



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Evaluación de competencias socioemocionales y hábitos de vida saludable en adolescentes

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciada
en Psicología Clínica

Autora:

Ana María Bermeo Mejía

Directora:

Norma Alexandra Reyes Fernández de Córdova

Cuenca - Ecuador

2026

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios, por acompañarme en cada paso
y brindarme claridad a lo largo del camino.

A mi papi, Rodrigo, por creer en mí siempre, por su cariño
y por su apoyo constante en cada etapa de este camino.

A mi mami, Paola, por su comprensión, su amor
y por sostenerme incluso en los momentos más difíciles.

A mi hermana, María Paz, por ser una de mis mayores alegrías
y una constante motivación en mi vida.

Y a mí misma, por la resiliencia, y la fortaleza que me permitieron
no rendirme, incluso en los momentos más difíciles,
recordándome que soy capaz de lograr más de lo que imagino.

Agradecimiento

Agradezco a mi tutora de tesis por su guía,
y aportes durante el desarrollo de esta investigación.

A mis docentes, por los conocimientos compartidos
a lo largo de mi formación académica.

A mi familia, por su presencia y apoyo a lo largo de este camino.

A mis abuelos, por su cariño, sus enseñanzas y
por ser fuente de apoyo a lo largo de mi vida.

Finalmente, a todas las personas que, de una u otra forma,
contribuyeron a la culminación de este trabajo.

Al final, cada persona que ha formado parte de este camino
ha dejado algo en mí, y hoy puedo reconocer con
gratitud que muchas de ellas han contribuido a quien soy.

Resumen

La adolescencia constituye una etapa crítica del desarrollo humano, caracterizada por cambios psicológicos, físicos y sociales que influyen en la construcción de la autonomía, la autoestima y los roles sociales. En este contexto, la presente investigación tuvo como objetivo relacionar las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable en adolescentes. Se empleó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-relacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 35 estudiantes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos validados: el Social Emotional Competence Questionnaire (SECQ), que evalúa habilidades como la autoconciencia, regulación emocional, empatía y toma de decisiones, y el Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), que mide conductas relacionadas con la alimentación, actividad física y consumo de sustancias. Los resultados evidenciaron en la muestra un nivel elevado de competencias socioemocionales ($M = 4.04$; $DE = 0.83$) y un nivel moderado de hábitos de vida saludable ($M = 1.99$; $DE = 1.12$). Asimismo, se encontró una relación negativa moderada y estadísticamente significativa entre ambas variables ($\rho = -.349$; $p = .040$). Estos hallazgos sugieren que un mayor desarrollo socioemocional no se traduce necesariamente en conductas saludables, posiblemente por la influencia de factores contextuales como el entorno familiar, dinámicas sociales, entre otros. Se concluye que la relación entre las variables no es directa ni lineal, destacando la importancia del contexto y las limitaciones del diseño transversal.

Palabras clave: adolescencia, competencias socioemocionales, desarrollo psicosocial, salud mental, hábitos saludables

Abstract

Adolescence constitutes a critical stage of human development, characterized by psychological, physical, and social changes that influence the construction of autonomy, self-esteem, and social roles. In this context, the present study aimed to examine the relationship between socioemotional competencies and healthy lifestyle habits in adolescents. A quantitative, descriptive-relational, and cross-sectional approach was employed. The sample consisted of 35 students selected through non-probabilistic convenience sampling. Data were collected using validated instruments: the Social Emotional Competence Questionnaire (SECQ), which assesses skills such as self-awareness, emotional regulation, empathy, and decision-making, and the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), which measures behaviors related to nutrition, physical activity, and substance use. The results showed a high level of socioemotional competencies ($M = 4.04$; $SD = 0.83$) and a moderate level of healthy lifestyle habits ($M = 1.99$; $SD = 1.12$). Additionally, a moderate and statistically significant negative relationship was found between both variables ($\rho = -.349$; $p = .040$). These findings suggest that greater socioemotional development does not necessarily translate into healthier behaviors, possibly due to the influence of contextual factors such as family environment and social dynamics. It is concluded that the relationship between these variables is neither direct nor linear, highlighting the importance of context and the limitations of the cross-sectional design.

Keywords: adolescence, socioemotional competencies, psychosocial development, mental health, healthy lifestyle habits

Índice de contenido

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	11
Capítulo 1.....	13
Adolescencia: etapa crítica del desarrollo, crecimiento y cambio.....	13
Desarrollo de la identidad, autonomía y roles sociales.....	14
Rol de las competencias socioemocionales en la adolescencia.....	15
Marco de aprendizaje socioemocional (SEL) de CASEL.....	15
Modelo de CASEL y sus dominios.....	16
Efectividad e impacto de los programas SEL.....	17
Reducción de conductas de riesgo.....	18
Aumento del bienestar emocional.....	18
Conciencia socioemocional.....	19
Importancia de los hábitos saludables en la adolescencia.....	19
Adolescencia vista como una ventana de oportunidad.....	19
Adquisición de hábitos sanos.....	20
Hábitos de vida en la adolescencia y estabilidad en la adultez.....	20
Dimensiones de los hábitos de vida saludable.....	21
<i>Nutrición adecuada</i>	21
<i>Actividad física y sedentarismo</i>	22
Prevalencia de inactividad física.....	23

Obesidad y estilo de vida en Ecuador	23
Higiene del sueño óptima.....	23
Prevención del consumo de sustancias y conductas de riesgo	24
Desafíos y desequilibrios en el contexto Latinoamericano	24
Relación entre las competencias socioemocionales y hábitos de vida saludable en adolescentes.....	24
<i>Autorregulación y hábitos alimenticios</i>	26
<i>Autoconciencia y salud</i>	27
Toma de decisiones responsable y riesgo.....	28
Evaluación de hábitos por dimensión.....	28
<i>Actividad física</i>	28
<i>Nutrición</i>	28
<i>Higiene del sueño</i>	29
Capítulo 2.....	30
Metodología	30
Tipo de Investigación	30
Objetivos	31
<i>Objetivo general</i>	31
<i>Objetivos específicos</i>	31
Participantes	31
Criterios de Inclusión y Exclusión	31
<i>Criterios de Inclusión</i>	32

<i>Criterios de Exclusión</i>	32
Instrumentos	32
Procedimiento.....	33
<i>Fase 1: Solicitud de autorización institucional</i>	33
<i>Fase 2: Socialización con los estudiantes</i>	34
<i>Fase 3: Recolección del consentimiento y asentimiento informado</i>	34
<i>Fase 4: Aplicación de los instrumentos</i>	34
<i>Fase 5: Organización y análisis de datos</i>	35
Análisis de Datos.....	35
Descripción de las Consideraciones Éticas	36
Capítulo 3.....	38
Resultados	38
Descripción de la muestra	38
Fiabilidad de los instrumentos.....	39
Estadísticos descriptivos de las variables.....	40
Comparación de hábitos de vida saludable según sexo.....	41
Relación entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable	42
Discusión.....	44
Conclusiones	48
Limitaciones y recomendaciones	50
Referencias.....	52

Anexos58

Índice de tablas

Tabla 1.....	17
Tabla 2.....	38
Tabla 3.....	39
Tabla 4.....	41
Tabla 5.....	42
Tabla 6.....	42
Tabla 7.....	43

Introducción

La adolescencia, comprendida entre los 10 y los 19 años, es una etapa clave del desarrollo humano caracterizada por cambios biológicos, cognitivos, emocionales y sociales que influyen en la construcción de la identidad y en la forma en que los jóvenes se relacionan con su entorno (World Health Organization [WHO], 2024). Durante este periodo se consolidan comportamientos que pueden mantenerse a lo largo del tiempo.

En este contexto, las competencias socioemocionales cumplen un papel importante, ya que permiten a los adolescentes reconocer y regular sus emociones, relacionarse de manera adecuada con los demás y tomar decisiones responsables. Desde el enfoque del aprendizaje socioemocional, el modelo de CASEL (2020) destaca estas habilidades como fundamentales para el desarrollo integral. Asimismo, la evidencia ha demostrado que su fortalecimiento se asocia con mejoras en el bienestar emocional, el comportamiento social y el desempeño académico (Durlak et al., 2011; Taylor et al., 2017).

Los hábitos de vida saludable, como la alimentación, la actividad física, el descanso y la prevención del consumo de sustancias, constituyen elementos esenciales para el bienestar. Su adopción durante la adolescencia se relaciona con una mejor calidad de vida y con la prevención de problemas de salud en etapas posteriores (Vaquero Solís, 2022). Sin embargo, en esta etapa también es frecuente la presencia de conductas poco saludables, influenciadas por factores sociales y contextuales, como el entorno familiar, la presión de grupo y las dinámicas propias del desarrollo adolescente (González Moreno y Molero Jurado, 2022; Vargas Vélez y Cano de la Cruz, 2024).

La literatura ha planteado que el desarrollo de competencias socioemocionales favorece la adopción de hábitos saludables, al facilitar la regulación emocional y la toma de decisiones (Galindo Zapata, 2020; Redondo Mendoza y Zapata Rueda, 2022). No obstante,

esta relación no siempre se presenta de manera directa, ya que el comportamiento adolescente se encuentra influido por múltiples factores que pueden modificar la forma en que estas habilidades se expresan en la vida cotidiana.

A pesar de la importancia de estas variables, aún existen vacíos en su comprensión conjunta, especialmente en la población adolescente. Por ello, esta investigación busca responder a la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable en adolescentes? Analizar esta relación permite comprender mejor los factores que influyen en el bienestar de los jóvenes y aportar evidencia para el diseño de estrategias de promoción de la salud.

La presente investigación se organiza en tres capítulos. El primero desarrolla el marco teórico, abordando los principales conceptos relacionados con la adolescencia, las competencias socioemocionales, los hábitos de vida saludable y su relación. El segundo, describe la metodología utilizada, incluyendo el diseño del estudio, los participantes, los instrumentos y las consideraciones éticas.

El tercer capítulo presenta los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Cuenca. Posteriormente, se desarrolla la discusión, en la que se analizan los hallazgos y se contrastan con la literatura planteada, identificando similitudes, diferencias e implicaciones en el contexto adolescente.

Finalmente, se presentan las conclusiones del estudio, junto con sus limitaciones y recomendaciones, orientadas a la prevención y promoción de la salud desde una perspectiva psicológica.

Capítulo 1

Adolescencia: etapa crítica del desarrollo, crecimiento y cambio.

La adolescencia, definida por la World Health Organization (WHO) como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, corresponde a una etapa del desarrollo en la que se producen cambios significativos a nivel biológico, cognitivo, emocional y social. Si bien suele considerarse una fase relativamente saludable, también se vincula con la presencia de enfermedades, lesiones e incluso muertes que, en gran medida, pueden prevenirse o tratarse oportunamente. En este periodo, los adolescentes comienzan a consolidar patrones de comportamiento relacionados con la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias y la actividad sexual, los cuales pueden incidir de forma importante en su salud actual y futura, así como en la de su entorno (World Health Organization, 2024).

Este periodo puede entenderse como una ventana de riesgos y oportunidades, debido a la interacción entre los cambios biológicos y las exigencias del entorno social y cultural, las cuales influyen en las trayectorias de desarrollo a largo plazo. La intervención preventiva durante la adolescencia se considera una estrategia fundamental y costo-efectiva (Koivusilta et al., 2024).

Desde una perspectiva evolutiva, la adolescencia puede comprenderse a partir de la teoría del desarrollo psicosocial propuesta por Erik Erikson, quien plantea que el desarrollo humano se organiza en ocho etapas, cada una caracterizada por crisis que deben resolverse para favorecer un desarrollo adecuado (Erikson, 1968).

Según la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1968), la quinta etapa corresponde al conflicto entre identidad y confusión de roles. En esta fase, los adolescentes exploran valores, metas personales y distintos roles sociales con el objetivo de construir una identidad coherente y estable. La resolución adecuada de esta crisis favorece el desarrollo de la autonomía y la consolidación del sentido de identidad personal, mientras que las

dificultades en este proceso pueden generar inseguridad, confusión respecto al propio rol en la sociedad y mayor vulnerabilidad psicológica.

En este contexto, el desarrollo saludable durante la adolescencia adquiere especial relevancia, ya que implica la capacidad de adaptarse a los cambios y demandas propios de esta etapa. Las competencias socioemocionales se han asociado con los comportamientos de salud en adolescentes, influyendo en la adopción de conductas más saludables (Lv et al., 2025).

Desarrollo de la identidad, autonomía y roles sociales

Uno de los procesos centrales de la adolescencia es la construcción de la identidad. En esta etapa, los jóvenes renegocian sus roles dentro de la familia, la escuela y el grupo de pares, al tiempo que buscan definir su sentido del yo en relación con el mundo (Erikson, 1968).

En la adolescencia, el desarrollo de la identidad, la autonomía y los roles sociales se encuentra influenciado por los diversos contextos en los que se desenvuelve el individuo. Atraviesan un proceso de construcción de la personalidad y adquisición de nuevos aprendizajes que se ven condicionados por factores sociales, familiares y educativos. Las relaciones con el entorno y las experiencias vividas durante este periodo desempeñan un papel fundamental en la forma en que los jóvenes se perciben a sí mismos y se integran dentro de su contexto social (González Moreno y Molero Jurado, 2022)

La presión social influye de manera significativa en la toma de decisiones de los adolescentes, ya que puede afectar su capacidad para actuar de forma autónoma y reflexiva. Se ha evidenciado que, a mayor presión social, menor es la capacidad de los estudiantes para tomar decisiones de manera independiente, lo que resalta la importancia de fortalecer la autonomía y las habilidades decisionales en los jóvenes (Vargas Vélez y Cano de la Cruz, 2024).

La influencia social en la adolescencia implica que los jóvenes modifiquen sus comportamientos, actitudes y cogniciones en función de las conductas y formas de pensar de sus pares, especialmente dentro de las relaciones grupales. Este proceso puede generar cambios tanto positivos como negativos en los adolescentes, dependiendo de las dinámicas sociales en las que se encuentren, y se manifiesta de manera significativa en contextos como el acoso escolar, donde la interacción entre estudiantes influye en la aparición y desarrollo de estas conductas (Stahel et al., 2025)

Rol de las competencias socioemocionales en la adolescencia

El desarrollo de las competencias socioemocionales constituye un eje relevante en la investigación psicológica y educativa. La evidencia sobre programas de aprendizaje socioemocional ha mostrado beneficios en el rendimiento académico, la participación escolar y el bienestar general, lo que respalda su importancia dentro de una educación integral (Durlak et al., 2011; Taylor et al., 2017).

Competencias como la autoconciencia, la autorregulación emocional, las habilidades de relación y la toma de decisiones responsable han adquirido especial relevancia en los últimos años, ya que permiten al adolescente identificar y manejar sus emociones, establecer relaciones positivas, adaptarse a distintos contextos y afrontar de manera más adecuada las dificultades propias del curso de vida (CASEL, 2020).

Marco de aprendizaje socioemocional (SEL) de CASEL

Durante la adolescencia, el desarrollo de las competencias socioemocionales adquiere especial importancia debido a los cambios emocionales, sociales y cognitivos propios de esta etapa. En este periodo, el aprendizaje socioemocional (Social and Emotional Learning, SEL) favorece una adaptación más efectiva a las demandas del entorno y al logro de metas saludables a largo plazo (Dahl, 2022).

En este contexto, el aprendizaje socioemocional (SEL) puede entenderse como el proceso mediante el cual las personas desarrollan habilidades emocionales y sociales que les permiten comprender y regular sus emociones, establecer metas, relacionarse de manera positiva con los demás y tomar decisiones responsables. Uno de los modelos más influyentes para su conceptualización, implementación y evaluación es el propuesto por CASEL, el cual ha contribuido a establecer un marco teórico unificado y un lenguaje común en el ámbito educativo y psicológico. Este enfoque se organiza en cinco competencias interrelacionadas: autoconciencia, autogestión, conciencia social, habilidades de relación y toma de decisiones responsable. Este modelo no solo define dichas competencias, sino que también propone un enfoque sistémico para su aplicación, reconociendo la importancia de su implementación en distintos contextos del entorno del adolescente, como el educativo, familiar y social (CASEL, 2020).

Modelo de CASEL y sus dominios

El marco de CASEL (2020), define el SEL como el proceso por el cual los niños, adolescentes y adultos adquieren y aplican eficazmente los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para comprender y manejar las emociones, establecer y alcanzar metas positivas, sentir y mostrar empatía por los demás, establecer y mantener relaciones positivas y tomar decisiones responsables.

El modelo se estructura en cinco dominios interrelacionados que son fundamentales:

Tabla 1

Cinco dominios del modelo de CASEL

Competencia Socioemocional	Definición
Autoconciencia	Capacidad de reconocer y comprender las propias emociones, pensamientos y valores, así como la forma en que estos influyen en el comportamiento. Esta dimensión conlleva identificar fortalezas y limitaciones personales, desarrollando un sentido realista de confianza, propósito y comprensión de la propia identidad.
Autogestión	Habilidad para regular de manera adecuada las emociones, pensamientos y conductas en distintas situaciones, con el fin de alcanzar metas a nivel personal o grupal. Este incluye el control del estrés, la motivación personal, la disciplina y la capacidad de planificar acciones orientadas al logro de objetivos.
Conciencia Social	Capacidad de comprender y considerar las perspectivas de otras personas, en especial de aquellas pertenecientes a diferentes contextos culturales o sociales. Esto también implica desarrollar un mayor nivel de empatía, respeto y sensibilidad hacia las emociones y necesidad de los demás.
Habilidades de relación	Capacidades para establecer y mantener relaciones positivas, saludables y eficaces con los demás. Para lograr esto se incluye la comunicación efectiva, la cooperación, el trabajo en equipo, la resolución de conflictos y la búsqueda de apoyo cuando sea necesario.
Toma de decisiones responsables	Capacidad de tomar decisiones de manera reflexiva y constructiva acerca del comportamiento tanto a nivel personal como social. De este modo, se consideran los principios éticos, las normas sociales y las posibles consecuencias de las acciones para el bienestar propio y de los demás.

Nota. Elaboración propia a partir de CASEL (2020).

Efectividad e impacto de los programas SEL

La implementación de programas escolares basados en el aprendizaje socioemocional ha demostrado ser una de las intervenciones más eficaces en el ámbito educativo. Diversos metaanálisis han evidenciado mejoras significativas en habilidades socioemocionales, comportamiento prosocial y rendimiento académico (Durlak et al., 2011), así como efectos

sostenidos tras la finalización de las intervenciones (Taylor et al., 2017). Entre las principales áreas de impacto se encuentran las siguientes.

Reducción de conductas de riesgo

En relación con la reducción de conductas de riesgo, Javela et al. (2025) analizaron la influencia de la empatía en adolescentes de países de Latinoamérica como Colombia, Ecuador y Chile, evidenciando que niveles más elevados de empatía se asocian con una menor prevalencia de conductas como el consumo de sustancias, la infracción de la ley y la pertenencia a pandillas. La empatía se configura como un factor protector relevante, ya que favorece la regulación de la conducta y la toma de decisiones, contribuyendo a la disminución de comportamientos de riesgo durante la adolescencia.

Fernández Rodríguez et al. (2023) analizaron programas de prevención para adolescentes institucionalizados, subrayando el valor de la intervención en entornos de vulnerabilidad. Sus hallazgos demuestran que fortalecer las habilidades personales y sociales reduce conductas de riesgo, tales como el consumo de sustancias y la violencia. Además, estas acciones consolidan factores protectores que facilitan la adaptación y el bienestar, respondiendo a las particularidades del entorno de los jóvenes.

Aumento del bienestar emocional

El fortalecimiento de habilidades socioemocionales como la autoconciencia, la autorregulación y las habilidades de relación favorece el desarrollo de recursos psicológicos protectores, como la resiliencia y estrategias más adecuadas para afrontar situaciones estresantes. Además, su promoción contribuye a generar climas escolares más seguros y de apoyo, lo que puede asociarse con un mayor sentido de pertenencia y un mejor bienestar emocional en los adolescentes (CASEL, 2020).

Conciencia socioemocional

La conciencia emocional constituye un componente clave dentro de las competencias socioemocionales, ya que permite a los adolescentes identificar, comprender y gestionar sus propias emociones. Esta capacidad se relaciona con una mejor regulación emocional y con mayores niveles de bienestar psicológico. Además, el reconocimiento adecuado de las emociones facilita el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas y contribuye al fortalecimiento de la resiliencia, lo que favorece la adaptación ante situaciones de estrés y demandas del entorno (Ji y Kadri, 2025).

Importancia de los hábitos saludables en la adolescencia

Los hábitos de vida saludable comprenden un conjunto de conductas orientadas al bienestar físico y psicológico, tales como la práctica regular de actividad física, una alimentación equilibrada y el mantenimiento de rutinas adecuadas de descanso. La promoción de estos hábitos en adolescentes, es clave ya que influye directamente en su desarrollo integral y en la consolidación de estilos de vida que pueden mantenerse a lo largo del tiempo. De esta manera, la adopción de comportamientos saludables se asocia con mayores niveles de bienestar y calidad de vida, así como con la prevención de conductas de riesgo (Vaquero Solís, 2022).

Un estudio reciente demostró que las conductas tanto riesgosas como beneficiosas, pueden predecir a futuro el nivel educativo y socioeconómico que mantendrá en la adultez, lo que destaca a la adolescencia como una etapa efectiva y clave para la promoción de la salud (Koivusilta et al., 2024).

Adolescencia vista como una ventana de oportunidad

La adolescencia constituye una etapa clave para la consolidación de hábitos que influyen en la salud a lo largo del ciclo de vida, lo que la convierte en una ventana de

oportunidad para la promoción del bienestar. En este periodo, la adopción de conductas saludables, como la práctica regular de actividad física, se asocia con beneficios a nivel físico, mental y cognitivo, los cuales pueden mantenerse en la adultez. En contraste, la instauración de hábitos no saludables durante esta etapa incrementa el riesgo de desarrollar problemas de salud en etapas posteriores, evidenciando la importancia de intervenir de manera oportuna en este periodo del desarrollo (World Health Organization, 2024).

Adquisición de hábitos sanos

La adquisición de hábitos saludables como una alimentación equilibrada, la práctica de actividad física y el autocuidado en etapas tempranas no solo favorece la salud física, sino que también influye en el bienestar psicológico, el rendimiento académico y la reducción del riesgo de enfermedades crónicas a lo largo del ciclo de vida (Torres, 2019).

En este contexto, la adolescencia representa una etapa clave para la consolidación de estos comportamientos, ya que durante este periodo se configuran patrones de estilo de vida que pueden mantenerse en la adultez. No obstante, la presencia de conductas como el sedentarismo, el consumo de alimentos ultraprocesados y hábitos nocivos como el uso de alcohol, tabaco y drogas puede generar efectos negativos en la salud, tanto a corto como a largo plazo (Andrade-Gómez et al., 2025).

Hábitos de vida en la adolescencia y estabilidad en la adultez

La adolescencia constituye una ventana crítica de oportunidad para la consolidación de conductas que definirán el perfil de salud en la etapa adulta. Durante este periodo, se asientan los conocimientos, habilidades y actitudes que permiten el desarrollo de comportamientos saludables, los cuales funcionan como factores protectores contra enfermedades crónicas no transmisibles. No obstante, existe una tendencia preocupante hacia la adopción de estilos de vida como el sedentarismo, una alimentación inadecuada y el

consumo de sustancias, las cuales se pueden manifestar como patologías graves en la madurez. Dado que los hábitos adquiridos en esta fase tienden a estabilizarse con el tiempo, es crucial fomentar la autonomía y el autocuidado temprano, garantizando así que las decisiones tomadas por los jóvenes hoy se traduzcan en bienestar y estabilidad durante el resto de su ciclo vital (Rey García y Ramírez Marín, 2022).

Es así como esta etapa es crucial para el desarrollo de la actividad física, la cual incide directamente en la calidad de vida de los jóvenes. Según Rojas Jara (2025), la integración de estos hábitos saludables en la rutina diaria no solo beneficia el estado actual del adolescente, sino que es un factor determinante para establecer una base de salud que se proyecte hacia las etapas posteriores. Al fortalecer la práctica física durante la etapa escolar, se fomenta una estabilidad integral que contribuye a una percepción positiva del bienestar, facilitando que estas conductas se mantengan y actúen como protectores de la salud al transicionar hacia la vida adulta.

Dimensiones de los hábitos de vida saludable

Los hábitos de vida saludable abarcan varias dimensiones críticas que interactúan entre sí y con el desarrollo socioemocional del individuo. A continuación, se destacan las siguientes como las principales que deben ser abordadas:

Nutrición adecuada

La adolescencia constituye una etapa crítica del desarrollo caracterizada por un crecimiento acelerado y un aumento significativo en los requerimientos nutricionales. Durante este periodo, el organismo demanda mayores cantidades de energía, proteínas y micronutrientes esenciales como hierro, calcio y vitaminas, los cuales son fundamentales para sostener los procesos de crecimiento físico, desarrollo cerebral y maduración biológica. La evidencia señala que una alimentación inadecuada en esta etapa puede generar consecuencias

tanto inmediatas como a largo plazo, incluyendo deficiencias nutricionales, alteraciones metabólicas y un mayor riesgo de enfermedades crónicas en la adultez, debido a que los patrones alimentarios establecidos durante la adolescencia tienden a mantenerse en etapas posteriores del ciclo vital (Parajuli y Prangthip, 2025).

Actividad física y sedentarismo

La actividad física desempeña un papel fundamental en la promoción de estilos de vida saludables durante la adolescencia, mientras que el sedentarismo se ha convertido en un problema relevante de salud pública en esta etapa. En el contexto latinoamericano, incluyendo países como Ecuador, se ha identificado que la disminución de la actividad física en adolescentes se relaciona con factores como el uso de tecnologías, los hábitos familiares y el entorno social, favoreciendo estilos de vida sedentarios. Esta situación incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles y afecta el bienestar general de los adolescentes (López Sánchez et al., 2025).

El aumento del tiempo frente a pantallas se ha convertido en un factor relevante en la disminución de la actividad física en adolescentes, evidenciándose una relación negativa entre ambas variables. Un mayor uso de dispositivos tecnológicos se asocia con menores niveles de actividad física, lo que favorece la adopción de estilos de vida sedentarios en esta población. Esta dinámica refleja cambios en los hábitos cotidianos de los adolescentes, en los que las actividades digitales tienden a reemplazar el tiempo destinado al ejercicio físico (Gutiérrez-Sanhueza, 2023).

La evaluación de la actividad física y del comportamiento sedentario en estudios poblacionales requiere el uso de métodos de medición tanto objetivos como subjetivos, los cuales permiten registrar estos patrones conductuales en contextos de vida diaria (Aunger y Wagnild, 2022).

Prevalencia de inactividad física

La inactividad física en la adolescencia constituye un problema relevante para la salud. Una proporción importante de adolescentes no alcanza los niveles recomendados de actividad física, observándose altos niveles de actividad insuficiente en diferentes contextos. En algunos casos, se han reportado prevalencias elevadas de inactividad física, lo que evidencia la magnitud de esta problemática y su impacto en la salud y el bienestar de los adolescentes (Weissbrod et al., 2025).

Obesidad y estilo de vida en Ecuador

El desafío es particularmente relevante en el contexto ecuatoriano. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-2018) evidenció que la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes de entre 5 y 17 años alcanza el 12.7% (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2018). La evidencia ha señalado que la actividad física se asocia de manera inversa con la probabilidad de obesidad, lo que resalta su importancia en el mantenimiento de un peso saludable. En conjunto, estos hallazgos evidencian que el desequilibrio en los hábitos de vida saludable constituye un problema de salud pública relevante en Ecuador.

Higiene del sueño óptima

La higiene del sueño constituye un componente fundamental en la adolescencia para el mantenimiento de un estilo de vida saludable a largo plazo, dado que incide directamente en las funciones orgánicas y psicológicas del individuo. Un estudio reciente señala que prácticas inadecuadas, como la irregularidad en los horarios de descanso y el uso de dispositivos electrónicos antes de dormir, pueden convertirse en factores de riesgo que afectan negativamente la calidad del sueño, generando repercusiones tanto físicas como emocionales. La adopción de hábitos adecuados de descanso resulta esencial para consolidar

una rutina de sueño eficaz. Mantener horarios regulares y limitar la exposición a estimulantes previos al descanso favorece el equilibrio de la salud física, psicológica y social en etapas posteriores del desarrollo (Masalán A., Sequeida y Ortiz, 2013).

Prevención del consumo de sustancias y conductas de riesgo

Conductas riesgosas pueden afectar negativamente la salud física y mental de los jóvenes, entre estas se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, las conductas sexuales de riesgo y otros hábitos perjudiciales. Este tipo de conductas suelen estar influenciadas por factores individuales, sociales y contextuales, como la presión de grupo, la baja percepción de riesgo y la falta de información adecuada. Por ello, su prevención no solo implica la reducción de estos, sino que también el fortalecimiento de estrategias educativas y de promoción de la salud que permitan a los adolescentes tomar decisiones informadas y responsables (Paredes-Iragorri y Patiño-Guerrero, 2019).

Desafíos y desequilibrios en el contexto Latinoamericano

El contexto latinoamericano presenta desafíos únicos que acentúan la necesidad de esta integración. Méndez et al. (2022), en un estudio regional, encontraron un marcado desequilibrio entre el conocimiento y el comportamiento real en relación con los hábitos saludables. Si bien los adolescentes reconocen la importancia de la nutrición o el ejercicio, la puesta en práctica es limitada, lo que sugiere que la intervención debe centrarse en las habilidades internas necesarias para la acción, como la autogestión y la toma de decisiones.

Relación entre las competencias socioemocionales y hábitos de vida saludable en adolescentes.

El desarrollo de las competencias socioemocionales constituye un elemento fundamental en la formación integral de niños y adolescentes, ya que se encuentra relacionado con diversos resultados positivos a nivel individual y social. La evidencia indica

que estas habilidades favorecen el aprendizaje y la adaptación escolar, además de asociarse con la reducción de conductas de riesgo, como la violencia y el consumo de sustancias. De este modo, su desarrollo puede influir en la salud física y mental a corto y largo plazo, contribuyendo al bienestar general (Jones y Kahn, 2017).

Smith et al. (2024) identificaron estas conductas en un grupo dentro de la categoría denominada “lifestyle behaviours”, traducida como “conductas de estilo de vida”. Dentro de esta categoría se incluyen la alimentación, el sedentarismo, el uso de pantallas, los hábitos de sueño y el consumo de sustancias, los cuales se encuentran directamente vinculados con el bienestar integral del individuo.

La relación entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable en adolescentes se evidencia en la manera en que estas habilidades influyen en la adopción o evitación de conductas de riesgo para la salud. En esta etapa del desarrollo, un déficit de competencias socioemocionales puede traducirse en comportamientos como el consumo de sustancias, la sexualidad no responsable o la falta de control emocional, los cuales comprometen el bienestar biopsicosocial del adolescente. El desarrollo de habilidades como la inteligencia emocional y las habilidades sociales favorece una mejor regulación emocional, una toma de decisiones más adecuada y un mayor control de la conducta. La evidencia señala que niveles elevados de inteligencia emocional se asocian positivamente con una mejor salud física y mental, lo que se traduce en la adopción de hábitos de vida saludables, mejor funcionamiento social y menor presencia de conductas agresivas. Por el contrario, un déficit en estas competencias incrementa la probabilidad de conductas impulsivas y de riesgo, afectando negativamente la salud y el bienestar general de los adolescentes (Galindo Zapata, 2020).

Desde una perspectiva más amplia, la relación entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable puede comprenderse a partir de su

influencia en el bienestar general y la calidad de vida de los adolescentes. La evidencia señala que ambas variables mantienen una relación interdependiente, en la cual el desarrollo adecuado de competencias socioemocionales favorece una mayor satisfacción con la vida, mejores relaciones interpersonales y una mayor capacidad para afrontar las demandas del entorno. Estas habilidades permiten a los adolescentes comprender y regular sus emociones, tomar decisiones más adaptativas y desenvolverse de manera eficaz en distintos contextos, lo que repercute positivamente en su bienestar físico, emocional y social. Las competencias socioemocionales actúan como factores protectores, ya que facilitan procesos de adaptación, resolución de problemas y afrontamiento, reduciendo la probabilidad de presentar dificultades emocionales y conductuales que puedan afectar la calidad de vida. Las condiciones favorables del entorno y un adecuado desarrollo socioemocional contribuyen conjuntamente a la construcción de estilos de vida más saludables en la adolescencia (Redondo Mendoza y Zapata Rueda, 2022).

La evidencia a nivel global sugiere que los distintos programas de intervención que ayudan a fortalecer estas habilidades no solo mejoran el bienestar emocional, sino que también ayudan a la adquisición y mantenimiento de beneficios a largo plazo dentro de la salud física, reduciendo problemas de conducta y promoviendo actitudes más positivas hacia el cuidado personal (Taylor et al., 2017).

Desde esta perspectiva, determinadas competencias socioemocionales adquieren un rol esencial dentro del mantenimiento y promoción de hábitos de vida saludables, estas se describen a continuación.

Autorregulación y hábitos alimenticios

La autorregulación emocional desempeña un papel clave durante la adolescencia, etapa caracterizada por una mayor intensidad emocional y cambios en la toma de decisiones. En este sentido, Zhou et al. (2025) señalan que las dificultades en la regulación emocional se

asocian significativamente con conductas alimentarias desordenadas en los jóvenes, como el comer emocional o la pérdida de control sobre la ingesta. Los autores identificaron una correlación positiva entre los problemas de regulación emocional y los patrones alimentarios desadaptativos, lo que sugiere que una adecuada gestión de las emociones puede actuar como un factor protector frente a hábitos alimentarios poco saludables. En consecuencia, el fortalecimiento de la autorregulación emocional podría favorecer tanto el bienestar psicológico como la adopción de conductas alimentarias más saludables durante la adolescencia.

Autoconciencia y salud

La autoconciencia se define como la capacidad de identificar, comprender y describir las propias emociones, la cual ejerce un impacto significativo en la salud mental de los individuos. Se ha señalado que las personas con mayor claridad emocional tienden a presentar niveles más altos de resiliencia y menor sintomatología ansiosa y depresiva. Favoreciendo el desarrollo de estrategias de afrontamiento más efectivas ante diversas situaciones de la vida, lo que contribuye a un mayor bienestar psicológico (Nonweiler et al., 2024).

Ji y Kadri (2025), destacan a través de su investigación que la conciencia emocional es un factor clave para la resiliencia, la cual es esencial para la superación de conflictos, influyendo en la adquisición de afrontamiento adaptativo y promocionando un mayor bienestar mental. En este contexto, fortalecer la autoconciencia ayudará a las personas a manejar de mejor manera el estrés, así como mejorará la calidad de vida.

Toma de decisiones responsable y riesgo

Esta competencia constituye un factor determinante en la prevención de conductas riesgosas, ya que permite al individuo evaluar las consecuencias a largo plazo de sus acciones, superando la influencia inmediata del grupo de pares (CASEL, 2020).

Evaluación de hábitos por dimensión

Actividad física

La actividad física desempeña un papel fundamental en el desarrollo integral de los adolescentes, ya que favorece no solo el desarrollo de capacidades físicas como la resistencia, la fuerza y la flexibilidad, sino también aspectos relacionados con el rendimiento académico y el bienestar general. La evidencia señala que la práctica regular de actividad física contribuye a mejorar la concentración, la conducta y la participación en el entorno escolar, lo que refuerza su importancia como una dimensión clave dentro de la evaluación de los hábitos de vida saludable en esta población (Vera Zambrano y Villafuerte Álvarez, 2025).

Nutrición

En la adolescencia, la nutrición constituye un componente central dentro de los hábitos de vida saludable, especialmente por su relación con la prevención del sobrepeso y la obesidad. Señalando que los hábitos alimentarios inadecuados, junto con la inactividad física y los comportamientos sedentarios, contribuyen al incremento de problemas de salud en niños y adolescentes. Asimismo, la evidencia indica que las intervenciones que combinan educación nutricional, aumento de la actividad física y reducción del tiempo de pantalla presentan efectos favorables, aunque su sostenibilidad a largo plazo continúa siendo un desafío. Por ello, se destaca la necesidad de desarrollar enfoques integrales y sostenidos que involucren a la escuela, la familia y la comunidad, con el fin de promover hábitos saludables desde edades tempranas (González-Carrera et al., 2025).

Estos cambios a su vez, generan una necesidad de aumento en los niveles de energía y macronutrientes, principalmente, por lo que, se refleja la importancia de incorporar una alimentación equilibrada que apoye a la salud cardiovascular, mejore el desarrollo cognitivo y aumente el estado de inmunitario del adolescente. Es de vital importancia la adopción adecuada de este hábito ya que, la promoción de patrones saludables fomenta una mayor oportunidad de prevenir desequilibrios a nivel nutricional y a su vez, fomenta que estos perduren en la vida adulta (Moreno y Ramos, 2025).

Higiene del sueño

La calidad del sueño en la adolescencia constituye un factor clave para el bienestar físico y psicológico, ya que se ha evidenciado que una deficiente cantidad y calidad del descanso se asocia con alteraciones emocionales, dificultades en el rendimiento académico y una mayor probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo. Diversos factores relacionados con el estilo de vida, como el sedentarismo, el uso excesivo de dispositivos electrónicos y el consumo de sustancias, influyen negativamente en los patrones de sueño en esta población. Este no es un componente fundamental en la adolescencia, dado que la adopción de hábitos adecuados contribuye a mejorar la calidad del descanso y el funcionamiento diario de los adolescentes (Olivo-Martins-De_Passos et al., 2024).

Capítulo 2

Metodología

Tipo de Investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, el cual se caracteriza por la recolección de datos mediante medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de probar hipótesis y establecer patrones de comportamiento en el fenómeno de estudio (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

Es decir, se buscó analizar y recolectar los datos numéricos obtenidos a través de los instrumentos seleccionados para evaluar las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable en los adolescentes.

Asimismo, el estudio tuvo un alcance relacional, ya que buscó analizar la relación entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable. Los estudios correlacionales tienen como propósito determinar el grado de relación o asociación entre dos o más variables dentro de un contexto específico (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

El estudio tuvo un alcance descriptivo, dado que permitió describir ambas variables y analizar la relación entre ellas.

Desde este enfoque se describieron las características de la población a evaluar, y a su vez de la descripción de las dos variables de esta investigación.

Este estudio se llevó a cabo bajo una secuencia transversal, es decir, se realizó en un único momento temporal, sin seguimiento a lo largo del tiempo. Además, esto permitió el análisis de la relación existente entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludables en los adolescentes.

Objetivos

Objetivo general

Relacionar las competencias socioemocionales y hábitos de vida saludable en adolescentes.

Objetivos específicos

- Identificar las competencias socioemocionales en adolescentes entre los 15 y 17 años de una unidad educativa de la ciudad de Cuenca.
- Identificar los hábitos de vida saludable en adolescentes entre los 15 y 17 años de una unidad educativa de la ciudad de Cuenca.
- Relacionar las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable en adolescentes de una unidad educativa de la ciudad de Cuenca.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 35 estudiantes, de los cuales 26 correspondían al sexo femenino (74.3%) y 9 al sexo masculino (25.7%).

Los participantes pertenecen a la etapa de la adolescencia, con edades comprendidas entre los 15 y 17 años. Asimismo, todos son estudiantes de bachillerato de una unidad educativa de la ciudad de Cuenca. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Por otro lado, se garantizó la participación voluntaria y activa de los estudiantes. Para ello, se solicitó el consentimiento informado a sus representantes legales, debido a que se trata de menores de edad, así como el asentimiento de cada participante para formalizar su inclusión en el estudio.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Se definieron criterios claros de inclusión y exclusión para seleccionar a los participantes del estudio.

Criterios de Inclusión

- Se considerará parte del estudio a estudiantes entre los 15 y 17 años de edad.
- Estudiantes que asisten a la institución particular de la ciudad de Cuenca.
- Estudiantes cuyos padres de familia o representantes legales firmen el consentimiento informado.
- Estudiantes que firmen el asentimiento.
- Estudiantes que no tengan necesidades educativas específicas asociadas a una discapacidad.

Criterios de Exclusión

- Estudiantes que tengan menos de 15 años o más de 17 años de edad.
- Estudiantes que no cuenten con el consentimiento informado de parte de sus representantes legales.
- Estudiantes que no estén de acuerdo con el asentimiento.
- Estudiantes que posean alguna necesidad educativa específica asociada a algún tipo de discapacidad.

Instrumentos

Para la evaluación de las competencias socioemocionales se utilizó el Cuestionario de Competencia Socioemocional (SECQ), basado en el modelo propuesto por Mingming Zhou y Joyce Ee (2012), y adaptado por Panwar, Sharma y Kang (2019). Este instrumento ha sido aplicado en diversos contextos internacionales y latinoamericanos, con adecuaciones culturales que permiten su uso en población adolescente.

El cuestionario evalúa cinco dimensiones: autoconciencia, conciencia social, autogestión, gestión de relaciones y toma de decisiones responsable. Está compuesto por ítems con escala tipo Likert de cinco puntos, que van desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre), considerando el comportamiento del participante durante los últimos seis meses. Véase anexo 1.

Para la evaluación de los hábitos de vida saludable se utilizó el cuestionario Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) y adaptado al contexto ecuatoriano (2022). Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en población adolescente a nivel internacional y cuenta con versiones adaptadas para Latinoamérica.

El cuestionario es de tipo estructurado e incluye preguntas de opción múltiple y escalas de frecuencia, abordando dimensiones como hábitos de alimentación, actividad física, sedentarismo, consumo de sustancias y violencia escolar. Véase anexo 2.

Para ambos instrumentos se estimó la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con el fin de determinar el grado de homogeneidad entre los ítems.

La aplicación de los instrumentos se realizó de forma presencial en las aulas, en un horario previamente coordinado con la institución educativa.

Procedimiento

Fase 1: Solicitud de autorización institucional

En primera instancia se elaboró y envió un oficio formal dirigido a las autoridades de la unidad educativa seleccionada, con el objetivo de solicitar la autorización para la aplicación de instrumentos dentro de la institución. En el documento se detalló el propósito de la investigación, en donde se mencionaron los objetivos planteados, la población a evaluar, los instrumentos a aplicar y las consideraciones éticas correspondientes. Una vez obtenida la aprobación de parte de la institución, se coordinó el cronograma para el desarrollo de las siguientes fases.

Fase 2: Socialización con los estudiantes

Posteriormente, se realizó una reunión informativa con los estudiantes en la que se explicó de manera clara el propósito del estudio y la importancia de su participación. Asimismo, se enfatizó el carácter voluntario de su participación dentro de la investigación, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los resultados. Se brindó un espacio para responder a inquietudes, y se aseguró que los estudiantes comprendieran adecuadamente el proceso antes de firmar el asentimiento informado.

Fase 3: Recolección del consentimiento y asentimiento informado

Una vez realizada la socialización con los estudiantes se entregó el consentimiento informado para que los padres de familia o representantes legales lo firmen y también el asentimiento informado para que sea aprobado por los mismos estudiantes. Además, se explicó que ambos documentos constituían a un requisito indispensable para participar en la investigación. Posteriormente, se estableció un plazo de tiempo para la recolección de los documentos debidamente firmados. Se incluyó únicamente a aquellos estudiantes que entregaron tanto el consentimiento como el asentimiento firmado. Los casos en los que no se contaba con ambos documentos fueron excluidos, garantizando así el cumplimiento de los principios éticos de voluntariedad, confidencialidad y protección de menores de edad.

Fase 4: Aplicación de los instrumentos

Una vez completado el proceso de autorización y consentimiento, se realizó la aplicación de manera presencial de los dos instrumentos para evaluar cada una de las variables, los cuales fueron ya previamente seleccionados y validados. La evaluación se llevó a cabo dentro de las instalaciones del colegio seleccionado en un horario previamente acordado, asegurando condiciones adecuadas de iluminación, espacio y tiempo. Antes de iniciar con la aplicación se brindaron instrucciones claras a los participantes sobre cómo

responder a cada uno de los cuestionarios, enfatizando la honestidad y confidencialidad de sus respuestas.

Fase 5: Organización y análisis de datos

Tras la recolección de instrumentos aplicados, se procedió a la revisión y organización de los resultados obtenidos. Los datos fueron ingresados dentro de una base de datos digital para facilitar el procesamiento estadístico. Finalmente, se realizó el análisis correspondiente de la relación entre las dos variables de esta investigación, garantizando precisión, confidencialidad y el resguardo de información de los participantes.

Análisis de Datos

El análisis de los datos obtenidos en la presente investigación se realizó mediante el software *Jeffreys's Amazing Statistics Program* (JASP), un programa estadístico de código abierto ampliamente utilizado en investigación científica para el análisis de datos cuantitativos. Este software permite realizar distintos procedimientos estadísticos de manera transparente y reproducible, facilitando el cálculo de estadísticos descriptivos, pruebas de normalidad y análisis de correlación.

En primer lugar, se calcularon estadísticos descriptivos, como la media y la desviación estándar, con el objetivo de caracterizar el nivel de competencias socioemocionales y hábitos de vida saludable en la muestra estudiada.

Posteriormente, se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, con el fin de evaluar si los datos seguían una distribución normal. Este análisis permitió determinar el tipo de pruebas estadísticas más adecuadas para el tratamiento de los datos.

Dado que las variables no presentaron una distribución normal, se optó por el uso de estadística no paramétrica. Se empleó el coeficiente de correlación de Spearman, el cual

permite analizar la relación entre variables no normalmente distribuidas, determinando la dirección y magnitud de la asociación entre ellas.

Adicionalmente, se evaluó la fiabilidad de los instrumentos mediante el coeficiente alfa de Cronbach, el cual permite estimar la consistencia interna de los ítems que conforman cada escala.

Descripción de las Consideraciones Éticas

Esta investigación se realizó a partir de los lineamientos establecidos por parte de la Asociación Americana de Psicología (2010), acerca de los principios éticos y el código de conducta. Además, se garantizó el cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, fidelidad y responsabilidad, integridad, justicia, así como el respeto hacia los derechos y dignidad de cada participante.

La participación de los estudiantes fue de manera voluntaria en su totalidad y no implicó ningún tipo de riesgo para sí mismos. Los participantes tuvieron la libertad de rechazar o abandonar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión. No se ofreció ningún tipo de incentivo o compensación económica.

Consentimiento Informado y Asentimiento

El consentimiento informado es un documento que debe autorizar y firmar el representante legal del individuo, concediendo de manera voluntaria el deseo de que su representado participe y forme parte del estudio de investigación. El consentimiento informado garantizó la comprensión del estudio y la participación voluntaria. Véase anexo 3.

Por otro lado, el asentimiento, es el documento que debe ser firmado de manera voluntaria de los estudiantes que forman parte de la investigación, dentro de este, se afirma el deseo de participar por parte de los estudiantes. Véase anexo 4.

Minimización de Riesgos

La minimización de riesgos es un documento ético que exige tomar todas las precauciones necesarias y razonables antes, durante y después de la participación de la investigación, reduciendo al mínimo la posibilidad de que se genere algún tipo de daño, ya sea este de carácter físico, psicológico, social, legal e incluso si llegase a generar algún tipo de malestar en los adolescentes.

Participación Voluntaria

La participación voluntaria de los estudiantes constituye un principio fundamental de esta investigación. Cada participante contó con la libertad de decidir su inclusión en el estudio y fue informado de su derecho a retirarse en cualquier momento, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia.

Capítulo 3

Resultados

Descripción de la muestra

Si bien los criterios de inclusión consideraban adolescentes entre 15 y 17 años, la muestra final se conformó únicamente por participantes de 15 y 16 años, en función de la disponibilidad de la población y del cumplimiento de los criterios éticos establecidos para su participación.

La muestra estuvo integrada por 35 adolescentes pertenecientes a una Unidad Educativa de la ciudad de Cuenca. En relación con la edad, la mayoría de los participantes tenía 15 años (85.7%), mientras que 14.3% correspondía a estudiantes de 16 años. En cuanto al sexo, se observó una mayor proporción de participantes femeninas (74.3%), en comparación con los participantes masculinos (25.7%). Todos los adolescentes completaron los instrumentos aplicados para evaluar las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable.

Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2

Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Categoría	n	%
Edad	15 años	30	85.7
	16 años	5	14.3
Sexo	Femenino	26	74.3
	Masculino	9	25.7

Nota. N = 35.

Fiabilidad de los instrumentos

Con el propósito de evaluar la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para cada una de las escalas aplicadas. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 3.

El Cuestionario de Competencias Socioemocionales (SECQ) presentó un coeficiente alfa de $\alpha = .861$, lo que indica una adecuada consistencia interna en la muestra analizada. Al igual que el intervalo de confianza al 95%, evidenció estabilidad en la estimación de la fiabilidad del instrumento.

En relación con el cuestionario de hábitos de vida saludable (HBSC), las dimensiones evaluadas mostraron niveles de fiabilidad variables. La dimensión de alimentación presentó un coeficiente de $\alpha = .402$, mientras que la dimensión de actividad física obtuvo un valor de $\alpha = .396$, lo que sugiere una consistencia interna baja. Por su parte, la dimensión de consumo de sustancias presentó un coeficiente de $\alpha = .684$, indicando una consistencia interna aceptable, mientras que la dimensión de violencia mostró un valor de $\alpha = .584$, considerado moderado.

Durante el análisis de fiabilidad, algunos ítems presentaron varianza nula en la muestra, por lo que fueron excluidos del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, con el fin de permitir una estimación adecuada de la consistencia interna de las escalas.

Los resultados completos de fiabilidad de los instrumentos utilizados en el estudio se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3

Consistencia interna de los instrumentos

Escala	Ítems	α	IC 95%
SECQ	25	.861	0.77 - 0.90
HBSC	17	.798	0.69 - 0.88

Estadísticos descriptivos de las variables

Antes de presentar los estadísticos descriptivos, es pertinente señalar que las puntuaciones obtenidas en las variables analizadas se interpretan considerando que valores promedio más altos indican una mayor presencia de la competencia o conducta evaluada, mientras que valores más bajos reflejan una menor presencia de estas características en la muestra. Las medias permiten describir el nivel general en el que las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable se manifiestan en los participantes del estudio.

A partir de ello, se calcularon estadísticos descriptivos para las principales variables del estudio. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 4.

En relación con las competencias socioemocionales, el puntaje total presentó una media de $M = 4.04$ ($DE = 0.83$), con valores comprendidos entre 0.00 y 4.99, lo que refleja una presencia relativamente elevada de estas competencias en la muestra analizada. Entre las dimensiones evaluadas, gestión de relaciones registró la media más alta ($M = 4.10$; $DE = 0.63$), mientras que autogestión presentó la media más baja ($M = 3.21$; $DE = 0.77$).

En cuanto a los hábitos de vida saludable, el puntaje total obtuvo una media de $M = 1.99$ ($DE = 1.12$), con valores entre 0.00 y 3.50. Entre sus dimensiones, la alimentación presentó la media más alta ($M = 4.14$; $DE = 0.82$), mientras que las variables de consumo de sustancias ($M = 0.06$; $DE = 0.15$) y violencia ($M = 0.16$; $DE = 0.30$) registraron medias bajas en la muestra analizada.

Los estadísticos descriptivos completos de las variables estudiadas se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4*Estadísticos descriptivos de las variables*

Variable	M	DE	Min	Max
Competencias socioemocionales	4.04	0.83	0.00	4.99
Gestión de relaciones	4.10	0.63	2.80	5.00
Autogestión	3.21	0.77	1.60	4.60
Hábitos de vida saludable	1.99	1.12	0.00	3.50
Alimentación	4.14	0.82	2.45	5.55
Consumo de sustancias	0.06	0.15	0.00	0.80

Nota. M = media; DE = desviación estándar.

Comparación de hábitos de vida saludable según sexo

Con el propósito de explorar posibles diferencias en los hábitos de vida saludable según el sexo de los participantes, se calcularon estadísticos descriptivos diferenciados para hombres y mujeres. Los resultados se presentan en la Tabla 5.

En relación con la alimentación, los participantes masculinos presentaron una media mayor ($M = 4.75$; $DE = 0.55$) en comparación con las participantes femeninas ($M = 3.93$; $DE = 0.80$). De manera similar, en la variable de actividad física, los hombres obtuvieron una media superior ($M = 2.56$; $DE = 0.54$) frente a las mujeres ($M = 1.54$; $DE = 0.76$).

En cuanto al consumo de sustancias y la violencia, ambos grupos presentaron medias bajas y valores similares entre sí. Finalmente, el índice total de hábitos de vida saludable fue mayor en los hombres ($M = 3.06$; $DE = 0.64$) que en las mujeres ($M = 1.62$; $DE = 1.01$).

Tabla 5*Hábitos de vida saludable según sexo*

Variable	Femenino M (DE)	Masculino M (DE)
Alimentación	3.93 (0.80)	4.75 (0.55)
Actividad física	1.54 (0.76)	2.56 (0.54)
Consumo de sustancias	0.08 (0.17)	0.02 (0.07)
Violencia	0.17 (0.32)	0.14 (0.22)
Hábitos de vida saludable (total)	1.62 (1.01)	3.06 (0.64)

Nota. M = media; DE = desviación estándar.

Relación entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable

Con el propósito de analizar la relación entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable, se realizó previamente una prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Los resultados indicaron que ambas variables no presentaron una distribución normal ($p < .05$), por lo que se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la relación entre ellas.

Tabla 6*Prueba de normalidad de las variables principales*

	M	DE	Shapiro-Wilk	Valor P de Shapiro-Wilk	Min	Max
Indice_total_HVS	1.986	1.121	0.894	.003	0.000	3.500
Indice_total_CSE	4.037	0.833	0.667	< .001	0.000	4.990

Nota: HVS: Hábitos de vida saludable, CSE: Competencias Socioemocionales

El análisis evidenció una correlación negativa moderada y estadísticamente significativa entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable ($\rho = -.349$; $p = .040$). Este resultado indica la presencia de una relación inversa entre ambas

variables en la muestra analizada, es decir, a medida que aumenta una de las variables, la otra tiende a disminuir.

Los resultados del análisis de correlación se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7

Relación entre competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable

Variables	ρ	p
Competencias socioemocionales- Hábitos de vida saludable	-0.349	0.040

Nota. ρ = coeficiente de correlación de Spearman.

Discusión

En cuanto a las competencias socioemocionales en adolescentes, los resultados evidenciaron un nivel elevado en la muestra analizada ($M = 4.04$; $DE = 0.83$), evaluado mediante el Social Emotional Competence Questionnaire (SECQ). Este hallazgo indica que los participantes presentan habilidades adecuadas para reconocer, comprender y regular sus emociones, así como para establecer relaciones interpersonales funcionales.

Este resultado coincide con la literatura, donde se señala que durante la adolescencia se consolidan procesos vinculados a la identidad, la autonomía y las habilidades sociales (Erikson, 1968), así como el desarrollo de competencias socioemocionales que favorecen la adaptación al entorno (CASEL, 2020). El nivel elevado encontrado en la muestra refleja el desarrollo esperado de estas habilidades en esta etapa de desarrollo.

En cuanto a las dimensiones evaluadas, la gestión de relaciones presentó la media más alta ($M = 4.10$), lo que evidencia una mayor capacidad de los adolescentes para desenvolverse en sus interacciones sociales. Por el contrario, la autogestión emocional obtuvo la media más baja ($M = 3.21$), lo que sugiere mayores dificultades en la regulación de emociones y el control conductual. Este resultado se considera como relevante ya que, según el modelo de CASEL (2020), la autogestión implica la capacidad de regular emociones, pensamientos y conductas, así como orientar el comportamiento hacia el logro de objetivos, lo cual se relaciona con la toma de decisiones y la adopción de conductas en la vida cotidiana.

En cuanto a los resultados de los hábitos de vida saludable, obtenidos a través del instrumento Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), se evidenció un nivel moderado en la muestra ($M = 1.99$; $DE = 1.12$), lo que indica que la adopción de conductas saludables no se presenta de manera consistente en todas las dimensiones evaluadas. Específicamente, la dimensión de alimentación presentó valores elevados ($M = 4.14$),

mientras que el consumo de sustancias ($M = 0.06$) y la violencia ($M = 0.16$) registraron valores bajos, evidenciando la presencia de conductas protectoras en estas áreas.

Sin embargo, Méndez et al., 2022 afirman que, aunque los adolescentes pueden reconocer la importancia de los hábitos saludables, su práctica no siempre se mantiene de manera consistente. Los datos evidencian la presencia de una brecha entre el conocimiento y la adopción efectiva de conductas saludables, lo que refleja la complejidad del comportamiento en esta etapa del desarrollo.

Al analizar los hábitos de vida saludable según el sexo, se observó que los participantes masculinos presentan medias superiores en comparación con las participantes femeninas, particularmente en alimentación y actividad física. Este hallazgo puede vincularse con lo expuesto en la literatura revisada, donde se destaca que el comportamiento adolescente se encuentra influenciado por factores sociales y contextuales, como el entorno y la presión de grupo, los cuales inciden en la toma de decisiones (González Moreno y Molero Jurado, 2022; Vargas Vélez y Cano de la Cruz, 2024).

Respecto al análisis de la relación entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable, los resultados evidenciaron una correlación negativa moderada y estadísticamente significativa ($\rho = -.349$; $p = .040$). Este hallazgo sugiere una asociación inversa entre ambas variables en la muestra analizada; no obstante, su interpretación debe realizarse con cautela debido al carácter transversal del estudio y a las limitaciones psicométricas observadas en algunas dimensiones del HBSC.

Este resultado difiere con la evidencia presentada en el marco teórico, donde se establece que el desarrollo de competencias socioemocionales favorece la adopción de conductas saludables, al facilitar la regulación emocional, la toma de decisiones y el control conductual (Galindo Zapata, 2020; Redondo Mendoza y Zapata Rueda, 2022). Sin embargo,

en la muestra analizada se observa que, a pesar de presentar niveles elevados de competencias socioemocionales, los hábitos de vida saludable no alcanzan niveles igualmente altos, lo que evidencia que estas habilidades no se traducen necesariamente en conductas saludables.

Este hallazgo puede interpretarse considerando que el comportamiento en la adolescencia se encuentra influenciado por factores sociales y contextuales, como la presión de grupo, el entorno educativo y las dinámicas sociales propias de esta etapa (González Moreno y Molero Jurado, 2022; Vargas Vélez y Cano de la Cruz, 2024). Las competencias socioemocionales, aunque presentes, podrían no ser suficientes por sí solas para garantizar la adopción de hábitos saludables.

Sin embargo, aunque la autogestión emocional presente una puntuación más baja dentro de las competencias socioemocionales podría estar relacionado con la dificultad para mantener conductas saludables de manera sostenida. La regulación del comportamiento y la toma de decisiones implican procesos que requieren no solo conciencia emocional, sino también control conductual, lo cual podría influir en la discrepancia observada entre ambas variables.

Por otra parte, la consistencia interna de algunas dimensiones del instrumento HBSC fue baja, particularmente en alimentación ($\alpha = .402$) y actividad física ($\alpha = .396$), lo que sugiere posibles limitaciones en la medición de estas variables y puede influir en la relación observada entre los hábitos de vida saludable y las competencias socioemocionales.

Asimismo, debido a la naturaleza transversal del estudio, los resultados se interpretan en términos de asociación, por lo que la correlación negativa identificada refleja una tendencia en la muestra sin implicar una relación causal entre las variables.

En conjunto, los resultados evidencian una relación estadísticamente significativa entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable en la muestra analizada. No obstante, la dirección negativa de esta relación sugiere que dicha asociación no es lineal ni directa, sino que se encuentra influida por diversos factores que intervienen en el comportamiento adolescente.

Los resultados permiten comprender que las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable no necesariamente se presentan de manera coherente en la adolescencia, lo que refleja el carácter multifactorial del comportamiento en esta etapa del desarrollo.

Conclusiones

Los adolescentes evaluados presentan niveles elevados de competencias socioemocionales, lo que indica que poseen habilidades adecuadas para reconocer, comprender y regular sus emociones, así como para establecer relaciones interpersonales positivas y desenvolverse de manera funcional en su entorno social. Estos resultados reflejan un desarrollo acorde a las demandas propias de la etapa adolescente, particularmente en aspectos relacionados con la interacción social y la comprensión emocional.

En cuanto a los hábitos de vida saludable, se evidencia que, aunque los adolescentes presentan ciertas conductas favorables, estas no se mantienen de manera consistente en todas las dimensiones evaluadas. Esto sugiere que la adopción de estilos de vida saludables no se encuentra plenamente consolidada, evidenciando variaciones en su práctica cotidiana y una posible diferencia entre el conocimiento de estos hábitos y su aplicación en la vida diaria.

Respecto a la relación entre las variables, los resultados permiten interpretar que las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable no se asocian de manera directa ni proporcional en la muestra analizada. El desarrollo de habilidades socioemocionales no garantiza, por sí solo, la adopción de conductas saludables, lo que evidencia que el comportamiento adolescente responde a procesos multifactoriales. Por ejemplo, un adolescente puede presentar habilidades adecuadas para la regulación emocional y la toma de decisiones, pero verse influido por la presión de grupo, las rutinas familiares o el uso prolongado de dispositivos tecnológicos, lo que puede limitar la adopción de hábitos saludables de manera constante.

A partir de estos hallazgos, se puede inferir que los hábitos de vida saludable en la adolescencia no dependen únicamente de las capacidades individuales, sino que también están influenciados por factores sociales y contextuales, como el entorno, la presión de grupo

y las condiciones en las que se desarrollan los adolescentes. Esto permite comprender que la conducta en esta etapa responde a la interacción de múltiples variables que inciden en la toma de decisiones.

En relación con la posible generalización de los resultados, es importante considerar que el estudio se realizó en un contexto específico, con una muestra de adolescentes pertenecientes a una unidad educativa de la ciudad de Cuenca, seleccionados mediante un muestreo por conveniencia. Por esta razón, los hallazgos deben interpretarse dentro de este contexto particular, ya que no es posible extrapolarlos de manera directa a toda la población adolescente.

Finalmente, los resultados indican que la relación entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable está influida por distintos factores individuales y contextuales. Por ello, su comprensión requiere considerar cómo estos elementos interactúan en el comportamiento adolescente y las características del entorno en el que se desarrolla.

Limitaciones y recomendaciones

La presente investigación presentó ciertas limitaciones que deben ser consideradas al momento de interpretar los resultados, las cuales, a su vez, permiten orientar futuras líneas de investigación y propuestas de mejora metodológica.

Una de las principales limitaciones del estudio fue el tamaño reducido de la muestra, siendo equivalente a $n=35$, lo cual limitó la validez externa de los resultados y limita su generalización a otras poblaciones. Esta situación se vio influenciada por la dificultad en la obtención del consentimiento informado de los padres o representantes legales, debido a que la población estuvo conformada por menores de edad. En consecuencia, no se logró incluir a la totalidad de los estudiantes inicialmente previstos, lo que pudo afectar la variabilidad de los datos.

Asimismo, el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia representa otra limitación relevante, ya que este tipo de selección puede introducir sesgos y no garantiza que la muestra sea representativa de la población adolescente evaluada. Esto implica que los resultados obtenidos deben ser interpretados con cautela, especialmente al momento de generalizarlos a otros contextos educativos o socioculturales.

Debido a que el estudio correspondió a un análisis transversal, es decir, que fueron obtenidos en un único momento temporal, lo que impidió establecer relaciones de causalidad entre las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable. Los resultados únicamente permiten identificar asociaciones, más no determinar si una variable influye directamente sobre la otra.

Finalmente, es importante considerar la influencia de variables contextuales no controladas dentro del estudio, como el entorno familiar, el nivel socioeconómico, el uso de dispositivos electrónicos y la influencia del grupo de pares, las cuales podrían estar

incidiendo significativamente en la adopción de hábitos saludables en los adolescentes, pero no fueron evaluadas de manera directa en esta investigación.

En función de las limitaciones identificadas, se plantean las siguientes recomendaciones para futuros estudios. En primer lugar, se sugiere ampliar el tamaño muestral e incluir participantes de diferentes instituciones educativas, tanto públicas como privadas, con el fin de mejorar la representatividad y la validez externa de los resultados. Asimismo, se recomienda emplear métodos de muestreo probabilístico que permitan reducir posibles sesgos en la selección de los participantes.

Además, se recomienda desarrollar estudios de tipo longitudinal que permitan analizar la evolución de las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable a lo largo del tiempo, así como explorar posibles relaciones de causalidad entre estas variables.

En cuanto a las recomendaciones prácticas, se sugiere implementar programas de intervención en el ámbito educativo que integren el desarrollo de competencias socioemocionales con la promoción de hábitos de vida saludable, abordando ambas variables de manera conjunta. Asimismo, resulta relevante considerar el impacto del uso de dispositivos electrónicos y el sedentarismo en la vida cotidiana de los adolescentes, promoviendo estrategias que fomenten un equilibrio entre el uso de la tecnología y la actividad física.

Finalmente, se recomienda involucrar activamente a la familia y al entorno escolar en la promoción de estilos de vida saludables, ya que estos contextos cumplen un papel fundamental en la formación de hábitos durante la adolescencia.

Referencias

- Andrade-Gómez, E., Aragón-Espinosa, P., Mosele, J. I., y Pérez-Matute, P. (2025). Salud física y nutricional en la adolescencia. En C. Serrano-Martínez y E. Juaneda Ayensa (Coords.), *Adolescencia y salud integral: Fundamentos biopsicosociales y comunitarios para la intervención* (pp. 59–74). Universidad de La Rioja.
- Aunger, J., & Wagnild, J. (2022). Objective and subjective measurement of sedentary behavior in human adults: A toolkit. *American Journal of Human Biology*, 34, e23546. <https://doi.org/10.1002/ajhb.23546>
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). (2020, 1 de octubre). *CASEL's SEL framework: What are the core competence areas and where are they promoted?* <https://casel.org/casel-sel-framework-11-2020/>
- Dahl, R. E. (2022). The neurobiological foundation of adolescent development. En J. A. Durlak, C. E. Domitrovich, & J. L. Mahoney (Eds.), *Handbook of social and emotional learning: Research and practice* (2nd ed.). Routledge.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Fernández Rodríguez, J. C., Domínguez Pineda, N. Z., Miralles Muñoz, F., y Liz, L. (2023). Conductas de riesgo y programas de prevención en adolescentes institucionalizados. *Cuadernos de RES PUBLICA en Derecho y Criminología*, (2), 42–56. <https://doi.org/10.46661/respublica.8286>
- Galindo Zapata, E. (2020). *Intervención educativa en adolescentes sobre competencias socioemocionales y hábitos saludables: impacto en las conductas de riesgo para la*

salud [Trabajo de fin de máster, Universidad Miguel Hernández].

<https://hdl.handle.net/11000/7754>

González Moreno, A., y Molero Jurado, M. del M. (2022). Las habilidades sociales y su relación con otras variables en la etapa de la adolescencia: Una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15(1), 113–123.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=742380758011>

González-Carrera, R., Montenegro-Espinosa, J. A., Gutiérrez-Espinoza, H., Yáñez-Sepúlveda, R., Olivares-Arancibia, J., Cortés-Roco, G., Pérez-Soto, J. J., y López-Gil, J. F. (2025). Intervenciones centradas en actividad física y nutrición para combatir la obesidad en niños y adolescentes: Una revisión de alcance. *Retos*, 68, 400–409.

<https://doi.org/10.47197/retos.v68.114378>

Gutiérrez-Sanhueza, C. (2023). La importancia de fomentar hábitos saludables en la era de la tecnología: impacto del tiempo frente a pantalla en la actividad física de los adolescentes. *Revista Chilena de Rehabilitación y Actividad Física*, 3(1), 1–3.

<https://doi.org/10.32457/reafl.2160>

Heredia, D. A., Piloso, J. E., y Martínez, M. E. (2024). La actividad física y la calidad de vida en la adolescencia media (14-17 años). *Revista Mentor*, 3(9), 1184-1205.

<https://revistamentor.ec/index.php/mentor/article/view/9131/7750>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018): Principales resultados*.

https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf

- Javela, J. J., Bahamón, M. J., Barraza-López, R., Bonilla-Cruz, N. J., Ortega-Bechara, A., Cabezas Corcione, A., y García-Batista, Z. E. (2025). Influencia de la empatía sobre las conductas de riesgo en adolescentes de Colombia, Ecuador y Chile. *Gaceta Médica de Caracas*, 133(Supl. 1), S112–S127.
<https://doi.org/10.47307/GMC.2025.133.s1.11>
- Ji, X., & Kadri, N. B. M. (2025). A systematic review on the role of emotional awareness and mental health in building resilience and coping for psychological well-being. *The Journal of Mind and Behavior*, 46(1). <https://jmb-online.com/article-view.php?id=70>
- Jones, S. M., & Kahn, J. (2017). *The evidence base for how we learn: Supporting students' social, emotional, and academic development*. The Aspen Institute.
- Koivusilta, L. K., Acacio-Claro, P. J., Mattila, V. M., & Rimpelä, A. H. (2024). Health and health behaviours in adolescence as predictors of education and socioeconomic status in adulthood: A longitudinal study. *BMC Public Health*, 24, 1178.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-18668-7>
- López Sánchez, M. R., Córdova Ponce, J. L., Chacón Vargas, B. J., y León López, L. W. (2025). La importancia del deporte en la prevención del sedentarismo y promoción de hábitos saludables en adolescentes. *Revista Iberoamericana*. <https://revista-iberoamericana.org/index.php/es/article/view/351>
- Lv, C., Wang, Z., Cui, H., Zhang, K., Wang, X., Wang, X., Alsudais, T. A., & Duan, S. (2025). Investigating the influence of adolescents' social and emotional skills on health behavior: A moderated mediation analysis. *Frontiers in Psychology*, 16, 1712176. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1712176>
- Masalán, M. P., Sequeida, J. Y., y Ortiz, M. (2013). Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos. *Revista Chilena de Pediatría*, 84(5). <https://doi.org/10.4067/S0370-41062013000500012>

- Moreno Villares, J. M., y Núñez Ramos, R. (2025). Nutrición en la adolescencia. *Pediatría Integral*, 29(2), 109–118. <https://doi.org/10.63149/j.pedint.18>
- Nonweiler, J., Vives, J., Barrantes Vidal, N., & Ballespí, S. (2024). Emotional self-knowledge profiles and relationships with mental health indicators support value in “knowing thyself”. *Scientific Reports*, 14(1), Article 7900. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-57282-w>
- Olivo-Martins-De-Passos, T., Parra-Camacho, D., Pérez-Campos, C., y Aguado-Berenguer, S. (2024). La importancia del sueño en los adolescentes: impacto de variables sociodemográficas y de factores personales. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 6(2). <https://doi.org/10.46634/riics.282>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Adolescent development and health*. <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>
- World Health Organization. (2014). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey.
- Panwar, P., Sharma, S., y Kang, T. (2019). Adaptación del Cuestionario de Competencia Socioemocional (SECQ).
- Parajuli, J., & Prangthip, P. (2025). Adolescent nutrition and health: A critical period for nutritional intervention to prevent long-term health consequences. *Current Nutrition Reports*, 14, 116. <https://doi.org/10.1007/s13668-025-00706-4>
- Paredes-Iragorri, M. C., y Patiño-Guerrero, L. A. (2019). Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes. *Universidad y Salud*, 22(1), 80–89. <https://doi.org/10.22267/rus.202201.175>
- Redondo Mendoza, C. E., y Zapata Rueda, C. M. (2022). Relación entre calidad de vida y competencias socioemocionales: Revisión sistemática. *International Technology Science and Society Review*, 11. <https://doi.org/10.37467/revtechno.v11.4461>

- Rey García, Y., y Ramírez Marín, J. T. (2022). *Estilos de vida y autocuidado en adolescentes y adultos jóvenes: Revisión narrativa para la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles* [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC.
- Rojas Jara, D. A. (2025). La actividad física y la calidad de vida en la adolescencia media (14-17 años). *Revista Mentor*, 4(10), 735-758.
<https://doi.org/10.56200/mried.v4i10.9131>
- Stahel, T., Moody, Z., & Darbellay, F. (2025). Bullying in adolescence: Social influence and student relationships. *Contemporary School Psychology*, 29, 519–537.
<https://doi.org/10.1007/s40688-024-00517-4>
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development*, 88(4), 1156–1171.
<https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
- Torres, J., Contreras, S., Lippi, L., Huaiquimilla, M., y Leal, R. (2019). Hábitos de vida saludable como indicador de desarrollo personal y social: Discursos y prácticas en escuelas. *Calidad en la Educación*, 50, 357–392.
<https://doi.org/10.31619/caledu.n50.728>
- Vaquero Solís, M. (2022). *Motivación, promoción de hábitos saludables y bienestar en niños y adolescentes escolares* [Tesis doctoral, Universidad de Extremadura].
<http://hdl.handle.net/10662/14917>
- Vélez, V. K. V., y Cano de la Cruz, Y. (2024). Influencia de la presión social en la toma de decisiones del alumnado. *Revista Científica Multidisciplinaria OGMA*, 3(3), 21–33.
- Vera Zambrano, J. F., y Villafuerte Álvarez, C. A. (2025). Los programas para la actividad física en adolescentes: Una revisión sistemática. *Horizontes. Revista de Investigación*

en Ciencias de la Educación, 9(36), 467–485.

<https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v9i36.932>

Weissbrod, P., Peñalva, M. I., Slarner, A., y Jáuregui Leyes, P. (2025). Actividad física insuficiente en adolescentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 123(6), e202410518.

<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2025/v123n6a06.pdf>

World Health Organization. (2024). *Physical activity*. <https://www.who.int/health-topics/physical-activity>

Zhou, M., & Ee, J. (2012). Development and validation of the Social Emotional Competence Questionnaire (SECQ).

Anexos

Anexo I. Modelo del Cuestionario de Competencia Socioemocional (SECQ).

Cuestionario de Competencia Socioemocional (SECQ)

Adaptado de Panwar, P., Sharma, S., Kang, T. (2019).

Información del Estudiante:

Nombre (opcional): _____

Nivel de Grado: _____

Edad: _____

Género: _____

Piensa con qué frecuencia usted muestra el comportamiento que se describe a continuación. Usando una escala del 1 (Nunca) al 5 (Siempre), califica tu propio comportamiento mostrado durante los últimos seis meses.

Autoconciencia	Nunca				Siempre
Sabe lo que está pensando y haciendo.	1	2	3	4	5
Entiende por qué hacen lo que hacen y lo que hacen.	1	2	3	4	5
Entiende sus estados de ánimo y sentimientos.	1	2	3	4	5
Sabe cuándo está de mal humor.	1	2	3	4	5
Puede leer las caras de las personas cuando están enojadas.	1	2	3	4	5
Conciencia Social	Nunca				Siempre
Reconoce cómo se sienten las personas al mirar sus expresiones faciales.	1	2	3	4	5
Le resulta fácil comprender por qué las personas se sienten como se sienten.	1	2	3	4	5
Si un amigo está triste, enojado o feliz, cree saber lo que está pensando.	1	2	3	4	5
Entiende por qué las personas reaccionan de la manera en que lo hacen.	1	2	3	4	5
Si un amigo está molesto, tiene una idea bastante clara de por qué.	1	2	3	4	5
Autogestión	Nunca				Siempre
Puede mantener la calma en situaciones estresantes.	1	2	3	4	5
Puede mantener la calma y superar la ansiedad en situaciones nuevas o cambiantes.	1	2	3	4	5
Mantiene la calma cuando las cosas salen mal.	1	2	3	4	5
Puede controlar la forma en que se siente cuando sucede algo malo.	1	2	3	4	5
Cuando está molesto con alguien, espera hasta haberse calmado antes de discutir el tema.	1	2	3	4	5
Gestión de Relaciones	Nunca				Siempre

Siempre se disculpa cuando hiere a un amigo sin querer.	1	2	3	4	5
Siempre intenta consolar a sus amigos cuando están tristes.	1	2	3	4	5
Intenta no criticar a un amigo cuando discuten.	1	2	3	4	5
Es tolerante con los errores de sus amigos.	1	2	3	4	5
Se defiende sin menospreciar a los demás.	1	2	3	4	5
Toma de Decisiones Responsable	Nunca				Siempre
Al tomar decisiones, considera las consecuencias de sus acciones.	1	2	3	4	5
Se asegura de que haya resultados más positivos al hacer una elección.	1	2	3	4	5
Evalúa las fortalezas de la situación antes de decidir su acción.	1	2	3	4	5
Considera los criterios elegidos antes de hacer una recomendación.	1	2	3	4	5
Considera las fortalezas y debilidades de la estrategia antes de decidir usarla.	1	2	3	4	5

Leche o productos lácteos (leche, yogur, cuajada, queso)								
¿Cuántas veces a la semana comes pescado (ej. atún, tilapia, trucha)?								
¿Cuántos vasos o botellas de agua tomas al día (sin contar jugos o gaseosas)?								
¿Cuántas veces a la semana desayunas antes de ir a clase?								
Actividad Física y Sedentarismo								
Ítem					Si		No	
En los últimos 7 días, ¿cuántas veces hiciste actividad física intensa (como correr, jugar fútbol, bailar o nadar, que te hace sudar y te deja sin aliento)?								
¿Haces algún deporte en equipo o individual fuera del horario escolar?								
¿Cuánto tiempo pasas al día jugando videojuegos (en el celular, consola, computadora, tablet, etc.)? (Horas)								
¿Cuánto tiempo pasas al día viendo televisión o películas? (Horas)								
Consumo de Sustancias (Drogas, Alcohol y Tabaco)								
Ítem	Nunca	1 o 2 veces	3 a 5 veces	6 a 9 veces	10 o más veces			
En el último mes, ¿cuántos días has fumado cigarrillos (de tabaco)?								
En el último mes, ¿cuántos días has usado vapeadores o cigarrillos electrónicos?								
En el último mes, ¿cuántos días has bebido alcohol?								
En el último mes, ¿cuántas veces te has emborrachado (bebido demasiado alcohol)?								

En el último mes, ¿cuántos días has consumido marihuana o cannabis?					
Violencia Escolar (Bullying) y Social					
Instrucción: Piensa en los últimos dos meses. Marca si el hecho te ha ocurrido en la escuela/colegio.					
Ítem	Nunca	1 sola vez	2 o 3 veces	1 vez a la semana	Varias veces a la semana
He sido acosado o molestado (bullying) por otros estudiantes en el colegio.					
He participado en peleas físicas.					
Me han amenazado con cuchillos u otras armas.					
Me han amenazado por una pandilla o grupo de chicos/as en mi barrio.					

Anexo 3. Modelo del consentimiento informado.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Evaluación de competencias socioemocionales y hábitos de vida saludable en adolescentes.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# Cédula	Institución a la que pertenece
Investigadora Principal (IP)	Ana María Bermeo	0106401946	Universidad del Azuay

¿De qué se trata este documento?

De la manera más comedida y respetuosa le invitamos a permitir la participación de su hijo/a o representado/a en este estudio que se realizara en la Universidad del Azuay. En este documento llamado “consentimiento informado”, se explica las razones por las que se realiza el estudio cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

El objetivo de este estudio es evaluar y describir las competencias socioemocionales y los hábitos de vida saludable en adolescentes de entre 15 y 17 años. La información recolectada es de gran valor, ya que los resultados de esta investigación contribuirán al desarrollo de programas de promoción de la salud juvenil más efectivos en la comunidad. Su participación es clave y totalmente voluntaria.

Objetivo del estudio

Relacionar las competencias socioemocionales y hábitos de vida saludable en adolescentes entre 15 y 17 años.

Descripción de los procedimientos

Si usted acepta que su hijo/a o representado/a participe en el estudio, se llevarán a cabo los siguientes pasos:

1. Se solicitará el Asentimiento Informado al adolescente, garantizando su participación voluntaria y activa.
2. La participación consistirá en responder dos cuestionarios estandarizados:
 - Cuestionario de Competencias Socioemocionales (SECQ): Para medir competencias socioemocionales como: el autoconocimiento, gestión emocional, habilidades sociales, empatía y toma de decisiones.

<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Hábitos de Vida Saludable (HBSC): Para evaluar dimensiones de hábitos saludables como: la alimentación, actividad física, sueño, bienestar psicológico y consumo de sustancias. <ol style="list-style-type: none"> 3. Se estima que el tiempo total de participación no excederá los 70 minutos. La actividad se realizará en una sola sesión presencial en un entorno controlado dentro de la institución educativa. 4. La información será confidencial y se registrará únicamente para fines de investigación.
<p>Riesgos y beneficios</p>
<p>Riesgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La investigación implica un riesgo mínimo para su hijo/a. • Puede haber una ligera incomodidad o fatiga leve o aburrimiento al responder los cuestionarios. Los procedimientos se realizarán con cuidado y bajo supervisión profesional. • Existe el riesgo de que el adolescente retire voluntariamente su participación en cualquier momento, lo cual será respetado sin ninguna consecuencia. <p>Beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los resultados del estudio permitirán contribuir al conocimiento de investigación que servirá para diseñar mejores estrategias de prevención y promoción de un estilo de vida saludable en adolescentes. • La institución educativa recibirá un informe técnico con los hallazgos para mejorar sus programas psicoeducativos.
<p>Otras opciones si no participa en el estudio</p>
<p>Su autorización y la participación del menor son completamente voluntarias. Usted tiene el derecho de negar su permiso, y su representado(a) puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto conlleve ninguna consecuencia negativa o afectación a sus derechos académicos.</p>
<p>Derechos de la participación</p>
<p>Usted tiene derecho a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir información del estudio de forma clara; 2. Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas; 3. Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; 4. Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted; 5. Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento 6. Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario; 7. Tener acceso a los resultados del análisis de la información; 8. Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio; 9. Que se respete su privacidad 10. Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; 11. Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener los resultados de la aplicación 12. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
<p>Información de contacto</p>

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0991096703 que pertenece a Ana María Bermeo, o envíe un correo electrónico a ana.bermeo@es.uazuay.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio.

Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas.

Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

SI

NO

Nombres completos del/la participante	Firma de la participante	Fecha
Nombres completos de la investigadora	Firma de la investigadora	Fecha

Anexo 4. Modelo del asentimiento voluntario.

Asentimiento Informado

Proyecto: Evaluación de competencias socioemocionales y hábitos saludables en adolescentes.

Investigadora principal: Ana María Bermeo (Estudiante de Psicología Clínica)

I. Temas a tratar:

- Habilidades socioemocionales: Autoconciencia, Autorregulación, Habilidades Sociales, Empatía y Toma de Decisiones.
- Hábitos saludables: Alimentación, Actividad Física, Sueño, Bienestar Psicológico y Consumo de Sustancias.

Tu ayuda es super valiosa para ayudar a que en el futuro se hagan mejores programas de apoyo para jóvenes como tú.

II. Información general

Si aceptas participar en este proyecto de investigación, tendrás que responder a dos cuestionarios. La actividad tomará menos de 70 minutos.

Puedes decir que NO, ahora o al momento de realizarla y no tendrás consecuencias. Tu decisión será respetada.

Tu información y datos personales son confidenciales y serán usados únicamente para fines investigativos.

III. Decisión participativa

He leído y comprendido de qué se trata este proyecto de investigación. Quiero participar voluntariamente.

Si, quiero participar.

No, no quiero participar.

Nombre completo del estudiante	Firma del/la participante	Fecha
Nombres completos de la investigadora	Firma de la investigadora	Fecha