Estado al reducir los costos futuros de hospitalización y el fracaso escolar (UNICEF, 2023).

La participación activa y protagónica de las juventudes en el diseño, ejecución y evaluación de los programas de salud pública es una condición necesaria para el éxito de cualquier estrategia comunitaria; históricamente, las políticas públicas han incurrido en el error de diseñar intervenciones para los adolescentes sin contar con la voz de los propios adolescentes, derivando en estrategias paternalistas de baja adherencia, en estos casos los lineamientos de gestión comunitaria deben institucionalizar consejos juveniles de salud pública en cada demarcación territorial, donde los estudiantes lideren campañas de concientización cooperativa sobre higiene del sueño, nutrición consciente e integración digital, de este modo, según Hawkes et al., (2022) cuando los jóvenes asumen un rol activo como promotores de salud, las intervenciones ganan legitimidad cultural, el lenguaje pedagógico se torna accesible y se fortalece la autoeficacia colectiva de la comunidad adolescente.

La vigilancia epidemiológica de los estilos de vida y el estado emocional adolescente exige sistemas de información comunitarios ágiles, desglosados e interdisciplinarios, la gestión de salud pública basada en datos requiere la recolección periódica de indicadores empíricos sobre hábitos de descanso, uso de tecnologías, actividad física, alimentación y prevalencia de distrés psicológico a nivel territorial (*GBD Adolescent Health Collaborators,* 2022). Estos observatorios comunitarios de salud mental permiten identificar de forma temprana focos geográficos o colectivos vulnerables que requieran intervenciones intensivas o focalizadas, es entonces que, la transparencia en el uso de los datos y su restitución pedagógica a las escuelas y comunidades empodera a las familias y educadores, convirtiendo la información epidemiológica en una herramienta directa de toma de decisiones locales

y mejora continua de la gestión pública (Vos et al., 2020).

La consolidación de lineamientos orientadores en salud pública y comunitaria para la adolescencia representa un compromiso ético y político indispensable con el futuro de la sociedad, proteger la salud mental juvenil mediante la transformación de sus estilos de vida no es un desafío que pueda abordarse desde la improvisación ni desde la respuesta reactiva ante la crisis, esta supone idealmente una arquitectura institucional sólida que combine la inversión económica sostenible, la regulación ambiental firme sobre la industria digital y alimentaria, el fortalecimiento de la atención primaria descentralizada y una alianza indestructible entre familias, escuelas y comunidades, por tanto, al proporcionar entornos comunitarios seguros, saludables y enriquecedores, la gestión pública resguarda los derechos fundamentales de las juventudes y sienta las bases para una ciudadanía resiliente, sana y plenamente integrada en la vida social (United Nations, 2024).

CAPÍTULO IV

ESTILOS DE VIDA RELACIONADO A TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES PERUANOS

4.1 Introducción

En las últimas décadas, la comprensión de la salud ha migrado desde la mera ausencia de enfermedad hacia un estado de bienestar integral donde los estilos de vida, comprendidos como la red interconectada de hábitos nutricionales, niveles de actividad física, higiene del sueño, exposición a pantallas y dinámicas de socialización, desempeñan un rol modulador determinante. Globalmente, la prevalencia de trastornos de salud mental en la población infanto-juvenil ha alcanzado proporciones preocupantes, sugiriendo que la adopción de conductas sedentarias, la deprivación crónica del descanso y el aislamiento digital no son únicamente consecuencias del malestar emocional, sino potentes desencadenantes y factores de riesgos modificables que aceleran el deterioro psíquico.

En el escenario peruano, esta problemática adquiere matices de alta complejidad debido a las profundas brechas socioeconómicas, la

inequidad en el acceso a servicios de salud pública y las severas secuelas socioemocionales derivadas de las recientes crisis sanitarias y económicas; en concordancia, los adolescentes en Perú enfrentan hoy una realidad marcada por la acelerada urbanización y la presión académica en entornos desiguales, así como la omnipresente hiperconectividad que desplaza las actividades recreativas comunitarias. Reportes epidemiológicos a nivel nacional advierten un incremento sostenido en los indicadores de ansiedad, depresión, ideación suicida y estrés en jóvenes de diversas regiones del país, una tendencia crítica que coexiste con el abandono progresivo de patrones de vida saludables y la falta de programas preventivos dirigidos a esta etapa del desarrollo.

Ante esta coyuntura, el abordaje de la relación entre la conducta cotidiana y patología afectiva conlleva a superar las meras descripciones subjetivas o las apreciaciones anecdóticas, haciendo indispensable la adopción de un enfoque cuantitativa rigurosa. De este modo, la presente investigación permite medir con precisión la fuerza de la asociación, la correlación y la severidad entre variables específicas comparadas entre autores de elección. A través del uso de escalas psicométricas estandarizadas, cuestionarios epidemiológicos validados y el análisis estadístico de datos primarios, es posible identificar qué hábitos operan como predictores significativos del deterioro mental y cuáles actúan como factores protectores resguardando la estabilidad emocional del adolescente peruano.

Bajo este marco metodológico, la presente investigación surge como una respuesta fundamentada a la urgente necesidad de construir evidencia científica empírica, local y actualizada sobre la población adolescente del país, así, al cuantificar y analizar numéricamente las interacciones entre los distintos estilos de vida y los trastornos sucedáneos consecuentes, este estudio busca romper la brecha de conocimiento existente en la literatura nacional y proporcionar un insumo diagnóstico de alta confiabilidad comparativa. En última instancia, esta aproximación pretende dotar a las autoridades de salud pública y educación una base objetiva para el diseño de políticas de prevención temprana, programas de intervención escolar

y estrategias costo-efectivas orientadas a preservar el capital humano de la nación.

4.2 Aspectos metodológicos

El estudio se cimentó en el enfoque cuantitativo, sustentado epistemológicamente en el positivismo y en la recolección de datos numéricos para medir con precisión objetiva la realidad psicosocial de los adolescentes, de acuerdo con lo establecido por Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), este enfoque se caracteriza por seguir un proceso secuencial y probatorio, donde la recolección de información mediante parámetros estandarizados permite cuantificar la frecuencia de las conductas del estilo de vida y la intensidad de las manifestaciones de salud mental. La adopción esta postura garantizó que las distribuciones porcentuales — tales como la equidad del 50 % en estilos de vida reportada por Laurente y Mayma (2025) o las prevalencias del 44,4 % con marcados problemas de salud mental— no respondieran a apreciaciones subjetivas, sino a una medición sistemática de las variables observables.

La fundamentación cuantitativa constituyó la base analítica necesaria para articular los aportes descriptivos e inferenciales de los diferentes autores utilizados como soporte, donde la inclusión de investigaciones con métricas cuantitativas homogéneas, como las desarrolladas por Rojas (2025), Laura (2025) y Sánchez (2023) otorgó coherencia metodológica a la comparación de frecuencias y promedios en las distintas dimensiones evaluadas. Este basamento numérico posibilitó transformar las respuestas estandarizadas de los estudiantes en indicadores estadísticos precisos, facilitando la comprobación de hipótesis, si la variabilidad del equilibrio mental guardaba una asociación cuantificable con los hábitos diarios observados en las distintas poblaciones escolares.

En cuanto al tipo de investigación, el estudio se tipificó como aplicado y del nivel correlacional-descriptivo, adoptando un diseño no experimental de corte transversal, por lo tanto, atendiendo a las directrices de Hernández-

Sampieri y Mendoza (2018), el diseño no experimental se caracteriza por la observación directa de los fenómenos en su entorno natural sin la manipulación deliberada de las variables, mientras que el carácter transversal implicó la recolección de los datos en un único momento temporal. Este marco metodológico fue el que utilizaron Laurente y Mayma (2025) al evaluar a los estudiantes de Tarma en el periodo 2024, así como Rojas (2025) en Acobamba y Laura (2025) en San Juna de Lurigancho, permitiendo capturar una fotografía instantánea del estado psicosocial de los alumnos sin alterar sus rutinas escolares.

El niveles correlacional de este diseño fue indispensable para fundamentar las pruebas inferenciales que articulan los resultados del estudio, estableciendo una relación estadísticamente significativa entre las variables, esta estructura permitió comprender la diversidad de hallazgos entre los autores de soporte: Laurente y Mayma (2025) aplicaron el diseño para comprobar una correlación nula ($p = 0{,}000$; $p = 1{,}0000$) en su ámbito local, Rojas (2025) y Laura (2025) emplearon el mismo diseño transversal correlacional para demostrar asociaciones significativas ($p < 0{,}05$ y $p < 0{,}001$). Este diseño garantizó que las diferencias en los coeficientes de significancia entre investigaciones no se debieran a sesgos de manipulación, sino a las dinámicas propias de cada muestra estudiada.

La delimitación de la población estuvo constituida por la totalidad de estudiantes adolescentes matriculados en las instituciones educativas secundarias de las zonas de estudio, de la cual se extrajo una muestra representativa mediante un muestreo probabilístico por conglomerados o aleatorio simple. Siguiendo las recomendaciones de Arias (2020), la selección muestral rigurosa asegura que cada sujeto de la población posee una probabilidad conocida de ser elegido, garantizando la validez externa y la generalización de los resultados, así, en la investigación base de Laurente y Mayma (2025) realizada en la I.E.I José Guillermo Otero de Tarma, así como en los trabajos de soporte de Rojas (2025) en Acobamba y Laura (2025) en San Juan de Lurigancho, los criterios de inclusión exigieron

la condición de alumno matriculado y la entrega del consentimiento informado.

El cálculo riguroso del tamaño muestral proporcionó la base métrica sobre la cual se calcularon los porcentajes reportados en las dimensiones de nutrición, ejercicio, manejo del estrés y soporte interpersonal, el uso de muestras numéricamente representativas por parte de Laurente y Mayma (2025) y de autores como Laura (2025) y Rojas (2025), permitió otorgar peso estadístico a cifras críticas en áreas como el desinterés en la responsabilidad en salud o el sedentarismo en el ámbito escolar, garantizando la homogeneidad de la selección de participantes adolescentes que las comparaciones transcontextuales entre los entornos urbanos y rurales del Perú mantuvieran la equivalencia muestral requerida para validar la coherencia de las conclusiones.

La técnica empleada para la recolección de la información fue la encuesta, utilizando como instrumentos cuestionarios estructurados y psicométricamente validados para cada una de las variables, de conformidad con lo planteado por Carrasco (2019), la encuesta resulta la técnica óptima para informar aspectos actitudinales y conductuales en grandes grupos de población de forma estandarizada; así, para la variable estilo de vida, los investigadores recurrieron a escalas tipo Likert adaptadas del Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida, mientras que para la salud mental se emplearon instrumentos como la Escala de Salud Mental de Arango o el Cuestionario de Salud General de GHQ, garantizando la validez de contenido mediante juicio de expertos y la confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach (alfa > 0,80).

La precisión de estos instrumentos fue determinante para cuantificar los datos específicos que sostienen el apartado de resultados, permitiendo estratificar las dimensiones en niveles (saludable y no saludable o problemas menores y marcados), de este modo, los instrumentos estandarizados utilizados por Laurente y Mayma (2025), Rojas (2025) y Laura (2025) operacionalizaron conductas complejas, tales como la autorregulación

emocional o la frecuencia alimentaria, en puntajes numéricos sumatorios. Gracias a esta rigurosidad instrumental, los autores de soporte como Sánchez (2023) y Díaz (2021) pudieron aportar datos comparables directamente, asegurando que las cifras presentadas reflejan de forma fidedigna la magnitud de los hábitos y el malestar psicológico en los educandos.

El procesamiento y análisis de la información se llevó a cabo mediante la estadística descriptiva e inferencial al ser el método de análisis más idóneo para la investigación, pues de acuerdo con Supo (2018), mientras que la estadística descriptiva permite organizar la información primaria a través de tablas de frecuencia, porcentajes y medidas de tendencia central, la estadística inferencial, por su parte, evalúa las hipótesis mediante pruebas no paramétricas cuando los datos no siguen una distribución normal. En los estudios analizados, se aplicó la prueba de distribución Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk para determinar la normalidad, optándose por el coeficiente de compensación de Spearman (p) para contrastar la relación entre el estilo de vida y la salud mental.

El empleo del coeficiente de Spearman constituyó el pilar analítico para la sustentación y comparación de las hipótesis entre los autores citados en los resultados, permitiendo esta herramienta que Laurente y Mayma (2025) reportaran los valores exactos de evaluación y significancia en cada dimensión, al tiempo que facilitó la contrastación con los valores significativos obtenidos por Rojas (2025) y Laura (2025), garantizando el rigor en el tratamiento de los datos la coherencia interna del estudio, demostrando que la interpretación de los resultados responde al análisis estadístico objetivo de las evidencias recopiladas en el campo.

4.3 Hallazgos

El estudio del estilo de vida y la salud mental en la adolescencia exige comprender esta etapa como un período crítico de consolidación conductual y neurobiológica que constituye el soporte sobre el cual

se edifica el bienestar psíquico, por lo tanto, al examinar de manera sistemática los resultados reportados por Laurente y Mayma (2025), Rojas (2025) y Laura (2025), en articulación con las evidencias antecedentes de Sánchez (2023) y Mamani (2022), se logra establecer una visión integral sobre la dinámica que interconecta el estilo de vida con la salud mental, siendo esta contrastación cuantitativa la que permitirá identificar tanto los puntos de convergencia en las frecuencias de hábitos deficientes como las discrepancias observadas en los niveles de significación estadística de las pruebas correlacionales.

En la evaluación general del estilo de vida, la investigación desarrollada por Laurente y Mayma (2025) en la I.E.I. José Guillermo Otero de Tarma reportó una distribución equitativa: un 50,0 % de los estudiantes presentó un estilo de vida saludable y el 50,0 % restante un estilo no saludable, hallazgos que dialogan directamente con las investigaciones de Rojas (2025) en instituciones de Acobamba y Laura (2025) en San Juan de Lurigancho, así como con los reportes de Sánchez (2023), quien situó el hábito global saludable en un 54,0 %, y Mamani (2022), quien identificó un 45,2 % en niveles bajos. En términos conceptuales, estas coincidencias porcentuales expresan la coexistencia de dos trayectorias de desarrollo en las aulas: por un lado, adolescentes con factores de protección consolidados y, por el otro, jóvenes vulnerables ante conductas de riesgo, reflejando un equilibrio dinámico entre la adaptación y el desajuste psicosocial.

En lo concerniente a la salud mental, los datos expuestos por Laurente y Mayma (2025) revelan que el 55,6 % de la población evaluada registra una condición de menores problemas, mientras que un 44,4 % exhibe marcados problemas de salud mental, esta proporción concuerda con lo determinado en el contexto urbano por Laura (2025) y con los análisis de Rojas (2025) sobre la prevalencia de trastornos emocionales. Asimismo, guarda coherencia con lo señalado por Díaz (2021), quien halló que el 88,0% de los adolescentes se concentra en un nivel medio de bienestar psicológico, pero conviviendo con un 22,0 % que reporta malestar significativo, cosa que está en línea con las observaciones de García (2020)

sobre la persistencia de manifestaciones de ansiedad y depresión en el ámbito escolar.

Desde la teoría del desarrollo psicoemocional, la salud mental no es un estado estático, sino un proceso activo de autorregulación frente a las exigencias ambientales, por ello, al contrastar estas cifras con las metas analizadas por Rojas (2025), se ratifica que la reactividad emocional adolescente, al carecer de canales de contención, se traduce de forma directa en cuadros de vulnerabilidad o malestar psicológico. Al examinar la relación entre ambas variables, la diferenciación estadística entre las investigaciones analizadas permite comprender las particularidades de cada contexto poblacional:

- Laurente y Mayma (2025): Hallaron una correlación nula entre el estilo de vida general y la salud mental en su muestra específica, obteniendo un coeficiente de Spearman de $p = 0{,}000$ y un nivel de significancia de $p = 1{,}000$, por lo que aceptaron la hipótesis nula.
- Rojas (2025): Determinó una relación estadísticamente significativa ($p < 0{,}05$) entre los estilos de vida y la presencia de trastornos de salud mental en adolescentes de secundaria, demostrando que hábitos eficientes incrementan el riesgo psíquico.
- Laura (2025): Reportó de igual manera una asociación significativa ($p < 0{,}001$) entre el estilo de vida y salud mental en el entorno urbano, evidenciando una mayor correlación entre la conducta diaria y el bienestar psicológico.

Desde una visión teórica e integradora, la discrepancia entre el $p = 1{,}000$ de Laurente y Mayma (2025) y los resultados significativos ($p < 0{,}05$ y $p < 0{,}001$) de Rojas (2025), Laura (2025) no involucra una independencia funcional de las variables, al contrario, las variables psicológicas suelen operar mediante mecanismos de amortiguación –como la resiliencia individual o el clima escolar- que moderan temporalmente el impacto del estilo de vida en muestras locales específicas. Sin embargo, la acumulación

continua de hábitos deficientes termina por agotar dichos recursos adaptativos, haciendo emergente la interconexión sistémica entre cuerpo y mente. En la dimensión de nutrición, las evidencias cuantitativas expresan los siguientes parámetros específicos para cada estudio:

- Laurente y Mayma (2025): Demostraron que el 53,7 % de los estudiantes mantiene un patrón no saludable, asociándose a un 35,2 % con menores problemas y un 18,5% con problemas marcados de salud mental, con el coeficiente de p = 0,216 y un valor de significancia de p = 0,117.
- Rojas (2025) y Laura (2025): Identificaron que los patrones alimentarios inadecuados se relacionan de forma directa con fluctuaciones del estado de ánimo y somatizaciones en sus respectivas muestras.

Desde la perspectiva neurobiológica y el eje intestino-cerebro, la alimentación trasciende la función metabólica, donde la ingesta adecuada de micronutrientes es indispensable para síntesis de neurotransmisores reguladores del estado de ánimo, de este modo, una nutrición deficiente constituye un factor de riesgo fisiológico que promueve la fatiga cognitiva y la labilidad emocional. De igual forma, en el área de ejercicio y actividad física, los aportes métricos se diferencian claramente según cada investigación:

- Laurente y Mayma (2025): Registraron que el 55,6 % de los participantes exhibe un estilo no saludable –asociado a un 35,2 % con problemas menores y un 20,4% con marcados problemas psicológicos- con un coeficiente de p = 0,175 y un valor de significancia de p = 0,206.
- Laura (2025) y Rojas (2025): Reportaron altas tasas de sedentarismo en entornos urbanos y semiurbanos, vinculando la falta de actividad física regular con mayor prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos.
- Sánchez (2023) y Ríos (2024): Reportaron un 74 % de inactividad física y un 53,2 % de práctica deportiva deficiente en contextos rurales, respectivamente.

Al entrelazar estos datos con los postulados de Monteiro et al (2021) se constata que la falta de movimiento priva al organismo de la liberación de endorfinas y del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), la inactividad física no solo altera la homeostasis psicofisiológica, sino que deprime la percepción de autoeficacia y la construcción de la autoestima corporal en el joven. Igualmente, respecto a la responsabilidad en salud, la comparación de los resultados refleja lo siguiente:

- Laurente y Mayma (2025): Reflejaron una situación crítica donde el 92,6 % de los adolescentes se ubica en el rango no saludable -51,9 % con problemas menores y un 40,7 % con marcados problemas de salud mental), con una correlación de p = 0,032 y una significancia de p = 0,820.
- Rojas (2025): Encontró un marcado déficit en el autocuidado de los estudiantes de Acobamba, asociando esta conducta pasiva a la falta de programas preventivos en el ámbito escolar.
- Sánchez (2023): Coincidió en esta tendencia al reportar un 74 % de desinterés en el autocuidado de la salud.

Teóricamente, este resultado se explica por la maduración de las funciones ejecutivas y de la corteza prefrontal durante la adolescencia, donde al no estar completamente consolidada la noción de riesgo futuro ni el sentido de autocuidado consciente, el estudiante adopta una postura pasiva hacia la prevención, aumentando su vulneración psicosocial; por lo tanto, en la dimensión de manejo del estrés, las cifras se distribuyen de la subsiguiente manera:

- Laurente y Mayma (2025): Hallaron que el 63 % de la muestra sostiene un estilo no saludable –35,2 % asociado a problemas menores y un 27,8 % a marcados problemas de salud mental-, obteniendo un coeficiente de p = 0,009 y un valor p = 0,951.

- Laura (2025): Destacó que el manejo deficiente del estrés es uno de los predictores más significativos de desajustes emocional en adolescentes en San Juna de Lurigancho.
- Sánchez (2023): Reportó un panorama equivalente, donde el 56% de los adolescentes presentó una gestión inadecuada de la tensión emocional.

Desde el modelo cognitivo-conductual, el estrés no regulado genera una sobrecarga alostática, por lo que, la falta de estrategias eficaces de afrontamiento conduce a mecanismos desadaptativos de evitación y rumiación, desencadenando somatizaciones, frustración persistente y aislamiento dentro del entorno escolar. En relación con el soporte interpersonal, la diferenciación de resultados muestra las siguientes particularidades:

- Laurente y Mayma (2025): Identificaron que el 57,4 % de los alumnos posee un nivel no saludable -35,2% con menores problemas y 22,2 % con marcados problemas psicológicos- obteniendo un coeficiente de p = 0,132 y un valor p = 0,334.
- Rojas (2025): Señaló que la debilidad en las redes de apoyo familiar y escolar en Acobamba incrementa los indicadores de vulnerabilidad ante trastornos de salud mental.
- Sánchez (2023) y Mamani (2022): Mientras Sánchez (2023) halló un 64 % de relaciones interpersonales saludables, Mamani (2022) identificó un 40,1 % en niveles bajos de soporte.

Integrando los planteamientos de Cahuana (2019), el apoyo social percibido de la familia y los pares actúa como un amortiguador clave contra la depresión, la fractura de estos vínculos de contención priva al estudiante de la validación empática necesaria para consolidar su identidad, incrementando el riesgo de desajuste psicoemocional. En contraste con las dimensiones físicas, la autoactualización evaluada por los autores arrojó los siguientes hallazgos:

- Laurente y Mayma (2025): Registraron un comportamiento ampliamente favorable, alcanzando un 68,5 % en el nivel saludable, donde el 35,2 % presenta menores problemas de salud mental y el 33,3% problemas marcados, con p = 0,125 y p = 0,368.
- Laura (2025) y Sánchez (2023): Ambos autores reportan prevalencias superiores al 65 % en crecimiento personal y proyecto de vida, confirmando que el área motivacional tiende a mantenerse preservada.

Desde la psicología humanista y los fundamentos de Campos et al. (2023), la autoactualización refleja el impulso intrínseco del ser humano por trascender, la presencia de niveles óptimos en esta área demuestra que, aun en entornos con marcados déficit físicos y nutricionales, los adolescentes conservan un núcleo de motivación que actúa como factor de resiliencia. Al situar estos resultados en el contexto geográfico y social, se observa que las cifras descriptivas obtenidas por Laurente y Mayma (2025) en Tarma, Rojas (2025) en Acobamba y Laura (2025) en San Juan de Lurigancho concuerdan con las investigaciones de Ríos (2024) en Cahua y Mamani (2022) en Lampa. En todas estas realidades educativas, los indicadores de sedentarismo, falta de responsabilidad médica y baja gestión del estrés superan el 50,0% de prevalencia no saludable. Esta constancia transcontextual sugiere que las conductas de riesgo responden al marco socioecológico de la salud, donde las limitaciones del entorno escolar y comunitario condicionan las oportunidades de adoptar estilos de vida protectores.

La síntesis articulada de las evidencias cuantitativas recopiladas por los autores permite estructurar una lectura de conjunto donde la variación de los valores de significancia -desde los valores no significativos ($p > 0,05$) en dimensiones específicas planteados por Laurente y Mayma (2025) hasta la alta significación ($p < 0,05$ y $p < 0,001$) demostrada por Rojas (2025) y Laura (2025)- se complementa con la consistencia de las frecuencias descriptivas. El hecho de que una proporción considerable de estudiantes presente marcados problemas de salud mental en forma paralela a elevados porcentajes de hábitos no saludables respalda la conclusión central: el

estilo de vida constituye la base biológica, afectiva y social sobre la cual se sostiene el equilibrio psicológico del educando.

En conclusión, los hallazgos integrados por los diversos investigadores fundamentan la necesidad urgente de transformar las dinámicas de intervención psicosocial en el sistema educativo, tal como lo enfatizan Laurente y Mayma (2025), Rojas (2025) y Laura (2025), la coexistencia de más de un 50% de alumnos con hábitos deficientes en nutrición, ejercicio y manejo del estrés requiere superar los enfoques asistenciales tradicionales, así, promover estilos de vida saludables en la escuela debe concebirse como una política de prevención primaria integral que, al fortalecer el autocuidado y las competencias emocionales, permita mitigar el malestar psicológico y potenciar el desarrollo humano de las futuras generaciones.

4.4 Discusión

La interpretación teórica del estilo de vida y la salud mental en la adolescencia conlleva a trascender la simple correlación estadística para comprender la psique humana como un sistema dinámico complejo, donde las conductas cotidianas constituyen la estructura de soporte de los procesos afectivos y cognitivos, por ello, al contrastar las interpretaciones de Laurente y Mayma (2025), Rojas (2025) y Laura (2025), se evidencia que la adolescencia no es únicamente una etapa de transición biopsicosocial, sino un periodo crítico de plasticidad neurobiológica donde los hábitos instaurados configuran la arquitectura funcional del cerebro. Lejos de ser decisiones aisladas o caprichosas, los comportamientos diarios expresan la interacción constante entre las demandas del entorno y las capacidades de autorregulación del individuo, por lo tanto, el estudio de estas variables no debe limitarse a la cuantificación de conductas, sino al análisis de cómo el contexto socioeducativo facilita o restringe la adopción de trayectorias de vida orientadas al bienestar integral.

Desde el modelo socioecológico propuesto por Urie Bronfenbrenner, las prácticas de salud del adolescente se comprenden como el resultado

emergente de múltiples capas de influencia que interactúan de forma bidireccional, el microsistema escolar y familiar moldea directamente las pautas de alimentación, el descanso y la actividad física, mientras que el exosistema y el macrosistema imponen barreras o facilitadores socioeconómicos y culturales. Las convergencias observadas entre investigaciones realizadas en contextos geográficos y sociales tan diversos como Tarma (Laurente y Mayma, 2025), Acobamba (Rojas, 2025), San Juan de Lurigancho (Laura, 2025), Los Olivos (Sánchez, 2023) y Lampa (Mamani, 2022) demuestran que las conductas de riesgo responden a patrones estructurales, donde la vulnerabilidad manifestada por los estudiantes en sus hábitos diarios no constituye una responsabilidad estrictamente individual, más certeramente son el síntoma de un ecosistema social que carece de mecanismos eficientes para la promoción primaria de la salud.

La teoría del neurodesarrollo ofrece una clave explicativa fundamental para comprender la marcada fragilidad observada en dimensiones como la responsabilidad en salud y la gestión del estrés, durante la adolescencia se produce una maduración asincrónica entre las estructuras subcorticales del sistema límbico -encargadas del procesamiento emocional y la búsqueda de recompensa inmediata- y la corteza prefrontal, responsable de las funciones ejecutivas, la planificación a largo plazo y la evaluación de riesgos; esta brecha en el desarrollo neurocognitivo explica por qué la mayoría de los estudiantes omite las conductas preventivas y la planificación del autocuidado, tal como lo constatan Laurente y Mayma (2025) y Rojas (2025), es decir, al no estar complemente consolidado el control top-down de la corteza prefrontal, el adolescente tiende a responder prioritariamente ante el estímulo presente, delegando o postergando las acciones protectoras de su propia salud física y mental.

Integrando le modelo transaccional del estrés formulado por Lazarus y Folkman junto con la teoría de la carga alostática de McEwen, la persistencia de los estilos de vida inadecuados se conceptualiza como un estresor biológico continuado que agota los recursos adaptativos del organismo,

donde la falta de sueño reparados, el sedentarismo y la mala alimentación no operan de forma neutral; por el contrario, imponen un costo fisiológico acumulativo que desgasta los sistemas neuroendocrino e inmunológico. Cuando el estudiante enfrenta exigencias académicas y sociales sin una rutina diaria equilibrada, sus mecanismos de afrontamiento cognitivo se ven sobrepasados, según argumenta Laura (2025) y los ratifican las evidencias de Bin Baz et al (2023), la incapacidad para gestionar la tensión emocional no es un fallo puramente psicológico, sino la consecuencia de un organismo cuya reserva alistática ha sido mermada por la ausencia de hábitos protectores básicos.

En el ámbito de la nutrición, la reflexión teórica debe distanciarse del enfoque meramente estético o calórico para situarse en el campo de la psiconeuroinmunología y el estudio del eje intestino-cerebro, pues la ingesta de alimentos incide de forma directa en el microbiota intestinal, órgano clave en la síntesis de neurotransmisores esenciales como la serotonina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), reguladores primarios de la homeostasis afectiva. Tal como sugieren Rojas (2025) y Laura (2025), los patrones alimentarios deficientes generan estados de inflamación sistémica de bajo grado y fluctuaciones glucémicas que impactan en la estabilidad del estado de ánimo, de este modo, la desnutrición o malnutrición por exceso actúan como detonantes neuroquímicos de síntomas ansiosos y depresivos, demostrando que la dieta es una variable biológica activa en la estructuración de la salud mental escolar.

En cuanto a la actividad física, esta adquiere una dimensión profunda al ser analizada bajo la neurobiología de la autorregulación emocional, siguiendo los planteamientos de Monteiro et al (2021), la práctica regular de ejercicio trasciende la salud cardiovascular al estimular la liberación del factor neurotrófico derivado del cerebro (BNDF), molécula esencial para la neuroplasticidad, el aprendizaje y la neurogénesis en el hipocampo. La alta prevalencia de sedentarismo documentada en las investigaciones de Laurente y Mayma (2025), así como por Laura (2025) y Sánchez (2023), representa la privación de un regulador biológico natural del afecto, donde

al carecer de la modulación dopaminérgica y endorfínica que proporciona el movimiento corporal, el adolescente pierde una vía fundamental de descarga de tensión psíquica, lo que deteriora paralelamente la percepción de autoeficacia física y el desarrollo del autoconcepto.

El soporte interpersonal debe ser problematizado desde la teoría del apego de Bowlby y el concepto de la hipótesis de amortiguación social, las relaciones significativas con la familia, los docentes y los pares actúan como un escudo protector que altera la percepción de amenaza ante los acontecimientos estresantes de la vida cotidiana, como argumenta Cahuana (2019) y se corrobora en los análisis de Rojas (2025) y Mamani (2022), la debilidad en las redes de apoyo priva al joven del sentimiento de pertenencia y de la validación empática, los cuales son elementos indispensables para la consolidación de la identidad, siendo que, la ausencia de un entorno social contenedor magnifica el impacto del malestar psicológico, transformando problemas emocionales pasajeros en cuadros persistentes de aislamiento y desajuste afectivo.

Asimismo, un fenómeno teórico de singular relevancia se observa al analizar la dimensión de autoactualización evaluada por los autores. A pesar de los marcados déficits identificados en las áreas físicas y preventivas, la autoactualización tiende a mantenerse en niveles predominantemente favorables, según lo reportado por Laurente y Mayma (2025), Laura (2025) y Sánchez (2023); en respuesta, interpretado desde la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan y la psicología humanista de Maslow, este hallazgo evidencia que la motivación intrínseca por el crecimiento personal, la búsqueda de propósito y la trascendencia constituyen una fuerza del desarrollo altamente resistente, pues como indica Campos et al (2023), los adolescentes poseen un núcleo de resiliencia motivacional que permanece activo aun en condiciones socioambientales adversas, representando el principal recurso disposicional sobre el cual es posible edificar intervenciones psicopedagógicas transformadoras.

La salud mental no se define por la presencia o ausencia de patología, sino por la fortaleza del sentido de coherencia del individuo, compuesto por la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad de su experiencia vital, un estilo de vida no saludable debilita la manejabilidad del entorno, ya que el estudiante percibe que carece de las herramientas biológicas y conductuales para hacer frente a las demandas de su medio, sin embargo, los altos niveles de autoactualización reportados sostienen la significatividad, el componente motivacional del sentido de coherencia. El reto central de la psicología educativa consiste entonces en articular ese sentido de vida con competencias concretas de autocuidado, logrando que el propósito personal se traduzca en conductas diarias de protección de la propia salud.

El análisis epistemológico de las divergencias estadísticas en la prueba de hipótesis entre los estudios ofrece valiosas lecciones sobre la complejidad de la investigación psicosocial, mientras que Rojas (2025) y Laura (2025), identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre los hábitos cotidianos y el malestar psicológico, Laurente y Mayma (2025), por su parte, hallaron una independencia estadística en su muestra específica. Lejos de constituir un resultado contradictorio, esta variación ilustra la presencia de variables moderadoras latentes, factores como la resiliencia individual, la cohesión comunitaria o la intensidad de los estresores ambientales pueden amortiguar temporalmente la expresión clínica del hábito no saludable, no obstante, la acumulación prolongada de conductas de riesgo termina por desbordar dichos mecanismos de contención, haciendo emergente la conexión sistémica entre el cuerpo y la mente.

La institución educativa debe reconceptualizarse teóricamente como un ecosistema promotor de salud y regulador de la conducta, no solo como un espacio de instrucción académica, por tanto, la elevada frecuencia de problemas de salud mental detectada por Laurente y Mayma (2025), Laura (2025) y García (2020), demuestra las limitaciones del modelo escolar tradicional, el cual suele fragmentar el desarrollo intelectual

del bienestar emocional y físico. Desde la perspectiva de la pedagogía crítica y la salud pública, la escuela tiene la capacidad de reestructurar las rutinas diarias de los adolescentes mediante la oferta de actividades físicas formativas, la orientación nutricional consciente y la creación de espacios de escucha activa, transformando el microentorno educativo en un factor de protección activo.

Las implicaciones teóricas orientan a la psicología educativa hacia la superación de los enfoques asistenciales e individuales en la atención de la salud mental, dado que, las intervenciones que intentan tratar el malestar psicológico ignorando la calidad de la nutrición, los patrones de sueño, el nivel de movimiento y las relaciones interpersonales del estudiante están destinadas a una efectividad limitada, tal como se concluye de la lectura integrada de las investigaciones de Laurente y Mayma (2025), Rojas (2025) y Laura (2025), el abordaje de la salud mental debe ser sistémico e interdisciplinario, articulando la salud física, la educación emocional y el fortalecimiento del tejido social en una sola estrategia de desarrollo humano, esto considerando que la resiliencia biopsicosocial en la adolescencia no es un atributo estático o hereditario, sino una capacidad dinámica que se construye dialécticamente a través de la práctica diaria.

Un estilo de vida saludable proporciona el sustrato neurobiológico y la energía metabólica necesarios para que el estudiante ejercite la autorregulación cognitiva, enfrente las frustraciones con flexibilidad y construya vínculos afectivos maduros. Cuando el entorno escolar o familiar no promueve estos hábitos, se erosiona la base biológica de la resiliencia, dejando al adolescente expuesto a la vulnerabilidad emocional; por el contrario, la consolidación de conductas protectoras potencia la capacidad de adaptación, permitiendo que el joven transforme las adversidades de su entorno en oportunidades de aprendizaje y maduración integral.

En síntesis, la discusión de los hallazgos aporta una visión renovada sobre la dinámica del desarrollo adolescente: la conducta diaria es la expresión concreta de la salud mental, y la salud mental es la dimensión subjetiva

del equilibrio biopsicosocial, las coincidencias en las problemáticas de nutrición, sedentarismo y manejo del estrés reportadas por la literatura andina y urbana del Perú (Sánchez, 2023) confirman la necesidad urgente de situar el estilo de vida en el centro de las políticas de prevención psicosocial., donde promover el autocuidado en las aulas no es una medida complementaria o accesoria, es la condición indispensable para el desarrollo de la mente humana.

Por último, la integración teórica de las investigaciones de Laurente y Mayma (2025), Rojas (2025) y Laura (2025) fundamenta la tesis de que el estilo de vida constituya la infraestructura biológica, afectiva y social sobre la cual se sostiene la salud mental del educando, razón por la que, garantizar que las futuras generaciones dispongan de entornos protectores, rutinas saludables y competencias de autorregulación emocional es la estrategia más sólida para prevenir el sufrimiento psicológico y promover el desarrollo humano, ya que la salud mental del adolescente, fuera del ámbito clínico, puede percibirse como un proyecto educativo, social y ético que compromete a la comunidad en su conjunto.

4.5 Conclusiones y recomendaciones

1) Existe una prevalencia crítica de estudiantes de secundaria en el Perú que mantiene estilos de vida no saludable, superando el 50,0% en dimensiones esenciales como la actividad física, la nutrición y la prevención médica, esta vulnerabilidad habitual refleja deficiencias en las estructuras de contención del entorno socioeducativo, por lo que, se recomienda a las direcciones regionales de educación e instituciones escolares implementar programas transversales de promoción de la salud en el currículo nacional, incorporando talleres obligatorios de educación alimentaria, módulos de ejercicio físico adaptados y jornadas de autocuidado durante todo el año académico.
2) La presencia de sintomatología vinculada a trastornos de la salud mental alcanza niveles preocupantes en el ámbito escolar, lo que demuestra

una seria fragilidad psicosocial en los estudiantes, frente a esta realidad, se recomienda al Ministerio de Salud (MINSA) en articulación con el Ministerio de Educación (MINEDU) fortalecer los Departamentos de Psicología Escolar e integrar activamente los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) con las instituciones educativas, estableciendo protocolos de tamizaje psicométrico periódico para la detección precoz y atención oportuna de las alteraciones afectivas.

3) Las dimensiones de manejo del estrés y responsabilidad en salud presentan las cifras más alarmas de inactividad y omisión preventiva, evidenciando que la inmadurez funcional de la corteza prefrontal requiere de un soporte externo, en consecuencia, se recomienda a los gabinetes psicopedagógicos diseñan e implementan programas de entrenamiento en habilidades socioemocionales e higiene mental, instruyendo a los alumnos en técnicas de autorregulación emocional, reestructuración cognitiva y adopción de hábitos de chequeo preventivo diario.

4) A pesar de las privaciones biológicas y preventivas, la autoactualización y el crecimiento. personal se conservan en niveles predominantemente favorables, lo que confirma la existencia de un núcleo de motivación intrínseca que actúa como factor de resiliencia, por tanto, se recomienda a educadores y tutores aprovechar esta disposición mediante programas de orientación vocacional, talleres de liderazgo y proyectos de vida orientados al sentido, logrando que el propósito personal del estudiante se traduzca de forma concreta en conductas sistemáticas de protección de su salud física y mental.

5) Más del 50,0 % de los educandos registra debilidades en la dimensión de soporte interpersonal, lo que evidencia la fragilidad de las redes de contención afectiva en el entorno familiar y en el grupo de pares, de modo que, se recomienda a las autoridades educativas reactivar de forma intensiva la “Escuela para Padres” con un enfoque centrado en la inteligencia emocional, la comunicación asertiva y la prevención de la violencia intrafamiliar, promoviendo simultáneamente dinámicas

de integración grupal y tutorías entre iguales para consolidar el apoyo mutuo en el aula.

RECOMENDACIONES FINALES

1) La estabilidad emocional en esta etapa rara vez es un evento fortuito, se sostiene sobre la base de rutinas fisiológicas diarias, por lo tanto, el descanso reparador, la actividad física constante y una nutrición equilibrada no son simples recomendaciones de bienestar físico, sino requisitos biológicos indispensables para la regulación neuroquímica de un cerebro en reestructuración, de modo que, cuando los pilares colapsan, las manifestaciones de ansiedad o desánimo emergen a menudo como la respuesta natural del organismo ante un desgaste acumulado.

2) Exigir a un adolescente que mantenga un estilo de vida saludable basándose únicamente en su "fuerza de voluntad" ignora la influencia determinante de su entorno, las decisiones de un joven están condicionadas por las dinámicas familiares, la sobrecarga académica, la presión de pares y el acceso a espacios comunitarios seguros. Para que la prevalencia sea real, la comunidad debe dejar de ser un escenario pasivo y convertirse en un facilitador que haga de las opciones saludables el camino más accesible y socialmente válido.

3) La tecnológico no impacta la salud mental únicamente por el tipo de contenido consumido, sino por las experiencias esenciales que desplaza de forma silenciosa, donde el uso indiscriminado de pantallas, especialmente en horario nocturno, deteriora la calidad del sueño, reduce la actividad física y fragmenta la interacción cara a cara, sin embargo, el desafío no radica en demonizar el entorno digital, su

propósito es proteger esos espacios presenciales e insustituibles que nutren la empatía, el descanso y la autorregulación emocional.

4) Un estilo de vida saludable fortalece la resiliencia, pero no elimina la frustración, la tristeza o la incertidumbre, emociones que son parte inherente del proceso de maduración, un enfoque socioeducativo maduro debe enseñar a transitar el malestar cotidiano como una oportunidad para desarrollar recursos propios, evitando la tendencia a calificar cada fluctuación emocional o momento de angustia como un trastorno psicológico que requiere medicalización etiqueta clínica.

5) Las estrategias educativas basadas en la prohibición, la culpa o la vigilancia estricta suelen general distanciamiento y resistencia en el adolescente, las intervenciones con mayor impacto son aquellas que fomentan el pensamiento crítico y la autonomía. Cuando se acompaña al joven a comprender cómo sus hábitos diarios afectan directamente sus propios proyectos de vida, niveles de energía y metas personales, el cuidado de la salud mental deja de ser una regla impuesta y se convierte en una decisión con propósito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.

Allen, J. & Loeb, E. (2015). *El Sistema de Pares en la Adolescencia: Desarrollo Social en Contexto*. Current Opinion in Psychology, 5, 16–21.

Amagua Maldonado, I. E. (2023). *Sedentarismo y beneficios de la actividad física en los adolescentes: una revisión sistemática*. MENTOR Revista de Investigación Educativa y Deportiva. https://doi.org/10.56200/mried.v2i5.5725

Arafa, A., Yasui, Y., Kokubo, Y., Kato, Y., Matsumoto, C., Teramoto, M., Nosaka, S., & Kogirima, M. (2024). Lifestyle Behaviors of Childhood and Adolescence: Contributing Factors, Health Consequences, and Potential Interventions. *American journal of lifestyle medicine*, 15598276241245941. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/15598276241245941

Arias, F. G. (2020). *El Proyecto de Investigación: Introducción a la Metodología Científica* (7.ª ed.). Editorial Episteme. https://www.researchgate.net/publication/27298565_El_Proyecto_de_la_Investigacion_Introduccion_a_la_Metodologia_Cientifica

Aristizábal Hoyos, Gladis Patricia, Blanco Borjas, Dolly Marlene, Sánchez Ramos, Araceli, & Ostiguín Meléndez, Rosa María. (2011). *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión.* Enfermería universitaria, 8(4), 16-23. Recuperado en 30 de agosto de 2026, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es&tlng=es

Babicka-Wirkus, A., Kozłowski, P., Wirkus, Ł. y Stasiak, K. (2023). Internalizing and externalizing disorder levels among adolescents: Data from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(3), Article 2752. https://doi.org/10.3390/ijerph20032752

Bin Baz, S. Malibarey, W. & Alsalmi, H. (2023). *Relationship between healthy lifestyle and psychological well-being among female adolescents in Taif city, Saudi Arabia.* Journal of Family Medicine and Primary Care, 12(4), 680-687. https://doi.org/10.7759/cureus.50189

Bull, F. Al-Ansari, S. Biddle, S. Borodulin, K. Buman, M. Cardon, G. & Willumsen, J. (2020). *Directrices de la Organización Mundial de la Salud de 2020 sobre Actividad Física y Comportamiento Sedentario.* British Journal of Sports Medicine, 54(24), 1451-1462. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955

Bustamante Espinoza, L. K.., Luzuriaga Calle, M. A.., Rodríguez Rodríguez , P. E.., & Espadero Faican, R. G. (2022). *Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática.* Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación, 6(42), 389–398. https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp389-398

Cahuana, R. H. (2019). *Depresión y Apoyo Social en Alumnos del Programa de Enfermería de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión Tarma 2019*

(Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión). Repositorio Institucional UNDAC. https://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/2339

Campos, N. Muñoz, C. Valenzuela, S. & Parra, M. (2023). *Estilos de Vida de Adolescentes y su Relación con la Percepción de sus Contextos de Desarrollo en el Biobío, Chile*. Revista Chilena de Salud Pública, 27(1), 15-26. https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.389

Campos-Valenzuela, N., Espinoza-Venegas, M., Celis-Bassignana, M., Luengo-Machuca, L., Castro-Aravena, N. y Cabrera-Melita, S. (2023). *Estilos de vida de adolescentes y su relación con la percepción de sus contextos de desarrollo. SANUS, 8*, Article e389. https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.389

Carrasco, S. (2019). *Metodología de la Investigación Científica: Pautas Metodológicas para Diseñar y Desarrollar Investigaciones en Ciencias Sociales*. Editorial San Marcos.

Colaboradores del Estudio de la Carga Mundial de Enfermedad (GBD) sobre la Salud Adolescente. (2022). *Carga Mundial, Regional y Nacional de Enfermedades y Lesiones en Adolescentes y Adultos Jóvenes: Un Análisis Sistemático para el Estudio de la Carga Mundial de Enfermedad*. The Lancet, 399(10344), 2375-2400.

Díaz, G. J. (2021). *Nivel de Salud Mental en Adolescentes de una Institución Educativa Estatal de Trujillo* (Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo). Repositorio Institucional UCV.

Durlak, J. Weissberg, R. y Pachan, M. (2022). *Promoción del Aprendizaje Socioemocional en Entornos Escolares: Un Metaanálisis Actualizado*. Revista de Psicología Escolar, 92, 145-162.

Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science, 196(4286), 129-136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and crisis. W. W. Norton & Company.

Firth, J. Solmi, M. Wootton, R. Vancampfort, D. Schuch, F. Hoare, E. & Stubbs, B. (2020). *Una Metarevisión de la "Psiquiatría del Estilo de Vida": El Papel del Ejercicio, el Tabaquismo, la Dieta y el Sueño en la Prevención y el Tratamiento de los Trastornos Mentales*. World Psychiatry, 19(3), 360-380. https://doi.org/10.1002/wps.20773

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2021). Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. UNICEF.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2011). *Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16(1), 15-25. https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10348

García, D. (2020). *Bienestar Psicológico en Adolescentes Montevideanos a través de la Escala BIEPS-J*. Ciencias Psicológicas, 14(1), e-2150.

Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A user's Guide to the General Health Questionnaire (GHQ)*. NFER-Nelson.

Goodman, R. (1997). *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

Gross, J. & John, O. (2003). *Diferencias Individuales en Dos Procesos de Regulación Emocional: Implicaciones para el Afecto, las Relaciones y el Bienestar*. Journal of Personality and Social Psychology, 85(2), 348–362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348

Gross, J. (1998). *El Campo Emergente de la Regulación Emocional: Una Revisión Integradora*. Review of General Psychology, 2(3), 271–299.

Hawkes, S. Buse, K. Kapilashrami, A. (2022). *Género, Juventud y Salud Global: Empoderamiento de los Jóvenes en el Codiseño de Políticas de Salud Pública*. Global Health Action, 15(1), 2034561.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. McGraw-Hill Interamericana. https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6

Hill, A. B. (1965). *The environment and disease: Association or causation?* Proceedings of the Royal Society of Medicine, 58(5), 295-300.

Inhelder, B., y Piaget, J. (1955). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Presses Universitaires de France.

Jiménez-Boraita, R., Arriscado-Alsina, D., Dalmau-Torres, J. M., & Gargallo-Ibort, E. (2022). *Factores asociados al sueño nocturno de los adolescentes*. Revista Pediatría de Atención Primaria, 24(96), 375-384. https://reunir.unir.net/handle/123456789/15007

Kabat-Zinn, J. (2003). *Intervenciones Basadas en la Atención Plena en Contexto: Pasado, Presente y Futuro*. Psicología Clínica: Ciencia y Práctica, 10(2), 144–156.

Kandola, A. Ashdown-Franks, G. Hendrikse, J. Sabiston, C. & Stubbs, B. (2021). Actividad Física y Depresión: Hacia la Comprensión de los Mecanismos Antidepresivos de la Actividad Física. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 107, 525-539. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.040

Kim, D. Jung, Y. Nam, E. Vásquez, D. & Peñaherrera, E. (2020). *Escuelas Promotoras de la Salud: un Programa Multicomponente para Prevenir los Riesgos Conductuales en Adolescentes (2014-2017).* Persona, (23-1), 79–96. https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(1).4834

Konrad, K., Firk, C., & Uhlhaas, P. J. (2013). *Brain development during adolescence: neuroscientific insights into this developmental period.* Deutsches Arzteblatt international, 110(25), 425–431. https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0425

Laura, R. (2025). *Estilo de Vida y Salud Mental en Adolescentes de una Institución Educativa de San Juan de Lurigancho 2025* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://hdl.handle.net/20.500.12692/178491

Laurente Romero, A. & Mayma Rodríguez, L. (2025). *Estilo de Vida y Salud Mental del Adolescente de la Institución Educativa Integrada José Guillermo Otero del Distrito de Tarma 2024* (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión). Repositorio Institucional UNDAC.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Estrés, Evaluación y Afrontamiento.* Springer Publishing Company.

Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). *Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas basadas en el modelo biopsicosocial*

en países latinoamericanos. Revista Panamericana de Salud Pública, 45, e158. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158

Lubans, D. Richards, J. Hillman, C. Faulkner, G. Beauchamp, M. Nilsson, M. Kelly, P. Smith, J. Rimer, F. & Biddle, S. (2016). *Actividad Física para la Salud Cognitiva y Mental en Jóvenes: Una Revisión Sistemática De Mecanismos.* Pediatría, 138(3), e20161642. https://doi.org/10.1542/peds.2016-1642

Mamani, Y. M. (2022). *Estilos de Vida en Adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias del Distrito de Lampa, Puno, Perú.* Revista Científica de Ciencias de la Salud, 15(2), 45-52 https://doi.org/10.33326/27905543.2022.1.1369

Marcia, J. E. (1980). *Identity in adolescence.* En J. Adelson (Ed.), Handbook of adolescent psychology. Wiley.

Marx, W. Lane, M. Hockey, M. Aslam, H. Berk, M. Walder, K. & Jacka, F. (2021). *Dieta y Depresión: Explorando los Mecanismos Biológicos de Acción.* Molecular Psychiatry, 26(1), 134-150. https://doi.org/10.1038/s41380-020-00925-x

Monteiro, D., Rodrigues, F., & Lopes, V. (2021). *El Papel Mediador del Apoyo Social y la Actividad Física en la Autoestima Global de Adolescentes.* Cuadernos de Psicología del Deporte, 21(2), 88-101.

Naciones Unidas. (2024). *Marco de Políticas Mundiales para el Desarrollo de la Juventud y la Integración de la Salud Mental.* Publicaciones de la ONU.

Odgers, C. (2023). *Salud Mental Adolescente en la Era Digital.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 64(4), 512-514.

Oliva Delgado, A. (2012). *Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia.* Apuntes De Psicología, 30(1-3), 477-486. https://doi.org/10.55414/bk8xk328

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025). *Salud mental del adolescente* [Nota descriptiva]. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud Mental del Adolescente*. OMS. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directrices sobre Promoción de la Salud Mental e Intervenciones Preventivas para Adolescentes*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions

Organización Panamericana de la Salud [OPS]/Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *Estrategias OPS/OMS para la salud mental de niños, niñas y adolescentes: Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) en la red de atención no especializada*. https://www.paho.org/sites/default/files/salud-mental-ninos-adolescentes_0.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. OPS.

Patel, V. Saxena, S. Lund, C. Thornicroft, G. Baingana, F. Bolton, P. y Unützer, J. (2023). *Comisión de The Lancet sobre Salud Mental Global y Desarrollo Sostenible*. The Lancet, 401(10378), 750-788.

Pender, N. Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th ed.). Pearson.

Pennebaker, J. W. (1997). *Escribir sobre Experiencias Emocionales como Proceso Terapéutico*. Psychological Science, 8(3), 162–166. Walker, M. (2017). Por qué dormimos: Descifrando el poder del sueño y los sueños. Scribner.

Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., y Madigan, S. (2021). *Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis.* JAMA Pediatrics.

Ríos, L. (2024). *Estilos de Vida en los Adolescentes de Primero a Quinto Grado de Nivel Secundario de una Institución Educativa Pública Rural 20037 Cahua de Lima Provincias en el Año 2023* (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

Ríos, L. Melgar, C. & Gómez, M. (2025). *Estilos de Vida en Adolescentes de una Institución Educativa Pública en Cahua, Lima, Perú.* Revista Enfermería Herediana, 18(1), e5934. https://doi.org/10.20453/renh.v18i2025.5934

Ríos, L. S. (2024). *Estilos de Vida en los Adolescentes de Primero a Quinto Grado de Nivel Secundario de una Institución Educativa Pública Rural 20037 Cahua de Lima Provincias en el año 2023* (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

Rojas, M. (2023). *Estilo de Vida y Salud Mental en Adolescentes de Instituciones Educativas* (Tesis de licenciatura). Repositorio Institucional.

Romano, E., Tremblay, R. E., Vitaro, F., Zoccolillo, M., y Pagani, L. (2005). *Sex and informant effects on diagnostic comorbidity in an adolescent community*

sample. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46(9), 943-955. https://doi.org/10.1177/070674370505000808

Sánchez, R. V. (2023). *Estilo de Vida de los Adolescentes de 3ro A 5to de Secundaria de la Institución Educativa Genes los Olivos 2022* (Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo). Repositorio Institucional UCV.

Shorey, S., Ng, E. D., y Wong, C. H. J. (2021). *Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis*. British Journal of Clinical Psychology.

Soenens, B. Vansteenkiste, M. & Beyers, W. (2022). *Crianza de Adolescentes*. Manual de crianza (págs. 111-137). Routledge.

Supo, J. (2018). *Cómo Probar una Hipótesis Estadística: Guía Práctica para Probar Hipótesis en Ciencias de la Salud*. Bioestadístico E.I.R.L.

Tarokh, L. Saletin, J. & Carskadon, M. (2023). *El Sueño en la Adolescencia: Fisiología, Cognición y Salud Mental*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 70, 182-188.

UNICEF. (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNICEF. (2023). *El Estado Mundial de la Infancia 2023: Inversión en Salud Mental e Infraestructura Comunitaria para Adolescentes*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Viner, R. Russell, S. Croker, H. Packer, J. Ward, J. Stansfield, C. & Booy, R. (2021). *Cierre de Escuelas y Prácticas de Gestión durante Brotes de Coronavirus,*

incluido el COVID-19: Una Revisión Sistemática Rápida. The Lancet Child & Adolescent Health, 5(5), 397-409.

Vos, T. Lim, S. Abbafati, C. Abbas, K. Abbasi, M. Abbasifard, M. & Murray, C. J. (2020). *Carga Mundial de 369 Enfermedades y Lesiones en 204 Países y Territorios: Un Análisis Sistemático para el Estudio de la Carga Mundial de Enfermedad 2019.* The Lancet, 396(10258), 1204-1222.

Zoogman, S. Goldberg, S. Hoyt, W. & Miller, L. (2015). *Intervenciones Basadas en la Atención Plena con Jóvenes: Un Metaanálisis.* Mindfulness, 6(2), 290–302.



EDITORIAL
NAVEGANTE