

# Escala de salud integral para adultos jóvenes: diseño y validación

Azucena Brito-López<sup>id</sup>, David Flores-Castañeda<sup>id</sup>, Armando Muñoz-Comonfort<sup>id</sup>,  
Alejandro Hernández-Chávez<sup>id</sup> y Raúl Sampieri-Cabrera\*<sup>id</sup>

Laboratorio de Prospectiva, Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

## Resumen

**Antecedentes:** Los adultos emergentes (18-30 años) enfrentan retos en las dimensiones mental, social y biológica, sin políticas específicas en atención primaria orientadas a promoción y prevención. **Objetivo:** Desarrollar un constructo de salud integral y validar una escala que articule las dimensiones mental, social y biológica. **Material y métodos:** El diseño del constructo se realizó basándose en una revisión de la literatura y el consenso de expertos. Se evaluaron la validez del contenido (V de Aiken), la confiabilidad (alfa de Cronbach y omega de McDonald) y la estructura factorial (índice KMO). **Resultados:** La escala de 18 ítems mostró alta consistencia interna ( $\alpha = 0.881$ ;  $\omega = 0.871$ ), validez de contenido (V Aiken = 0.85) y adecuada estructura factorial (KMO = 0.923), con tres componentes que explican el 63.6% de la varianza. **Conclusiones:** La escala muestra potencial para el monitoreo preventivo de la salud en adultos emergentes y su aplicación en atención primaria.

**PALABRAS CLAVE:** Atención de salud integral. Adultos jóvenes. Escala de salud. Atención primaria de salud.

## Integral health scale for young adults: design and validation

### Abstract

**Background:** Emerging adults (18–30 years) face challenges across mental, social, and biological dimensions, yet there are no specific primary care policies focused on health promotion and prevention. **Objective:** To develop an integral health construct and validate a scale that integrates mental, social, and biological dimensions. **Materials and methods:** The construct was designed based on a literature review and expert consensus. Content validity (Aiken's V), reliability (Cronbach's alpha and McDonald's omega), and factorial structure (KMO index) were assessed. **Results:** The 18-item scale demonstrated high internal consistency ( $\alpha = 0.881$ ;  $\omega = 0.871$ ), strong content validity (Aiken's V = 0.85), and an adequate factorial structure (KMO = 0.923), with three components explaining 63.6% of the variance. **Conclusions:** The scale shows potential for preventive health monitoring in emerging adults and for use in primary care settings.

**KEYWORDS:** Comprehensive health care. Young adult. Surveys and questionnaires. Primary health care.

### \*Correspondencia:

Raúl Sampieri-Cabrera

E-mail: sampieri@comunidad.unam.mx

0016-3813/© 2025 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 21-04-2025

Fecha de aceptación: 10-07-2025

DOI: 10.24875/GMM.25000162

Gac Med Mex. 2025;161:650-658

Disponible en PubMed

[www.gacetamedicademexico.com](http://www.gacetamedicademexico.com)

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente como la ausencia de enfermedad.<sup>1</sup> La salud física está relacionada con el mantenimiento y el control de las variables fisiológicas de la persona.<sup>2</sup> En los adultos jóvenes o «emergentes» (definidos en este estudio como personas entre 18 y 30 años), por ejemplo, en la dimensión biológica, la ganancia de grasa corporal es la más acelerada entre todos los grupos etáreos,<sup>3</sup> y la obesidad desarrollada en esta etapa tiende a mantenerse a largo plazo.<sup>4</sup> La exposición temprana y sostenida a factores adversos eleva la vulnerabilidad a enfermedades metabólicas y crónicas degenerativas.<sup>5,6</sup> Por otro lado, la salud mental se describe como un estado que permite gestionar estresores, desarrollar habilidades, aprender, trabajar y contribuir a la comunidad.<sup>7</sup> Asimismo, existe una intersección de la salud biológica y el desarrollo de enfermedades mentales, lo que refleja la estrecha relación entre estas dos dimensiones.<sup>8,9</sup>

En la dimensión social, los determinantes de la salud incluyen los factores y las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen.<sup>10</sup> La adultez emergente implica transiciones como la independencia del hogar, el ingreso a la educación superior o al mercado laboral, y la exposición a nuevos entornos, lo que influye en la formación de hábitos de salud.<sup>11</sup> En contextos de bajos recursos, el estatus socioeconómico limita el acceso a condiciones que favorecen la calidad de vida.<sup>12</sup> En esta etapa suele iniciarse el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, con efectos negativos en el desarrollo neurocognitivo y emocional.<sup>13</sup> Aunque se reconoce esta etapa como clave para la prevención y la promoción de la salud mediante conductas saludables,<sup>14</sup> los programas y servicios de atención primaria tienden a enfocarse en personas de mayor edad, desaprovechando una ventana crítica de oportunidad. Es muy importante señalar que existe un vacío en cuanto a instrumentos específicos que permitan evaluar de manera integrada el estado de salud en los jóvenes, lo que limita la capacidad de diseñar intervenciones preventivas ajustadas a las necesidades reales de esta población.

En respuesta a ello, el presente trabajo propone desarrollar un constructo que define la salud en el adulto emergente y validar una escala que articule las

dimensiones mental, social y biológica como componentes interdependientes. A dicha escala la llamaremos «Escala de salud integral para adultos jóvenes» (ESIAJ).

## Material y métodos

Para garantizar el rigor y la transparencia en este estudio observacional se siguieron las directrices STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*).

### Diseño del constructo

El diseño del constructo se desarrolló mediante un enfoque mixto que combinó una revisión de la literatura, la construcción iterativa de escalas psicométricas y la validación por juicio de expertos. Para ello se siguieron los principios de la teoría clásica del test y los lineamientos de la American Educational Research Association (AERA), la American Psychological Association (APA) y el National Council on Measurement in Education (NCME).<sup>15</sup>

La elaboración conceptual se llevó a cabo mediante un modelo Delphi modificado en el que se realizaron 15 seminarios de discusión entre los autores, con el fin de analizar los hallazgos de la literatura y definir los elementos constitutivos del concepto de salud en adultos jóvenes.

### Escala de salud en población adulta joven

Para evaluar el bienestar multidimensional se diseñó una primera versión de la escala, que fue ajustada en siete sesiones para asegurar la coherencia conceptual y semántica.

De forma iterativa se trabajaron tres versiones de la escala que fueron sometidas a validación de contenido, la cual se realizó mediante el juicio de ocho expertos en medicina general y familiar, quienes evaluaron las dimensiones y los ítems, según criterios de coherencia teórica, claridad semántica y pertinencia.

La escala final contiene 18 ítems en formato Likert, divididos en tres dimensiones: mental, social y biológica (6 ítems cada una). Para su interpretación se estableció un rango de puntuación en cada dimensión, así como la evaluación de la salud integral (véase Material suplementario).

Para su análisis, los puntos de corte en las dimensiones de salud mental y salud social se contaron de forma ascendente, y en salud biológica se invierten los valores. Los valores de la escala van de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (4).

### **Validación en la población objetivo**

El instrumento fue aplicado a una muestra de 402 participantes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando la técnica de «bola de nieve» y la invitación directa por correo electrónico. Los criterios de inclusión fueron pertenecer al grupo etario de 18 a 30 años y completar el cuestionario. Se excluyeron aquellos casos con respuestas incompletas o con más de una respuesta por ítem (8 participantes). Los datos fueron recolectados a través de la plataforma Google Forms® y almacenados en hojas de cálculo para su posterior análisis. La población encuestada estuvo compuesta por personas adultas jóvenes (18 a 30 años) provenientes del Estado de México, Ciudad de México, Veracruz, Guerrero, Oaxaca, Monterrey y Morelos.

### **Análisis estadístico**

La pertinencia del tamaño muestral se estimó conforme a los criterios de Pearson y Mundform<sup>16</sup> quienes indican que dicho tamaño depende de la comunalidad de las variables y del número de variables por factor. Se adoptó el criterio de contar con al menos 5 a 10 observaciones por variable, considerando que, para factores con más de 6 variables, entre 150 y 200 casos resultan adecuados, en especial cuando las comunalidades son moderadas y la estructura factorial se encuentra razonablemente definida. Bajo estos principios, la muestra utilizada cumple con los criterios especificados.

La confiabilidad del instrumento se evaluó con los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald. La validez del contenido se valoró mediante el coeficiente V de Aiken, para lo cual se consideraron criterios de claridad, coherencia y relevancia con un intervalo de confianza de 95%.

Se realizaron análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis factorial confirmatorio (AFC); el AFE incluyó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para evaluar su factibilidad. La extracción se basó en el método de componentes principales y la rotación fue con Oblimin,

que permite obtener correlaciones interfactoriales. En este proceso, se examinaron las comunalidades.

Los datos presentaron una distribución no paramétrica (Kolmogórov-Smirnov,  $p < 0.05$ ), por lo que se aplicaron las pruebas de Friedman y U de Mann-Whitney para comparar las diferencias por género y dimensión. El análisis de los datos se realizó utilizando SPSS® versión 25 y Microsoft Excel®.

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, bajo el proyecto titulado «Determinantes conductuales de comportamientos y factores de salud cardiovascular en población adulta joven» (No. dictamen: FM/DIV/22/2021).

### **Resultados**

Los resultados se organizan en dos apartados: en el primero se presentan las definiciones operativas que sustentaron la construcción de los ítems de la escala, y en el segundo se expone el proceso de validación psicométrica.

### **Definiciones operativas**

La dimensión de salud mental examina la capacidad del individuo para regular sus emociones, afrontar el estrés, resolver problemas y mantener unas expectativas saludables sobre el futuro. Abarca la toma de decisiones, la adaptación a las condiciones ambientales y la calidad de las interacciones personales.

La dimensión de salud social analiza la percepción de apoyo y la integración en redes de interacción. Considera la habilidad para establecer relaciones interpersonales significativas, el sentido de pertenencia y la participación en actividades comunitarias.

Dado que el estado mental y social fluctúa según las experiencias recientes y el entorno interpersonal, realizamos su medición al momento de la aplicación de la escala, lo que permite capturar con mayor fidelidad la realidad psicoemocional del individuo.

Por su parte, la dimensión de salud biológica evalúa la presencia de marcadores como fatiga, polidipsia, cefalea, alteraciones en la frecuencia urinaria y variaciones inexplicables en el peso. Estos síntomas funcionan como indicadores potenciales de disfunciones fisiológicas subyacentes y permiten inferir posibles desequilibrios en los mecanismos de autorregulación homeostática. Los ítems de esta dimensión evalúan

un periodo mensual, en atención a que los cambios fisiológicos tienden a ser más estables y acumulativos en el tiempo. La sintomatología biológica puede manifestarse de manera episódica o progresiva, por lo que una ventana temporal más amplia —sin llegar a ser retrospectiva extensa— facilita la identificación de patrones clínicamente significativos sin la distorsión propia de las variaciones diarias.

En conjunto, el constructo de salud en el adulto joven se concibe como «un estado de bienestar integral que abarca las dimensiones biológica, mental y social». Este estado se entiende como un equilibrio dinámico entre el individuo y su entorno, influenciado por factores psicológicos, fisiológicos y sociales que interactúan de manera continua durante esta etapa de transición hacia la vida adulta.

La estructura tripartita de la escala responde así a la complejidad de esta fase del ciclo de vida, y captura tanto los determinantes inmediatos como los procesos subyacentes de salud.

### Validación

El instrumento se aplicó a 402 participantes, de los cuales 394 cumplieron los criterios de inclusión, 151 hombres, 242 mujeres y 1 no binario, con una media de edad de 22 años.

La escala presentó una alta consistencia interna ( $\alpha = 0.881$ ;  $\omega = 0.871$ ), sin mejoras sustantivas al excluir ítems individuales. La adecuación muestral fue  $KMO = 0.923$ .

Mediante análisis de componentes principales se obtuvieron tres componentes que se corresponden con las dimensiones salud mental, salud social y salud biológica. Los ítems correspondientes a las dimensiones mental, social y biológica mostraron cargas factoriales superiores a 0.6 (Tabla 1). Asimismo, el resultado del coeficiente V de Aiken fue de 0.85 de forma global, con valores altos en la dimensión mental (0.94) y adecuados en las dimensiones social (0.80) y biológica (0.81), según los intervalos de confianza del 95 %.

El AFE muestra que los ítems de la escala pueden ser explicados por tres componentes y el AFC verificó que el modelo de tres componentes describe la estructura de la matriz de datos. Asimismo, las communalidades indican que los factores extraídos representan la varianza de las variables originales (dimensión social, mental y biológica) (Tablas 1 a 3 y Fig. 1).

En términos de distribución de niveles de salud de los participantes, se ubicó en el nivel de salud medio

**Tabla 1. Cargas factoriales por componente**

Dimensión	Ítem	Componente		
		1	2	3
Salud mental	M1	0.132	-0.010	0.785
	M2	0.106	-0.012	0.790
	M3	-0.006	0.009	0.832
	M4	0.131	-0.060	0.784
	M5	0.287	0.024	0.644
	M6	0.194	0.074	0.734
Salud social	S1	0.742	0.028	0.132
	S2	0.758	-0.016	0.133
	S3	0.759	-0.011	0.159
	S4	0.784	0.027	0.072
	S5	0.646	-0.010	0.131
	S6	0.874	0.049	0.005
Salud biológica	B1	0.107	0.655	-0.151
	B2	-0.286	0.713	0.231
	B3	-0.065	0.720	0.117
	B4	0.192	0.694	-0.170
	B5	0.163	0.746	-0.148
	B6	-0.086	0.687	0.144

Se presenta la matriz de cargas factoriales obtenida mediante análisis de componentes principales con rotación Oblimin. Cada ítem se agrupa en su dimensión teórica: salud mental (M1-M6), salud social (S1-S6) y salud biológica (B1-B6). Las cargas factoriales >0.60 se interpretan como adecuadas para definir el componente correspondiente.

para las tres dimensiones: mental 55.4%, social 49.1% y biológica 46.3%. En lo general, la distribución de la población fue del 50% en el nivel medio, el 11% en el nivel bajo y el 39% en el nivel alto. No se observaron diferencias significativas entre dimensiones (Friedman,  $p > 0.05$ ) ni entre géneros dentro de cada dimensión (U de Mann-Whitney,  $p > 0.05$ ) (Tabla 4).

### Discusión

Los ítems para evaluar la salud integral en el adulto joven conllevan una integración armónica de funciones psicoemocionales, sociales y fisiológicas, en lugar de limitarse al criterio de no presentar enfermedad.<sup>17,18</sup> La dimensión mental alude a la autorregulación emocional, la capacidad de afrontamiento, la proyección de metas personales y la calidad de la toma de decisiones, lo que remite a modelos

**Tabla 2. Matriz de correlaciones interfactoriales**

Componente	1	2	3
Salud social	1.000	0.081	0.557
Salud biológica	0.081	1.000	0.062
Salud mental	0.557	0.062	1.000

Se observa una correlación positiva moderada entre salud mental y salud social. La dimensión de salud biológica muestra correlaciones bajas con las otras dimensiones, lo que sugiere una relativa independencia estructural.

**Tabla 3. Comunalidades de los ítems**

	Inicial	Extracción
M1	1.000	0.749
M2	1.000	0.728
M3	1.000	0.688
M4	1.000	0.743
M5	1.000	0.555
M6	1.000	0.749
S1	1.000	0.681
S2	1.000	0.703
S3	1.000	0.735
S4	1.000	0.688
S5	1.000	0.528
S6	1.000	0.779
B1	1.000	0.445
B2	1.000	0.558
B3	1.000	0.530
B4	1.000	0.518
B5	1.000	0.584
B6	1.000	0.489

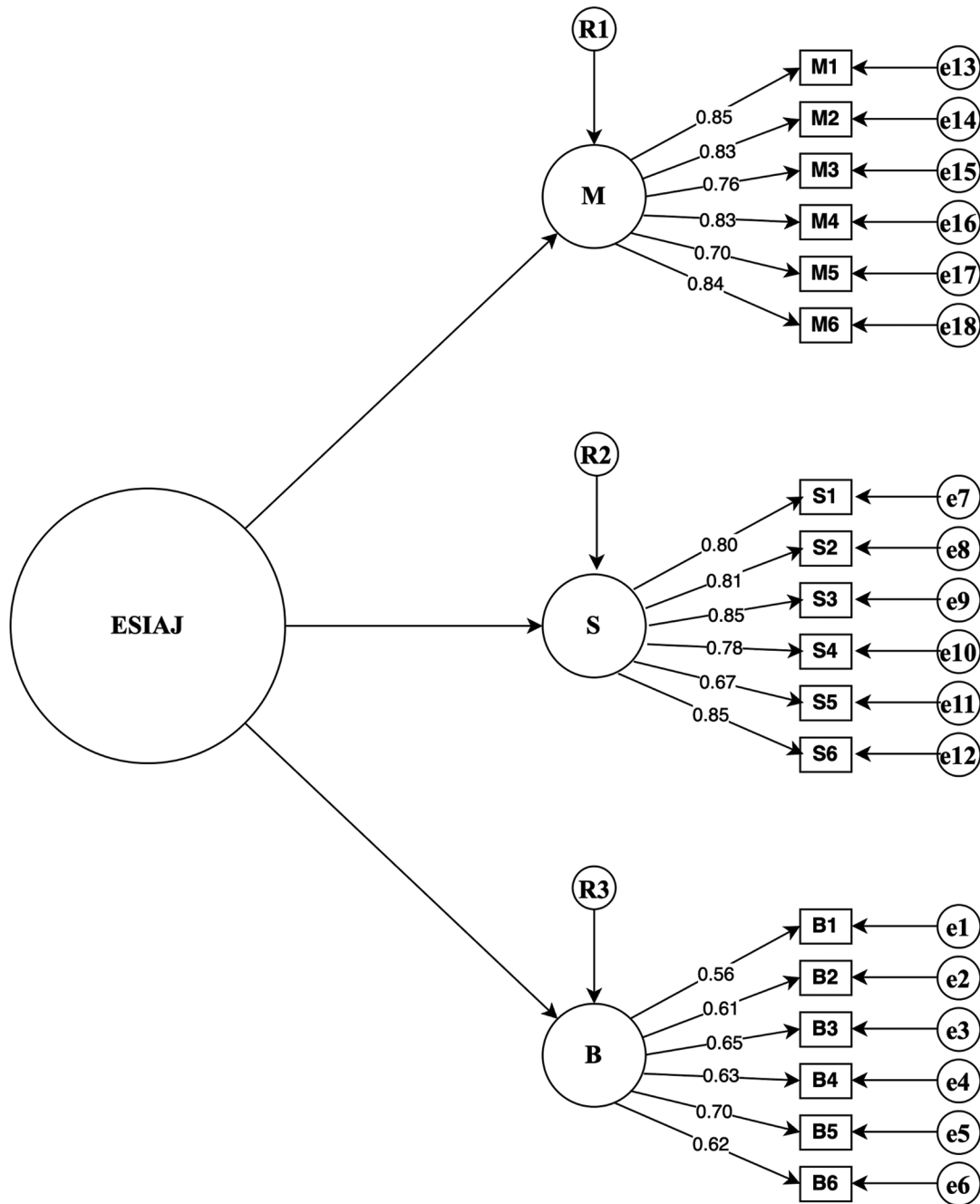
Las comunalidades muestran que los ítems de las tres dimensiones están adecuadamente representados por el modelo factorial. Las dimensiones mental y social presentan los valores más altos, mientras que la dimensión biológica, aunque con comunalidades menores, mantiene una representación aceptable.

contemporáneos de resiliencia psicológica, bienestar subjetivo y funcionamiento ejecutivo.<sup>19-21</sup> La dimensión social considera variables relacionales, como sentido de pertenencia, apoyo percibido y participación comunitaria, en estrecha relación con los modelos de capital social, integración comunitaria y determinantes sociales de la salud.<sup>22-24</sup> La dimensión biológica, por su parte, integra síntomas inespecíficos, pero clínicamente relevantes —como fatiga, polidipsia, cefalea o

variaciones ponderales— que funcionan como indicadores centinela de desequilibrios homeostáticos y de posibles procesos patológicos incipientes, anclándose en un abordaje de medicina preventiva sindrómica.<sup>25</sup> Estos síntomas, aunque leves, pueden reflejar alteraciones fisiológicas subclínicas detectables incluso antes de que aparezcan signos clínicos confirmados. Por ejemplo, en condiciones como el hipotiroidismo subclínico, unos niveles elevados de hormona estimulante de la tiroides con valores normales de tiroxina se han asociado con síntomas autoinformados como fatiga, depresión o intolerancia al frío.<sup>26</sup> Estos hallazgos refuerzan un enfoque sindrómico preventivo: el autorreporte de síntomas inespecíficos actúa como sistema de alerta temprana, permitiendo identificar desequilibrios internos antes de que se consoliden en enfermedades clínicas. Asimismo, se han reportado indicadores como fatiga persistente, interrupciones del sueño o fluctuaciones de peso como predictores de deterioro metabólico y disfunción neuroinmunitaria en población joven.<sup>27,28</sup>

El marco teórico que articula la ESIAJ se sustenta en tres referentes: la teoría biopsicosocial de Engel, que permite comprender la salud como producto de la interacción de sistemas biológicos, psicológicos y sociales;<sup>29</sup> la estrategia del curso de vida en salud pública, tal como propone el modelo de *Life Course Health Development*, que considera la adultez emergente como una etapa crítica en la configuración de trayectorias saludables o patológicas; y la conceptualización contemporánea de determinantes sociales de la salud, desarrollada por la OMS, que amplía la comprensión de la salud más allá del individuo hacia las estructuras contextuales. A estos fundamentos se suman aportes recientes que destacan la necesidad de instrumentos capaces de captar el bienestar en adultos jóvenes desde una perspectiva multidimensional y transdiagnóstica, reconociendo la interacción de los factores psicológicos, sociales y contextuales.<sup>30</sup> Asimismo, se enfatiza la relevancia de las experiencias acumuladas en etapas previas y del entorno de transición a la vida adulta, especialmente en poblaciones vulnerables, como determinantes clave de la salud integral.<sup>31</sup> Estas contribuciones permiten situar la ESIAJ dentro de una línea de investigación centrada en la comprensión compleja e interdependiente del bienestar en esta etapa de la vida.

Entre los instrumentos desarrollados para evaluar el bienestar en adultos jóvenes destaca el *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF), ampliamente utilizado en contextos universitarios y basado



Modelo	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
<b>Predeterminado</b>	0.92	0.90	0.95	0.94	0.95

**Figura 1.** Evaluación del ajuste del modelo trifactorial de la Escala de Salud Integral para Adultos Jóvenes (ESIAJ). La figura integra una representación esquemática del modelo confirmatorio de tres factores, junto con los índices de ajuste correspondientes: NFI = 0.92, RFI = 0.90, IFI = 0.95, TLI = 0.94 y CFI = 0.95. Estos valores superan los criterios convencionales de aceptabilidad (> 0.90), lo que indica un ajuste adecuado entre el modelo teórico y los datos observados. La figura también muestra las relaciones entre los factores latentes y sus ítems observados, reafirmando la coherencia empírica del modelo trifactorial propuesto. B: salud biológica; M: salud mental; S: salud social.

Tabla 4. Niveles de salud por dimensión y sexo

Sexo	Nivel de salud	Salud mental		Salud social		Salud biológica		Salud global	
		n	%	n	%	n	%	n	%
No binario	Alto	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0
Mujer	Muy bajo	13	5.4	14	5.8	10	4.1	3	1.2
	Bajo	37	15.3	36	14.9	77	31.8	30	12.4
	Medio	133	55.0	121	50.0	103	42.6	127	52.5
	Alto	59	24.4	71	29.3	52	21.5	82	33.9
Hombre	Muy bajo	6	4.0	4	2.6	4	2.6	0	0.0
	Bajo	12	7.9	24	15.9	28	18.5	11	7.3
	Medio	86	57.0	73	48.3	80	53.0	69	45.7
	Alto	47	31.1	50	33.1	39	25.8	71	47.0
Global	Muy bajo	19	4.8	18	4.6	14	3.5	3	0.8
	Bajo	49	12.4	61	15.4	106	26.8	41	10.4
	Medio	219	55.4	194	49.1	183	46.3	197	49.9
	Alto	107	27.1	121	30.6	91	23.0	153	38.7

Se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de salud (muy bajo, bajo, medio y alto) por dimensión (mental, social, biológica y global) y por sexo. La mayor proporción de participantes se concentra en el nivel medio de salud en todas las dimensiones. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

en un modelo tridimensional del bienestar psicológico, emocional y social.<sup>32</sup> La mención de estos instrumentos permite contextualizar el desarrollo de la ESIAJ dentro de un campo que ha priorizado históricamente los aspectos psicológicos y sociales del bienestar, señalando la pertinencia de incorporar una dimensión biológica como parte de una visión más integral de la salud en esta etapa de la vida.<sup>33,34</sup>

Por ello, la estructura factorial obtenida confirma la coherencia entre los componentes empíricos y las dimensiones teóricas previstas, con cargas factoriales superiores a 0.6 en todas las dimensiones, incluida la biológica. Estos resultados refuerzan la validez estructural del instrumento y respaldan la inclusión de síntomas fisiológicos autorreportados como indicadores relevantes de salud integral. Es decir, el desempeño de la dimensión biológica sugiere que, bajo condiciones de diseño riguroso y evaluación cuidadosa, es posible representar procesos fisiológicos subjetivos de forma fiable mediante escalas psicométricas, sin requerir marcadores objetivos complementarios en esta fase exploratoria. Esta aproximación amplía las posibilidades de monitoreo comunitario de la salud en los jóvenes, al integrar señales biológicas tempranas en un modelo comprensivo de bienestar.<sup>35</sup>

La escala también se asemeja al diseño de instrumentos como el *Adolescent and Young Adult Health Questionnaire* (AYA), que prioriza la identificación de síntomas leves y transitorios, sensibles a los cambios típicos de la adultez emergente.<sup>36</sup> En comparación con el *WHO-5 Wellbeing Index*, que ha demostrado limitaciones discriminativas estadísticamente en escenarios de sobrecarga académica,<sup>37</sup> la ESIAJ permite una caracterización más granular de estados subclínicos mediante una combinación de ítems de alta especificidad psicosocial y sensibilidad sintomática.

Por su parte, la V de Aiken superó los umbrales aceptados para estudios de validación en etapa inicial, similar a procedimientos metodológicos como los usados en el «Índice Multidimensional de Bienestar Subjetivo» (IMBS), cuya construcción también se apoyó en técnicas Delphi y revisión por expertos.<sup>38</sup>

A diferencia del *Health Behavior Inventory* (HBI), centrado en hábitos conductuales aislados,<sup>39</sup> la ESIAJ acentúa la interrelación de sistemas personales y contextuales. Esta aproximación resulta más coherente con los hallazgos sobre los determinantes estructurales de la salud del adulto joven, como la precarización laboral, la inestabilidad afectiva o la fragmentación de redes de apoyo.<sup>40,41</sup>

Por otro lado, desde un punto de vista pragmático, la ESIAJ ofrece ventajas respecto al SF-36 y al PROMIS, tanto por su brevedad como por su adecuación cultural. Si bien estos instrumentos gozan de amplio reconocimiento institucional,<sup>42-44</sup> su complejidad operativa y bajo nivel de adaptación semántica en países latinoamericanos limitan su uso en entornos comunitarios y de atención primaria.<sup>45,46</sup>

### Limitaciones del estudio

Aunque el instrumento validado muestra coherencia teórica y consistencia interna robusta, su alcance presenta restricciones que deben atenderse:

- El muestreo no probabilístico reduce la representatividad de los hallazgos.
- La dependencia exclusiva del autorreporte introduce sesgos perceptuales.
- La aplicabilidad del instrumento se limita al contexto mexicano, por lo que resulta indispensable su validación transcultural.
- Su utilidad está planeada para aplicarse en espacios comunitarios y no para una evaluación clínica individual.

### Conclusión

La ESIAJ es una herramienta concisa, coherente y poblacionalmente útil para evaluar la salud integral en adultos jóvenes, que articula las dimensiones mental, social y biológica. Su estructura factorial y consistencia interna validan su aplicabilidad en escenarios comunitarios. De esta manera, se busca disminuir la brecha existente en la atención primaria y fortalecer las medidas de prevención y promoción de la salud de salud dirigidas a este grupo etario, promoviendo hábitos saludables desde una perspectiva integral, transdisciplinaria y multidimensional.

### Agradecimientos

Los autores agradecen al Departamento de Fisiología y al Laboratorio de Prospectiva por brindar el espacio y las facilidades necesarias para el desarrollo de este proyecto.

### Financiamiento

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-PAPIIT IA301325.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### Consideraciones éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética.** Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los participantes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

**Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.** Los autores declaran que utilizaron inteligencia artificial para la redacción de este manuscrito, ChatGTP 4.0, en la edición del texto de todo el artículo.

### Material suplementario

El material suplementario se encuentra disponible en DOI: 10.24875/GMM.25000162. Este material es provisto por el autor de correspondencia y publicado *online* para el beneficio del lector. El contenido del material suplementario es responsabilidad única de los autores.

### Referencias

1. World Health Organization. Constitution. Geneva: WHO. Disponible en: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.
2. Cordero A, Masiá MD, Galve E. Ejercicio físico y salud. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:748-53.
3. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384:766-81.
4. Gordon-Larsen P, Nelson MC, Adair LS. Longitudinal trends in obesity in the United States from adolescence to the third decade of life. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;18:1801-4.
5. Domanski MJ, Tian X, Wu CO, Reis JP, Dey AK, Gu Y, et al. Time course of LDL cholesterol exposure and cardiovascular disease event risk. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76:1507-16.
6. Perak AM, Ning H, Kit BK, De Ferranti SD, Van Horn LV, Wilkins JT, et al. Trends in levels of lipids and apolipoprotein B in US youths aged 6 to 19 years, 1999–2016. *JAMA*. 2019;321:1895-902.
7. World Health Organization. Mental health. Geneva: WHO; 2019. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1).
8. McCloughen A, Foster K, Huws-Thomas M, Delgado C. Physical health and wellbeing of emerging and young adults with mental illness: an integrative review of international literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2012;21:274-88.
9. Brody EB. The World Federation for Mental Health: its origins and contemporary relevance to WHO and WPA policies. *World Psychiatry*. 2004;3:54-5.

10. World Health Organization. Social determinants of health. Geneva: WHO; 2019. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1).
11. Wood D, Crapnell T, Lau L, Bennett A, Lotstein D, Ferris M, et al. Emerging adulthood as a critical stage in the life course. En: *Handbook of Life Course Health Development*. Springer eBooks. 2017. p.123-43.
12. Uysal M, Berbekova A, Kim H. Designing for quality of life. *Ann Tour Res*. 2020;83:102944.
13. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, Hall WD, Lynskey M. The increasing global health priority of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:251-64.
14. Greig AA, Teller PP. Greig Health Record for Young Adults: preventive health care for young adults aged 18 to 24 years. *Can Fam Physician*. 2019;65:539-42.
15. American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. *Standards for Educational & Psychological Testing*. 2014. Disponible en: <https://www.aera.net/Publications/Books/Standards-for-Educational-Psychological-Testing-2014-Edition>.
16. Pearson RH, Mundform DJ. Recommended sample size for conducting exploratory factor analysis on dichotomous data. *J Mod Appl Stat Methods*. 2010;9(2):5. doi:10.22237/jmasm/1288584240. Disponible en: <https://digitalcommons.wayne.edu/jmasm/vol9/iss2/5>
17. Johnston I, Edge D, Wilson P, Beinraviciute A, Buccu S, Drake R, et al. Increasing access to psychological therapy on acute mental health wards: staff and patient experiences of a stepped psychological intervention. *BMC Psychiatry*. 2025;25:67.
19. Pronk NP, Woodard C, Zimmerman FJ, Arena R. An ecological framework for population health and well-being. *Prog Cardiovasc Dis*. 2025;70:13-22.
19. Smith GD, Watson R, Poon S, Cross WM, Hutchison L, Jacob E, et al. A study of academic resilience, psychological resilience and psychological distress in undergraduate nursing students in Hong Kong and Australia during COVID-19 restrictions. *Nurse Educ Pract*. 2025;84:104331.
20. Bowers K, Ammerman RT, Ding L, Yolton K, Frey JR, Folger AT. Combined effects of life course maternal psychosocial experiences on perinatal mental health. *Public Health*. 2025;242:244-9.
21. Choi JW, Lee JH, MacDougall A, Sharma V, Elfakhani M, Liu A, et al. Residual subjective depressive symptoms and resilience in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2025;312:152-9.
22. Bilodeau J, Beauregard N, Haines V, Quesnel-Vallée A. Work-family interface and mental health inequalities between women and men: a gendered exposure model across Canadian provinces. *Soc Sci Med*. 2025;373:117935.
23. Young D, Hu T, Sharma A, Sunder A, Paul A, Chowdhury D. Evaluating the role of social determinants of health (SDoH) in predicting surgical delays and impact on healthcare resources utilization in early-stage NSCLC. *J Natl Compr Canc Netw*. 2025;23:7146.
24. Lantigua-Martínez M, Goldberger C, Vertichio R, Kim J, Heo H, Roman AS. RSV vaccination in pregnancy and social determinants of health. *Am J Perinatol*. 2025;42:8489.
25. Seward N, Garman E, Davies T, Hanlon C, MacBeth A, Stewart RC, et al. The importance of social support and food insecurity in improving outcomes for perinatal depression: a causal mediation analysis of the AFFIRM-SA trial. *J Affect Disord*. 2025;312:159-67.
26. Azim S, Nasr C. Subclinical hypothyroidism: when to treat. *Cleve Clin J Med*. 2019;86:101-10.
27. Knoop V, Cloots B, Costenoble A, Debain A, Azzopardi RV, Vermeiren S, et al. Fatigue and the prediction of negative health outcomes: a systematic review with meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2021;67:101261.
28. McCloughen A, Foster K, Kerley D, Delgado C, Turnell A. Physical health and wellbeing: experiences and perspectives of young adult mental health consumers. *Int J Ment Health Nurs*. 2016;25:299-307.
29. Jalali K, Marzaleh MA, Faghihi SA, Hayat AA, Rezaee R. Factors influencing the resilience of clinical education in general medicine in Iran: a qualitative content analysis study. *BMC Med Educ*. 2025;25:70.
30. Weziak-Bialowolska D, Bialowolski P, Lee MT, Chen Y, VanderWeele TJ, McNeely E. Psychometric properties of flourishing scales from a comprehensive well-being assessment. *Front Psychol*. 2021;12:652209.
31. Tsang KLV, Wong PYH, Lo SK. Assessing psychosocial wellbeing of adolescents: a systematic review of measuring instruments. *Child Care Health Dev*. 2011;38:629-46.
32. Franken K, Lamers SMA, Klooster PMT, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *J Clin Psychol*. 2018;74:2187-202.
33. Machery E. Constructs in psychology: lessons from the philosophy of science. *Psychol Inq*. 2023;34:273-6.
34. De Boeck P, Pek J, Walton K, Wegener DT, Turner BM, Andersen BL, et al. Questioning psychological constructs: current issues and proposed changes. *Psychol Inq*. 2023;34:239-57.
35. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med*. 2013;11:126.
36. Minnesota Department of Health. Adolescent and Young Adult Health Questionnaire. Disponible en: <https://www.health.state.mn.us/people/childreynouth/ctc/teenhth.html>.
37. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*. 2015;84:167-76.
38. Calleja N, Mason TA. Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8): construcción y validación. *Rev Latinoam Psicol*. 2020;52:15-32.
39. Awabil G, Anane E. The Health Behaviour Inventory: initial development, factor structure and evidence of reliability. *J Educ Soc Res*. 2018;8:45-51.
40. Srivastava K. Urbanization and mental health. *Ind Psychiatry J*. 2009;18:75-6.
41. Bolívar M, Padrosa E. Transiciones juveniles, precariedad y bienestar: un análisis de las formas y efectos de la precariedad en el bienestar emocional de las personas jóvenes. *Anu IET Trab Relac Lab*. 2024;10:e127.
42. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
43. Mackenbach JP. Re-thinking health inequalities. *Eur J Public Health*. 2020;30:615.
44. Cella D, Riley W, Stone A, Rothrock N, Reeve B, Yount S, et al. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005–2008. *J Clin Epidemiol*. 2010;63:1179-94.
45. Fernández-López JA. PROMIS®: una plataforma para evaluar el estado de salud y el resultado de las intervenciones. *Med Fam (Barc)*. 2014;40:355-6.
46. Kathirvel N. Post COVID-19 pandemic mental health challenges. *Asian J Psychiatr*. 2020;53:102430.