

Artículo original. Vol. 4 - No. 2, pp. 54 - 72. Abril, 2026. E-ISSN: 2960-8015

Experiencias, prácticas y necesidades de autocuidado en adolescentes: un estudio cualitativo con triangulación de fuentes

Experiences, practices, and self-care needs in adolescents: a qualitative study with triangulation of sources

<https://doi.org/10.58995/redlic.rmic.v4.n2.a181>



Luz Marina Castillo-Astudillo ¹, Esteban Cañizares-Abril ²
Juan Fernando León-Arévalo ³, Andrés Ramírez  ^{4*}

- ¹ Carrera de Psicología Clínica, Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica Aplicada (GINCA), Universidad Politécnica Salesiana. lcastilloa@ups.edu.ec. Cuenca, Ecuador.
- ² Universidad Politécnica Salesiana. icanizaresa@ups.edu.ec. Cuenca, Ecuador.
- ³ Carrera de Psicología Clínica, Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica Aplicada (GINCA), Universidad Politécnica Salesiana. jleona15@est.ups.edu.ec. Cuenca, Ecuador.
- ⁴ Carrera de Psicología Clínica, Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica Aplicada (GINCA), Universidad Politécnica Salesiana. aramirezcl@ups.edu.ec. Cuenca, Ecuador

¿Como citar?

Castillo Astudillo, L. M., Cañizares Abril, E., León Arévalo, J. F., & Ramírez Coronel, A. A. (2026). Experiencias, prácticas y necesidades de autocuidado en adolescentes: un estudio cualitativo con triangulación de fuentes. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea*, 4(2).54-72. <https://doi.org/10.58995/redlic.rmic.v4.n2.a181>

Recibido: 17-10-2025
Aceptado: 26-12-2025
Publicado: 01-04-2026

Nota del editor

REDLIC se mantiene neutral con respecto a reclamos jurisdiccionales en mensajes publicados y afiliaciones institucionales.

Editorial

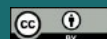
Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea (REDLIC)
www.editorialredlic.com

Fuentes de financiamiento

Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica Aplicada (GINCA), Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

Conflictos de interés

No presentan conflicto de intereses.



Este es un artículo de acceso abierto, bajo licencia [Creative Commons \(CC BY 4.0\) de Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Resumen

Objetivo: Describir en profundidad las experiencias, prácticas y necesidades de autocuidado en adolescentes a partir de respuestas abiertas, triangulándolas con evidencia científica contemporánea sobre autocuidado adolescente en diversos contextos. **Diseño:** Estudio cualitativo descriptivo con análisis de contenido inductivo y verificación por pares. **Participantes:** Adolescentes escolarizados/as. La muestra fue 78 participantes ($M_{\text{Edad}} = 16.7$, $DE = 0.8$, $\text{rango} = 15-18$). Se realizó codificación abierta y axial por dos revisores independientes; las discrepancias se resolvieron por consenso. La credibilidad se reforzó mediante auditoría analítica, memos reflexivos y triangulación con literatura. Se reportan temas y subtemas con ejemplos anonimizados y se discuten implicaciones para programas escolares y comunitarios. **Resultados:** Emergieron seis temas centrales: autocuidado físico cotidiano (alimentación, sueño, higiene y actividad física), regulación emocional y afrontamiento, redes y ecologías de apoyo (familia, pares y escuela), barreras estructurales (limitaciones económicas, distancia de cuidadores, normas sociales), tecnología y autocuidado (ambivalencia entre apoyo informativo y distracción), y proyectos personales y prevención (metas académicas, demanda de control médico/odontológico). **Conclusiones:** El autocuidado adolescente descrito se sostiene en hábitos básicos, vínculos familiares y metas cercanas, pero se ve tensionado por determinantes sociales y vacíos de educación emocional y sexual. Se recomiendan currículos de autocuidado con enfoque de competencias socioemocionales y salud menstrual/sexual, ventanillas de salud escolar para controles preventivos, y diseños digitales co-creados con adolescentes y familias.

Palabras clave: adolescencia; autocuidado; salud mental; hábitos de vida; apoyo social.

Abstract

Objective: To describe in depth the experiences, practices, and needs of self-care in adolescents based on open-ended responses, triangulating them with contemporary scientific evidence on adolescent self-care in various contexts. **Design:** Descriptive qualitative study with inductive content analysis and peer review. **Participants:** School-aged adolescents. The sample consisted of 78 participants ($M_{\text{Age}} = 16.7$, $SD = 0.8$, $\text{range} = 15-18$). Open and axial coding was performed by two independent reviewers; discrepancies were resolved by consensus. Credibility was reinforced through analytical auditing, reflective memos, and triangulation with the literature. Themes and subthemes are reported with anonymized examples, and implications for school and community programs are discussed. **Results:** Six central themes emerged: daily physical self-care (nutrition, sleep, hygiene, and physical activity), emotional regulation and coping, support networks and ecologies (family, peers, and school), structural barriers (economic limitations, distance from caregivers, social norms), technology and self-care (ambivalence between informational support and distraction), and personal projects and prevention (academic goals, demand for medical/dental check-ups). **Conclusions:** The adolescent self-care described is sustained by basic habits, family ties, and immediate goals, but is strained by social determinants and gaps in emotional and sexual education. We recommend self-care curricula with a focus on social-emotional skills and menstrual/sexual health, school health clinics for preventive check-ups, and digital designs co-created with adolescents and families.

Keywords: adolescence; self-care; mental health; lifestyle habits; social support.

1. Introducción

La adolescencia constituye una etapa de transición con cambios biológicos, psicosociales y contextuales que transforman la manera en que se conciben y realizan las prácticas de autocuidado. Más allá de la ausencia de enfermedad, el autocuidado implica habilidades de monitoreo, toma de decisiones y ejecución de conductas protectivas que responden a necesidades cotidianas y, en muchos casos, a condiciones de salud crónicas. La evidencia reciente muestra que, en patologías como la diabetes en adolescentes, las rutinas de monitoreo, adherencia terapéutica y el sostén de redes familiares son determinantes de los resultados clínicos y la transición hacia una autogestión independiente (Eva et al., 2018).

A su vez, en embarazo y maternidad adolescente se han desarrollado herramientas narrativas y de línea de vida, como los *Event History Calendars*, para estructurar el diálogo clínico y fortalecer tanto el autocuidado de la madre como el cuidado del lactante (Santos et al., 2021; Santos et al., 2023). La salud sexual y reproductiva exige, además, una preparación culturalmente pertinente y sensible a factores demográficos y socioeconómicos que condicionan el acceso, el conocimiento y la toma de decisiones (Alimoradi et al., 2017; Sadeghi et al., 2023). En otras poblaciones adolescentes, como supervivientes de cáncer, jóvenes con enfermedad celíaca o con trastorno del espectro autista, emergen perfiles singulares de necesidades de información, apoyo psicosocial y habilidades de autonomía, con implicaciones para el diseño de interven-

ciones personalizadas (Valizadeh et al., 2020; Monserrat-Hernández et al., 2024; Aktaş & Ünlü Kaynakçı, 2025; Jamison & Schuttler, 2017; Arslan et al., 2025).

Desde la perspectiva de salud pública, la literatura documenta intervenciones educativas tanto presenciales como a distancia con eficacia comparable para dominios clave del cuidado prenatal en adolescentes (Khayat et al., 2022) y modelos de consejería estructurada que mejoran prácticas y actitudes hacia la maternidad (Rezaie et al., 2021). En paralelo, la expansión de tecnologías digitales habilita el diseño de aplicaciones móviles centradas en las necesidades de los usuarios, con criterios de usabilidad, seguridad y contenidos multidimensionales (Rezaee et al., 2024). En condiciones que demandan adherencia sostenida, como la diabetes tipo 1, los incentivos financieros cuidadosamente diseñados son percibidos como aceptables por familias y adolescentes y pueden apoyar la formación de hábitos (Malik et al., 2020; Wright et al., 2024).

La higiene y el manejo menstrual especialmente en contextos de escasez de recursos o necesidades educativas no cubiertas continúan siendo áreas críticas de autocuidado (Wong et al., 2016; Shalabi-Abbas et al., 2018). En paralelo, la prevención del consumo de sustancias y la educación frente al VIH/SIDA se mantienen como prioridades, donde la educación en autocuidado ha demostrado mejorar conocimientos y actitudes (Bagheri et al., 2021; Borandegi et al., 2020). Finalmente, distintos autores advierten que el autocuidado durante la pubertad cons-

tituye una necesidad a menudo omitida por los sistemas de salud, lo que obliga a desarrollar respuestas intersectoriales e inclusivas (Kiani & Simbar, 2024).

Partiendo de este marco, el presente estudio profundiza en narrativas de adolescentes para identificar experiencias, prácticas y necesidades de autocuidado, y discute sus implicancias a la luz de la evidencia científica.

2. Materiales y métodos

Diseño del estudio

Se empleó un diseño cualitativo descriptivo con análisis de contenido inductivo, adecuado para sintetizar significados y patrones en respuestas abiertas.

Participantes y contexto

Se trabajó con adolescentes de la ciudad de Bomboiza (Gualaquiza, Ecuador), escolarizados/as que respondieron un cuestionario abierto sobre prácticas de autocuidado físico y emocional, apoyos disponibles, barreras percibidas, metas personales, uso de tecnología y necesidades preventivas. En total participaron 78 adolescentes. En cuanto a edad la media fue 16.7 (DE = 0.8, *rango* = 15–18 años).

Instrumento y dominios

El instrumento incluyó *prompts* para detallar: (a) hábitos de salud física (alimentación, sueño, higiene, actividad física; consumo de alcohol/tabaco/drogas), (b) estado y regulación emocional, (c) fuentes de aprendizaje del autocuidado y redes de apoyo, (d) situaciones/personas difíciles de controlar, (e) problemas actuales y vías de solución, (f) economía familiar y estrategias, (g) rol de la tecnología, (h)

metas cumplidas y propuestas, obstáculos, (i) cambios necesarios en el entorno, y (j) necesidad de chequeo médico/odontológico.

Análisis Cualitativo

Dos revisores realizaron codificación abierta y axial, desarrollando categorías y subcategorías a partir de unidades de significado. Se emplearon memos analíticos y reuniones de consenso para resolver discrepancias. Las inferencias se triangularon con literatura revisada sistemáticamente.

La credibilidad se reforzó mediante auditoría analítica, discusión por pares y búsqueda de casos negativos. La transferibilidad se abordó con descripción densa de contexto y participantes; la dependabilidad y confirmabilidad, mediante registro de decisiones analíticas y matriz de códigos.

Los datos fueron anonimizados y se resguardó la confidencialidad. El informe presenta resultados en forma agregada, sin información identificatoria.

3. Resultados

A partir de la codificación abierta se fragmentaron las respuestas en unidades de significado que aludieron a acciones, percepciones y condiciones del entorno. Esas unidades expresiones como estar sano y alegre, calmarse, no meterse en problemas, tentaciones, falta de dinero o ir al control, se reagruparon por similitud semántica y función, dando lugar a categorías y subcategorías. En la fase axial, dichas categorías se articularon en torno a condiciones causales, contexto, estrategias de acción/interacción y consecuencias, hasta conformar un mapa cohesivo del autocuidado adolescente.

La categoría *Autocuidado físico cotidiano* integró subcategorías sobre alimentación, sueño, higiene y actividad física. Las unidades de significado referidas a “comida casera”, “evitar chatarra”, “tomar agua”, “dormir bien” y “hacer deporte” surgieron como estrategias concretas orientadas al bienestar diario. Axialmente, estas prácticas se explicaron por condiciones motivacionales (“sentirse bien”, “rendir en clases”) y por un contexto normativo familiar y escolar que reforzó horarios y rutinas. Las consecuencias narradas fueron sensación de control, mejor estado de ánimo y percepción de mayor energía, mientras que el uso desordenado del celular por las noches actuó como condición interviniente que erosionó el descanso.

La categoría “Regulación emocional y afrontamiento” agrupó subcategorías de búsqueda de apoyo, autorregulación y distanciamiento temporal. Unidades como “hablar con mi mamá”, “ir a psicología”, “escuchar música”, “salir a caminar” o “tomar aire” describieron tácticas combinadas para manejar tristeza y enojo, emociones frecuentes que se situaron causalmente en conflictos familiares, presión académica o fricciones con pares. En el eje axial, la disponibilidad de adultos significativos y de espacios de escucha en la escuela configuró el contexto que facilitó la acción; la consecuencia más mencionada fue “sentirse más tranquilo” y “pensar mejor qué hacer”. Donde faltaron apoyos, emergió el “guardar lo que siento”, asociado a mayor carga afectiva.

“Redes y ecologías de apoyo” consolidó el papel de la familia, las amistades y la escuela como dispositivos de sostén. Las unidades “acompañarme al control”, “recordarme tareas”, “no dejarme solo” o “la orientadora me escuchó” describie-

ron apoyos instrumentales y emocionales. Axialmente, cuando estas redes estaban presentes se fortalecían hábitos, se activaba la búsqueda de ayuda y se mitigaban efectos de estresores; su ausencia, en cambio, amplificó la vulnerabilidad. La escuela operó como nodo de articulación, habilitando derivaciones y contención.

La categoría Barreras estructurales y del entorno recogió limitaciones económicas, distancia de cuidadores y normas locales. Unidades como “no alcanza el dinero”, “no hay transporte”, “mis papás trabajan lejos” y “hay tentaciones en la calle/redes” funcionaron como condiciones de contexto que interfirieron con la adherencia a hábitos y la asistencia a controles. En el ensamblaje axial, estas barreras aparecieron como factores transversales que, aun ante motivación y conocimiento, redujeron la factibilidad de sostener cambios, explicando discontinuidades y retrocesos en las trayectorias de cuidado.

Tecnología y autocuidado se configuró como categoría ambivalente. Las unidades “ver tutoriales”, “poner alarmas” y “apps para recordar” describieron usos organizadores e informativos, mientras que “distrae”, “me quita el sueño” y “me desenfoca” nombraron efectos indeseados. En términos axiales, la alfabetización digital y la mediación adulta actuaron como condiciones intervinientes que inclinaban el balance hacia el beneficio o la distracción; la consecuencia positiva fue mayor estructuración de rutinas, y la negativa, deterioro del descanso y de la concentración.

Finalmente, “Proyectos personales y prevención” integró metas próximas y demandas de control. Unidades como “subir las notas”, “no meterme en problemas”, “seguir en el deporte” e “ir al chequeo/odontólogo” describieron objetivos que

movilizaron conductas y la intención de conectarse con servicios. En el ensamblaje axial, las metas funcionaron como mecanismo de acción que, cuando se articuló con apoyos familiares y escolares, aumentó la probabilidad de cumplimiento pese a obstáculos; cuando no, quedó más ex-

puesto a las barreras del contexto. Dentro de esta categoría, la necesidad de controles médicos y odontológicos —reportada por una proporción relevante del grupo actuó como indicador de oportunidades de articulación con ventanillas de salud escolar y circuitos de derivación.

Tabla 1.
Análisis Cualitativo

Fase	Objetivo	Acciones clave	Productos / Entregables	Criterios de rigor
1) Familiarización y preparación de datos	Comprender el corpus y preparar unidades de análisis	Lectura flotante de todas las respuestas; anonimización; limpieza básica; registro de memos iniciales; definición de unidades de significado	Corpus limpio; lista de unidades de significado; bitácora de memos	Credibilidad (inmersión en datos); Confirmabilidad (trazabilidad de decisiones)
2) Codificación abierta	Fragmentar y nombrar el contenido	Asignación de códigos iniciales a cada unidad; comparación constante; ajustes del codebook; codificación por dos revisores	Matriz de códigos por caso; codebook v1	Dependabilidad (procedimiento explícito); Confiabilidad inter-codificador (acuerdos y resolución por consenso)
3) Codificación axial	Agrupar y relacionar categorías	Reagrupar códigos por similitud/función; organizar en condiciones (causales y de contexto), estrategias y consecuencias; búsqueda de casos negativos	Categorías y subcategorías articuladas; mapa axial	Credibilidad (casos negativos); Confirmabilidad (auditoría analítica)
4) Codificación selectiva / Integración temática	Consolidar temas centrales	Integración de categorías en temas y subtemas; prueba de saturación temática; redacción de descripciones densas	6 temas finales: Autocuidado físico; Regulación emocional; Apoyos y redes; Barreras/ Contexto; Tecnología; Proyectos y prevención	Transferibilidad (descripción densa); Credibilidad

5) Triangulación de fuentes	Contrastar hallazgos con la evidencia	Vínculo tema ↔ dominios de la literatura (22 referencias); síntesis de convergencias y vacíos	Heatmap de triangulación (temas × dominios); notas de convergencia	Credibilidad (corroboración externa); Confirmabilidad
6) Validación del análisis	Robustecer consistencia y transparencia	Revisión por pares; auditoría de decisiones; matriz de discrepancias resueltas; revisión de memos	Informe breve de validación; versión final del codebook	Dependabilidad (consistencia); Confirmabilidad (rastreo de auditoría)
7) Síntesis y visualización	Comunicar patrones y relaciones	Tablas de frecuencias temáticas; co-ocurrencias; nube de palabras; gráfico de panel con (n) y %; figuras de necesidades	Figuras: panel n/%; co-ocurrencias; nube; necesidades; triangulación	Claridad comunicativa (transparencia)
8) Redacción e implicaciones	Traducir hallazgos a acción	Resultados ampliados por tema; discusión con literatura; conclusiones e implicaciones (escuela, familia, servicios, mHealth)	Secciones del artículo final (Resultados, Discusión, Conclusiones)	Utilidad (aplicabilidad); Coherencia (alineación objetivo ↔ hallazgos)

Los temas más frecuentes en las narrativas son Regulación emocional y Apoyos y redes ($n = 26$; 33,3%), lo que indica que las y los adolescentes otorgan un peso central a manejar sus emociones y a buscar soporte en familia, amistades o consejería escolar. En un segundo nivel aparecen Prevención/Controles ($n = 24$; 30,8%) y Autocuidado físico ($n = 23$; 29,5%): cerca de tres de cada diez mencionan chequeos o acciones preventivas y hábitos cotidianos (alimentación, sueño, higiene, actividad física). Barreras/Contexto ($n = 22$; 28,2%) revela que alrededor de uno de cada cuatro alude a limitaciones económicas, distancia de cuidadores o normas del entorno que dificultan el cuidado. Tecnología ($n = 10$; 12,8%) es el tema menos citado, sugiriendo que, si bien está presente, no ocupa un lugar tan prominente o se vive de manera ambivalente.

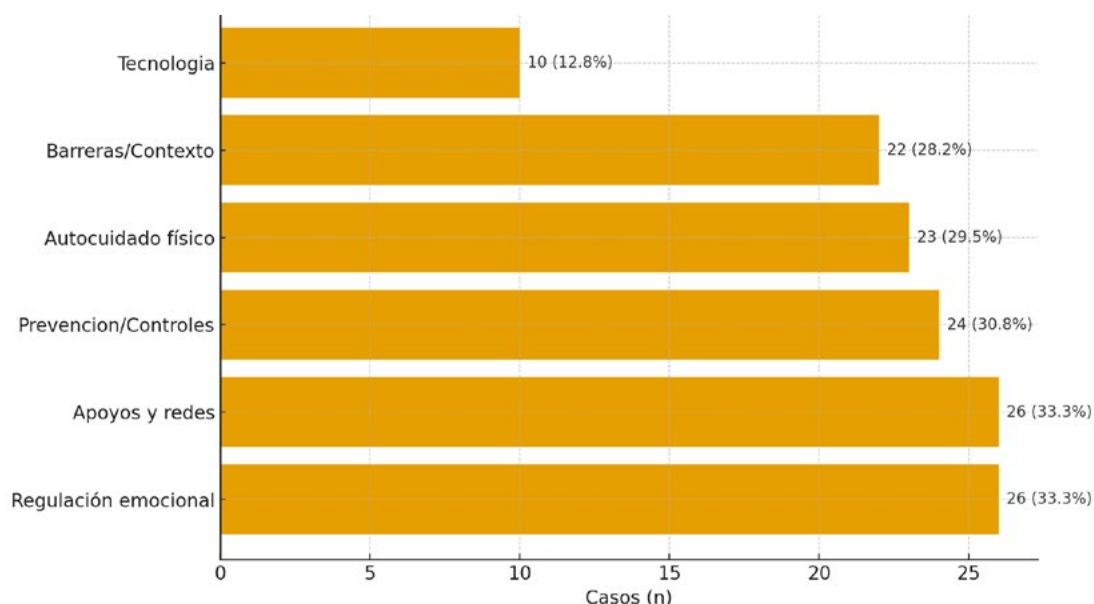
Las intervenciones deberían priorizar el entrenamiento en habilidades de regu-

lación emocional y el fortalecimiento de redes familiares/escolares, integrando componentes de prevención y estrategias para mitigar barreras contextuales. La tecnología puede incorporarse como apoyo, pero requiere guía y alfabetización digital para incrementar su utilidad percibida.

La figura 2 representó con qué frecuencia dos temas aparecieron juntos en la misma respuesta. Los tonos más claros indicaron mayor co-ocurrencia. Se observó que Regulación emocional y Apoyos y redes se presentaron juntas con la mayor frecuencia, lo que evidenció que, cuando las y los adolescentes mencionaron el manejo de sus emociones, también recurrieron al soporte de la familia, amistades o consejería escolar. Asimismo, Prevención/Controles co-ocurrió con Regulación emocional y con Apoyos y redes, de modo que la búsqueda de ayuda y la autorregulación parecieron vincularse a la decisión de asistir a chequeos o controles.

Figura 1.

Frecuencia de temas de autocuidado reportados por adolescentes (n = 78 respuestas)



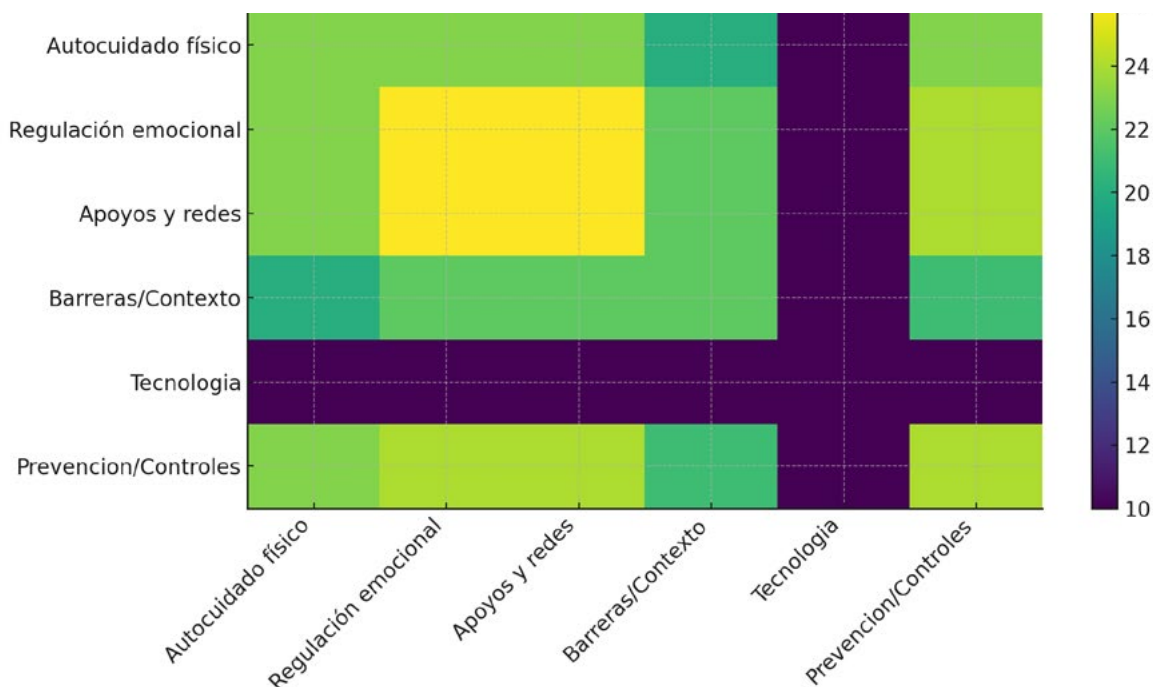
El Autocuidado físico mostró co-ocurrencias moderadas con Prevención/Controles y Regulación emocional, indicando que los hábitos cotidianos (alimentación, higiene, actividad física) se enmarcaron con frecuencia en metas preventivas y en el manejo emocional. Barreras/Contexto actuó como un factor transversal: se asoció de manera intermedia con varios temas, lo que reflejó que las limitaciones económicas, la distancia de cuidadores o las normas del entorno condicionaron otras prácticas de cuidado. Por su parte, Tecnología registró la menor co-ocurrencia con

los demás temas; aunque estuvo presente en el discurso, raramente se vinculó de forma explícita con otras dimensiones del autocuidado en una misma respuesta.

En conjunto, estos patrones sugirieron la pertinencia de intervenciones integradas que combinaron entrenamiento en habilidades socioemocionales, fortalecimiento de redes de apoyo y componentes preventivos, atendiendo de manera transversal las barreras contextuales. La tecnología pudo añadirse como apoyo complementario, pero no emergió como eje articulador por sí sola.

Figura 2.

Matriz de co-ocurrencia de temas en narrativas de autocuidado (n = 78 respuestas)



La figura 3 mostró que Regulación emocional y Apoyos y redes fueron las experiencias más citadas, cada una en 26 de 78 respuestas (33,3%). En las narrativas, las y los adolescentes aludieron con mayor frecuencia a manejar sus emociones (p. ej., calmarse, controlar el enojo o la tristeza) y a recurrir al soporte de la familia, amistades o consejería escolar. Esta convergencia sugirió que el afrontamiento emocional se sustentó habitualmente en vínculos cercanos y espacios de confianza.

Por su parte, Barreras/Contexto apareció en 22 respuestas (28,2%), lo que indicó que casi un tercio de la muestra refirió obstáculos del entorno (limitaciones económicas, distancia de cuidadores, normas o “tentaciones”) que condicionaron las prácticas de cuidado. En conjunto, el patrón apuntó a que el entrenamiento en habilidades socioemocionales y el fortalecimiento de redes familiares/escolares

fueron ejes centrales, mientras que la mitigación de barreras contextuales se volvió necesaria para que dichas experiencias pudieran traducirse de forma sostenida en conductas de autocuidado.

Figura 3.

Experiencias de autocuidado mencionadas por adolescentes (n = 78)

La figura mostró que Prevención/Controles fue la práctica más aludida, con 24 respuestas (30,8%), seguida muy de cerca por Autocuidado físico, hábitos como alimentación, sueño, higiene y ejercicio, con 23 respuestas (29,5%). En conjunto, casi tres de cada diez participantes describieron acciones preventivas (p. ej., acudir a chequeos o controles) y una proporción similar señaló rutinas cotidianas de cuidado corporal. Por otro lado, Tecnología apareció con menor frecuencia (10;

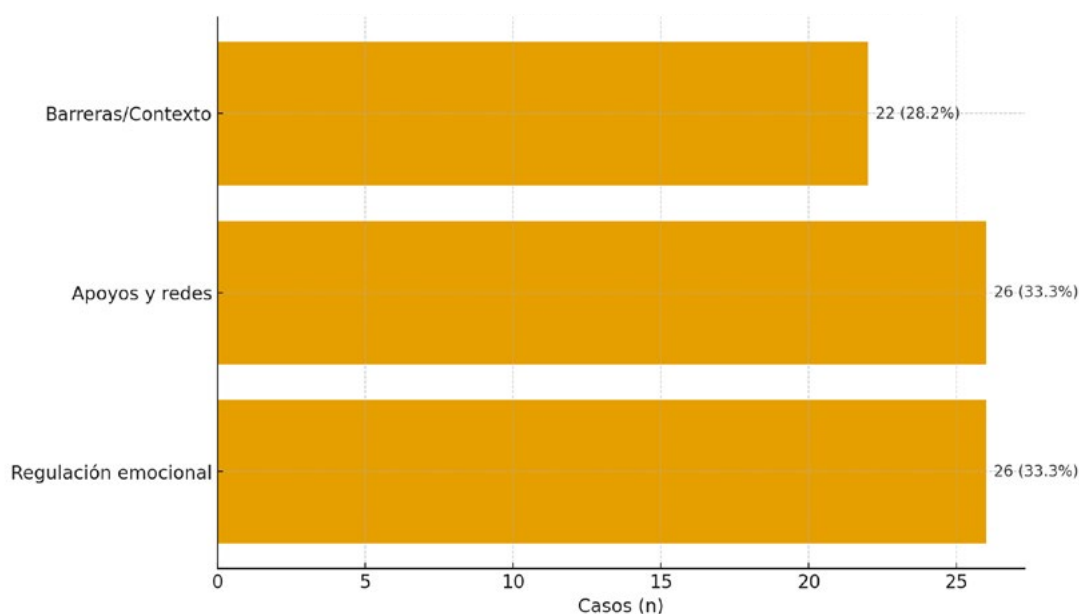
12,8%), lo que indicó que los dispositivos y recursos digitales se mencionaron menos como soporte directo del autocuidado o se percibieron con utilidad limitada.

Este patrón sugirió que las y los adolescentes priorizaron estrategias tradicionales y preventivas por encima de soluciones digitales. En términos aplicados, resultó pertinente fortalecer los programas de prevención (ventanillas de salud

escolar, recordatorios de chequeos) y consolidar hábitos físicos con apoyo familiar y escolar. La tecnología pudo integrarse como complemento (p. ej., recordatorios, seguimiento de hábitos), pero requirió orientación y alfabetización digital para aumentar su adopción y su impacto percibido. Las categorías no fueron excluyentes; una misma respuesta pudo incluir más de una práctica.

Figura 4.

Prácticas de autocuidado mencionadas por adolescentes



La figura evidenció que la necesidad más frecuente fue Chequeo/Control con 21 casos (26,9%), seguida de Apoyo profesional, psicología, personal médico o consejería, con 19 casos (24,4%). En tercer lugar, aparecieron Recursos materiales/tiempo y Seguridad/Riesgos con 15 casos cada uno (19,2%), mientras que Información/Educación se reportó con menor frecuencia (12; 15,4%).

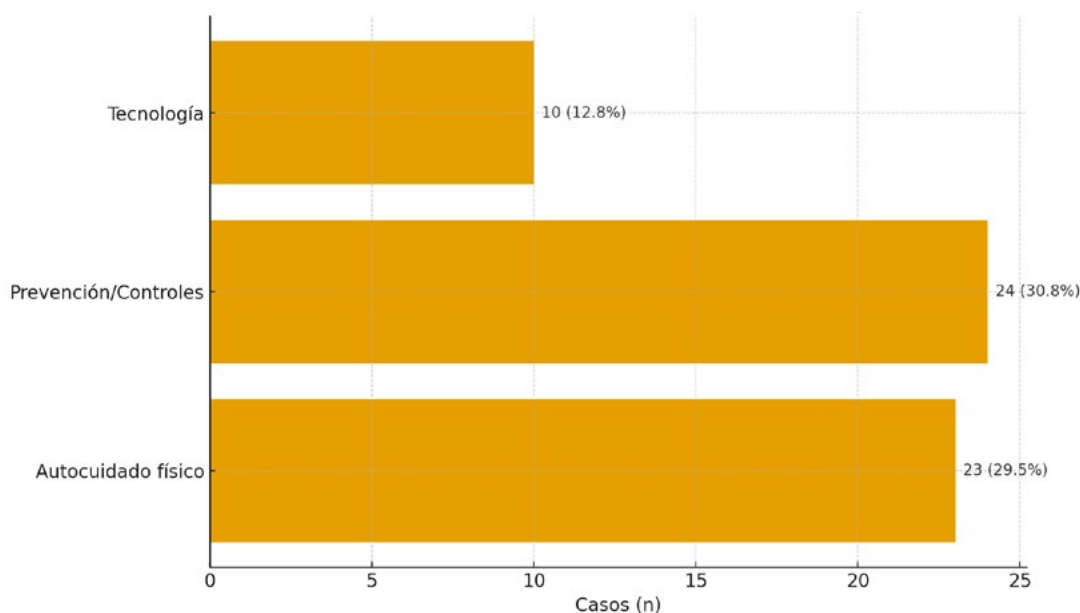
En conjunto, los resultados sugirieron que las y los adolescentes priorizaron acceder a servicios preventivos y contar con profesionales de referencia, pero también manifestaron barreras logísticas y materiales y preocupaciones por riesgos del entorno. La menor mención de Información/Educación apuntó a que el déficit no se limitó al conocimiento, sino a la disponibilidad efectiva de servicios y apoyos.

En términos aplicados, se consideró pertinente instalar ventanillas de salud escolar, facilitar derivaciones rápidas a apoyo profesional, y abordar barreras (horarios,

transporte, costos) junto con acciones de seguridad y reducción de riesgos. Las categorías no fueron excluyentes; una misma respuesta pudo incluir varias necesidades.

Figura 5.

Necesidades de autocuidado declaradas por adolescentes



La figura 6 representó una matriz binaria que codificó, para cada uno de los 8 dominios de la literatura revisada, si existió (1) o no (0) respaldo explícito para los temas cualitativos identificados. En términos generales, Prevención/Controles mostró la cobertura más amplia, al estar apoyado por prácticamente todos los dominios (diabetes, madres adolescentes/EHC, SRH y manejo menstrual, cáncer pediátrico/supervivientes, celiaquía, intervenciones educativas/telemedicina/mHealth, riesgos y TEA). Apoyos y redes también presentó una evidencia transversal, coherente con su papel articulador en el autocuidado adolescente.

Regulación emocional apareció respaldada por la literatura en diabetes, madres

adolescentes/EHC, cáncer pediátrico y riesgos (adicciones/VIH/tabaco), lo que sugirió que el manejo emocional se había vinculado a contextos clínicos y psicosociales específicos. Autocuidado físico se apoyó especialmente en diabetes, SRH/manejo menstrual, celiaquía y TEA, evidenciando que los hábitos cotidianos (alimentación, higiene, actividad física) fueron un eje central en esas poblaciones.

En contraste, Tecnología contó con respaldo concentrado en el dominio de intervenciones educativas/telemedicina/mHealth, lo que indicó que su aporte fue reconocido principalmente cuando se diseñó como componente programático. Por último, Barreras/Contexto no presentó respaldo directo en los dominios seleccio-

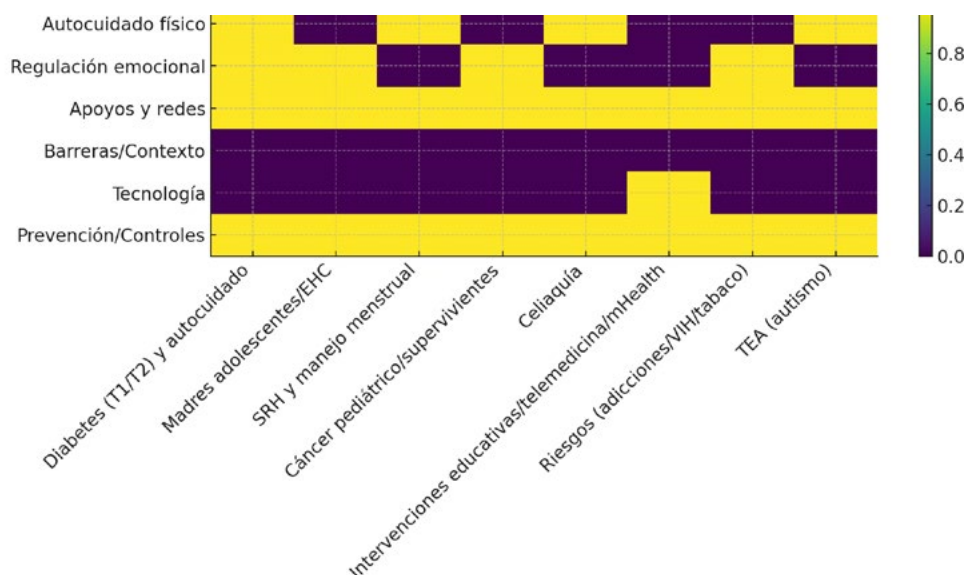
nados, señalando un vacío de evidencia en la muestra bibliográfica utilizada y la necesidad de investigación específica sobre determinantes sociales y estructurales del autocuidado adolescente.

En conjunto, la triangulación reforzó la validez convergente de los hallazgos cualitativos: priorizó componentes preventivos

y de apoyo psicosocial, situó la regulación emocional como competencia clave en varios contextos, y sugirió que la tecnología funcionó mejor como herramienta complementaria. Asimismo, puso de relieve la conveniencia de profundizar en barreras estructurales para cerrar la brecha entre intención y práctica del autocuidado.

Figura 6.

Cobertura de evidencia por tema de autocuidado adolescente (triangulación con 22 fuentes)



Del análisis emergieron seis dimensiones interrelacionadas que, en conjunto, delinearon un mapa coherente del autocuidado adolescente. Las narrativas mostraron cómo las y los jóvenes articularon hábitos cotidianos, gestión emocional, apoyos cercanos, obstáculos contextuales, usos de la tecnología y metas de corto plazo, componiendo un entramado en el que las prácticas surgieron de la interacción entre motivaciones personales y condiciones del entorno.

En primer término, las y los participantes describieron rutinas de cuidado corporal que incluyeron alimentación casera y reducción de “comida chatarra”, mayor ingesta de agua, higiene diaria y sueño suficiente. Estas conductas se asociaron con “sentirse bien” y con la expectativa de rendir mejor en la escuela. La actividad física se practicó sobre todo en clave recreativa (juegos, caminatas, deportes escolares) y se valoró por su efecto de despeje mental. Asimismo, se explici-

tó la evitación de alcohol y otras drogas como estrategia primaria de protección. En general, el autocuidado físico se vivió como un conjunto de hábitos alcanzables sostenidos por recordatorios familiares y escolares.

Paralelamente, la regulación emocional ocupó un lugar central. Las y los adolescentes relataron que combinaron el desahogo con figuras de confianza (madre/padre, amistades, docentes, psicología escolar) y estrategias autorregulatorias como escuchar música, hacer deporte, escribir o tomar distancia de la situación estresante; en ocasiones recurrieron a un breve aislamiento para calmarse sin eludir el problema. La tristeza por dificultades familiares o académicas y el enojo ante provocaciones de pares aparecieron de forma recurrente. Cuando contaron con un adulto disponible para escuchar, la gestión emocional se percibió más efectiva; cuando no, algunas personas prefirieron “guardar” lo que sentían, con la sensación de mayor carga afectiva.

Las redes cercanas operaron como andamiaje del cuidado. La familia fue el primer agente socializador de normas y rutinas, mientras que amistades significativas ofrecieron contención cotidiana y facilitaron el acceso a ayuda formal cuando “las cosas se salían de control”. La escuela, a través de docentes, tutores y consejería, proveyó espacios de escucha y derivación. Se distinguieron apoyos instrumentales (acompañar a controles, organizar tiempos de estudio) y emocionales (validación, compañía), y su presencia se asoció con mayor capacidad para sostener hábitos, regular emociones y pedir ayuda.

De forma transversal, se identificaron barreras materiales y del entorno. Las limitaciones económicas restringieron la

compra de alimentos saludables, el transporte a controles y la participación en actividades extracurriculares; la distancia física de cuidadores redujo la supervisión en momentos críticos; y ciertas dinámicas del entorno (presión de pares, “tentaciones” en la calle o en redes) aumentaron la exposición a riesgos. Incluso con motivación y conocimientos, estas condiciones interfirieron con la adherencia a prácticas de cuidado, evidenciando el peso de los determinantes sociales.

La tecnología se vivió de manera ambivalente. Por un lado, facilitó el acceso a información y tutoriales útiles, así como la organización de rutinas mediante alarmas y recordatorios; por otro, el consumo desordenado de contenidos y el tiempo de pantalla extendido actuaron como distractores que afectaron el sueño y la concentración. La utilidad percibida dependió de la capacidad de seleccionar fuentes confiables y del acompañamiento adulto que orientara qué ver, cuánto tiempo y con qué propósito.

Finalmente, las y los adolescentes organizaron su cuidado alrededor de proyectos personales inmediatos, aprobar materias, “subir notas”, practicar un deporte o “no meterse en problemas”, que funcionaron como motores motivacionales. En el plano preventivo, una porción relevante expresó la necesidad de acceder a controles médicos y odontológicos (aproximadamente un 27% del total; $n \approx 21$), lo que abrió oportunidades para articular ventanillas de salud escolar y circuitos ágiles de derivación. Cuando estas metas se integraron con apoyos familiares y escolares, se reportó mayor probabilidad de cumplimiento pese a los obstáculos.

En síntesis, el autocuidado adolescente se sostuvo en hábitos básicos y vínculos

cercanos; la regulación emocional y las redes de apoyo permitieron traducir la intención en práctica; las barreras sociales y materiales condicionaron la continuidad; y la tecnología aportó valor cuando se usó con criterio y acompañamiento. Coexistieron demandas de controles preventivos y apoyo profesional con necesidades de información práctica y de seguridad en el entorno. Este patrón respaldó intervenciones integradas que combinaron entrenamiento en habilidades socioemocionales, fortalecimiento de apoyos familiares y escolares y servicios preventivos accesibles, junto con medidas concretas para mitigar barreras contextuales.

4. Discusión

Los hallazgos ratificaron el papel articulador de la familia y de la escuela en la construcción cotidiana del autocuidado adolescente. Cuando existieron adultos significativos disponibles (madres/padres, docentes, consejería escolar), las y los jóvenes reportaron mayor capacidad para sostener hábitos, pedir ayuda y traducir la intención en práctica. Esta centralidad de los apoyos coincidió con la evidencia en condiciones crónicas, como la diabetes, donde la participación de cuidadores se asoció con mejores rutinas de monitoreo y adherencia, y con abordajes narrativos estructurados (p. ej., Event History Calendars) que facilitaron decisiones informadas en maternidad adolescente (Eva *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2023).

El énfasis que pusieron en regulación emocional y afrontamiento se alineó con necesidades descritas en supervivientes oncológicos y en adolescentes con TEA, contextos en los que los apoyos psicoe-

ducativos y los programas de habilidades sociales y autocuidado mejoraron la competencia para gestionar el estrés y organizar rutinas (Valizadeh *et al.*, 2020; Jamison & Schuttler, 2017; Arslan *et al.*, 2025). Asimismo, intervenciones dirigidas a madres y padres durante tratamientos oncológicos de alto riesgo mostraron beneficios puntuales en confianza parental y cohesión familiar, reforzando que las competencias de cuidado se construyeron en red más que de forma individual (Haase *et al.*, 2022).

De manera transversal, las condiciones sociales y materiales condicionaron la continuidad de las prácticas. Las limitaciones económicas, la distancia de cuidadores y las normas del entorno operaron como barreras, en consonancia con estudios de salud sexual y reproductiva que documentaron la influencia de la educación parental, la posición en la fratría y el estatus económico sobre el autocuidado (Alimoradi *et al.*, 2017; Sadeghi *et al.*, 2023). En higiene y manejo menstrual, la convergencia entre nuestras narrativas y la literatura apuntó a la necesidad de intervenciones multicomponente que integren educación, acceso a insumos e infraestructura escolar adecuada (Wong *et al.*, 2016; Shalabi-Abbas *et al.*, 2018).

El papel ambivalente de la tecnología sugirió aprovechar su potencial bajo criterios de diseño centrado en usuarios, co-creación con adolescentes y validación de contenidos (Rezaee *et al.*, 2024). La evidencia indicó que la telemedicina y la enseñanza remota fueron comparables a modalidades presenciales en dominios relevantes —por ejemplo, cuidados prenatales y componentes de actividad física en gestantes adolescentes—, con la salvedad de que ciertas prácticas (p. ej., ejercicio)

se beneficiaron más del acompañamiento cara a cara (Khayat *et al.*, 2022). En condiciones que demandaron adherencia sostenida, como la diabetes tipo 1, incentivos financieros calibrados y combinados con refuerzo positivo resultaron aceptables y potencialmente útiles para consolidar hábitos, siempre que no sustituyeran la motivación intrínseca (Malik *et al.*, 2020; Wright *et al.*, 2024).

Entre las fortalezas del estudio se destacó el enfoque inductivo, la triangulación con literatura de múltiples campos y la atención explícita a determinantes sociales. Como limitaciones, el corpus provino de autoinformes sin observación participante; no se incorporaron entrevistas a cuidadores ni personal escolar/sanitario, y no se evaluaron trayectorias longitudinales del autocuidado. Estas restricciones invitaron a interpretar los hallazgos como patrones plausibles y transferibles a contextos semejantes, más que como estimaciones causales.

En términos de implicaciones prácticas, resultó pertinente instalar ventanillas de salud escolar para chequeos preventivos y derivaciones ágiles; desarrollar currículos de autocuidado con módulos de regulación emocional, salud menstrual y sexual responsable; y promover la co-educación familiar para alinear normas del hogar con metas escolares de bienestar. En contextos de cronicidad, diabetes, celiaquía, se recomendaron paquetes combinados (educación, apoyo familiar, recordatorios digitales e incentivos aceptables) ajustados a preferencias adolescentes y con seguimiento clínico-educativo coordinado (Eva *et al.*, 2018; Monserrat-Hernández *et al.*, 2024; Malik *et al.*, 2020; Wright *et al.*, 2024).

Finalmente, se alentó una agenda de investigación con diseños mixtos secuen-

ciales, evaluación de implementación (fidelidad, adopción, sostenibilidad) y análisis de costo-efectividad de intervenciones escolares y digitales. Se consideró prioritario profundizar en subpoblaciones poco representadas (TEA, maternidad adolescente, supervivientes de cáncer, celiaquía) y en diversidad sociocultural, para cerrar la brecha entre intención y práctica del autocuidado y, con ello, mejorar resultados en salud y trayectorias de desarrollo (Youseflu *et al.*, 2023; Haase *et al.*, 2022).

5. Conclusiones

El estudio permitió comprender que el autocuidado en la adolescencia se vertebró, ante todo, en hábitos básicos, alimentación, sueño, higiene y actividad física sostenidos por la regulación emocional y por apoyos significativos en el hogar y en la escuela. Sin embargo, estas prácticas no se desplegaron en el vacío: estuvieron tensionadas por determinantes sociales y materiales, restricciones económicas, disponibilidad de tiempo y transporte, presión de pares y normas del entorno, y por brechas formativas, especialmente en educación emocional y en salud sexual y menstrual. La triangulación con la literatura reforzó este patrón, mostrando convergencia entre lo narrado por las y los adolescentes y la evidencia disponible en poblaciones y contextos afines.

A partir de ello, la escuela y la familia emergieron como nodos estratégicos para intervenir de manera culturalmente pertinente. Las conclusiones apuntan a priorizar currículos de autocuidado que integren competencias socioemocionales, contenidos claros y prácticos de salud sexual/menstrual y acciones de prevención del consumo de sustancias, articulando

siempre el trabajo con familias y cuidadores. Cuando estos actores estuvieron disponibles y coordinados, las y los jóvenes informaron mayor capacidad para traducir la intención en conductas sostenidas de cuidado.

La tecnología y la telemedicina mostraron un potencial real para ampliar cobertura y personalización del apoyo, siempre que se diseñen con enfoque centrado en usuarios adolescentes, procesos de co-creación y validación de contenidos. Su función, no obstante, fue complementaria: requirió alfabetización digital, reglas de uso y acompañamiento adulto para evitar efectos distractores. En condiciones que exigen adherencia sostenida, como la diabetes tipo 1, los incentivos conductuales bien calibrados y con refuerzo positivo aparecen como una vía prometedora que merece evaluación rigurosa antes de una adopción amplia.

En el plano de servicios, resultó pertinente institucionalizar ventanillas de salud escolar que garanticen chequeos preventivos periódicos, rutas ágiles de derivación a apoyo profesional y coordinación efectiva con la red sanitaria local. Estas estructuras pueden reducir barreras logísticas, mejorar la oportunidad de la atención y cerrar la brecha entre necesidades percibidas y acceso efectivo, especialmente para quienes enfrentan mayores desventajas sociales.

Finalmente, se recomienda profundizar en estudios de implementación y efectividad en mundo real que evalúen adopción, fidelidad, sostenibilidad y costo-efectividad de las intervenciones propuestas, así como su impacto diferencial en subgrupos poco representados (p. ej., TEA, maternidad adolescente, supervivientes de cáncer, celiacía). Avanzar en

esta agenda permitirá transformar hallazgos cualitativos y evidencia convergente en políticas y prácticas escalables, sensibles al contexto y orientadas a la autonomía progresiva de las y los adolescentes.

6. Contribución de los autores

LMCA: Recolección de datos y análisis de resultados.

ECA: Recolección de datos y análisis de resultados.

JFLA: Recolección de datos

AR: Recolección de datos, análisis de resultados, discusión, revisión final del artículo.

7. Referencias

- Aguirre, J. C., & Jaramillo, L. G. (2015). El papel de la descripción en la investigación cualitativa. *Cinta de moebio*, (53), 175-189. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2015000200006>
- Aktaş, E. F., & Ünlü Kaynakçı, F. Z. (2025). The adolescent celiac experience: A holistic perspective on self-care among the “invisible” segment of society. *Disability and Rehabilitation*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2496352>
- Alimoradi, Z., Kariman, N., Ahmadi, F., & Simbar, M. (2017). Preparation for sexual and reproductive self-care in Iranian adolescent girls: A qualitative study. *International Journal of Adolescence and Medicine and Health*, 30(1). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0094>
- Arslan, R., Yanık, D., & Pekşen Akça, R. (2025). Investigation of menstrual hygiene and self-care skills of adolescent girls with autism spectrum disorder.

- der: Mother views. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 55(10), 3530–3538. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06446-8>
- Bagheri, Z., Boroumandfar, Z., & Shirazi, M. (2021). Self-care needs in the domains of knowledge, attitude and performance of adolescent girls with regard to drug addiction and risky sexual behaviors in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(5), 411–416. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_263_19
- Borandegi, F., Rahmanian, F., Yazdanpanahi, Z., & Nematollahi, A. (2020). The effect of self-care education regarding high-risk behaviors of AIDS and smoking on knowledge and attitude of adolescent girls: An experimental study to health promotion. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 7. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_271_19
- Eva, J. J., Kassab, Y. W., Neoh, C. F., Ming, L. C., Wong, Y. Y., Abdul Hameed, M., Hong, Y. H., & Sarker, M. M. R. (2018). Self-care and self-management among adolescent T2DM patients: A review. *Frontiers in Endocrinology*, 9, 489. <https://doi.org/10.3389/fendo.2018.00489>
- Haase, J. E., Stegenga, K., Robb, S. L., Hooke, M. C., Burns, D. S., Monahan, P. O., ... Moore, M. (2022). Randomized clinical trial of a self-care and communication intervention for parents of adolescent/young adults undergoing high-risk cancer treatment: A report from the Children's Oncology Group. *Cancer Nursing*, 45(4), 316–331. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001038>
- Jamison, T. R., & Schuttler, J. O. (2017). Overview and preliminary evidence for a social skills and self-care curriculum for adolescent females with autism: The Girls Night Out model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(1), 110–125. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2939-6>
- Khayat, S., Palizvan, M., Navidian, A., Fanaei, H., & Sheikhi, Z. P. (2022). Comparison of the effect of face-to-face training and telemedicine on self-care in adolescent pregnant women: A quasi-experimental study. *Journal of Education and Health Promotion*, 11, 326. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1729_21
- Kiani, Z., & Simbar, M. (2024). Self-care of adolescent girls in puberty: A missing need in the health system. *Iranian Journal of Public Health*, 53(7), 1691–1692. <https://doi.org/10.18502/ijph.v53i7.16065>
- Malik, F. S., Senturia, K. D., Lind, C. D., Chalmers, K. D., Yi-Frazier, J. P., Shah, S. K., ... Wright, D. R. (2020). Adolescent and parent perspectives on the acceptability of financial incentives to promote self-care in adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 21(3), 533–551. <https://doi.org/10.1111/pedi.12970>
- Monserrat-Hernández, M., Checa-Olmos, J. C., Garrido, Á. A., & Galera-Martínez, R. (2024). Comparison of self-care practices and BMI between celiac and non-celiac adolescent populations.

- Healthcare*, 12(17), 1796. <https://doi.org/10.3390/healthcare12171796>
- Rezaee, R., Ghaffari, M., Rabiei, R., Kavousi, A., & Rakhshanderou, S. (2024). Requirements and key features of a mobile application for adolescent self-care from a stakeholders perspective: A qualitative study. *Journal of Primary Prevention*, 45(6), 861–880. <https://doi.org/10.1007/s10935-024-00801-2>
- Rezaie, R., Mohammad-Alizadeh-Chandrabadi, S., Nemati, F., & Mirghafourvand, M. (2021). The effect of self-care counseling on health practices of adolescent pregnant women: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 726. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04203-8>
- Sadeghi, M., Jamshidimanesh, M., & Alimoradi, Z. (2023). Predictors of sexual and reproductive health self-care based on demographic factors in adolescent girls. *International Journal of Adolescence and Medicine and Health*, 35(3), 251–257. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2023-0049>
- Santos, J. S., Andrade, R. D., Silva, M. A. I., & Mello, D. F. (2021). Strengthening self-care and child care of adolescent mothers through an event history calendar. *Journal of Pediatric Nursing*, 57, e23–e28. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.013>
- Santos, J. S., Neill, S., & Mello, D. F. (2023). Adolescent mothers, self-care and childcare: Content validation of an Event History Calendar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57, e20220314. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0314en>
- Shalabi-Abbas, E., Dweikat, S., Al Gazawy, I., & Draghmah, S. (2018). Knowledge and self-care practices in adolescent girls living in Nablus district during menstruation: A cross-sectional study. *The Lancet*, 391(Suppl 2), S10. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30376-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30376-3)
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahremanian, A., Musavi, S., Akbarbegloo, M., & Chou, F. Y. (2020). Experience of adolescent survivors of childhood cancer about self-care needs: A content analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(1), 72–80. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_47_19
- Wong, C. L., Ip, W. Y., & Lam, L. W. (2016). Self-care strategies among Chinese adolescent girls with dysmenorrhea: A qualitative study. *Pain Management Nursing*, 17(4), 262–271. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.04.001>
- Wright, D. R., Chen, T., Chalmers, K. D., Shah, S. K., Yi-Frazier, J. P., LeBlanc, J. L., ... Malik, F. S. (2024). Adolescent-preferred financial incentives to promote type 1 diabetes self-care: A discrete choice experiment. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 215, 111798. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2024.111798>
- Youseflu, S., Kohan, S., & Mostafavi, F. (2023). Promoting adolescent mother self-efficacy for parenting roles, and self-care after childbirth: Protocol for a mixed methods study. *Reproductive Health*, 20(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01679-9>

Copyright (c) 2026. Luz Marina Castillo-Astudillo, Esteban Cañizares-Abril,
Juan Fernando León-Arévalo, Andrés Ramírez.



Este es un artículo de acceso abierto, bajo licencia [Creative Commons](#)
(CC BY 4.0) de Atribución 4.0 Internacional