



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA
MENCION PSICOLOGÍA DE LA SALUD

**AMBIENTE ALIMENTARIO FAMILIAR, DIETA Y ESTADO NUTRICIONAL DE
PREESCOLARES EN CHILE**

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de
Concepción para optar al grado de magíster en psicología mención psicología
de la salud.

POR: CATERIN ROMERO HERNÁNDEZ
PROFESORA GUÍA: GABRIELA NAZAR CARTER

Octubre, 2025
Concepción, Chile

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por su confianza eterna.

A Gabriela, por saber guiar y acompañar con dedicación y cercanía.

A la Universidad de Concepción, por brindarme la oportunidad.

Gracias.

Tabla de contenido

Resumen	8
Introducción	12
Planteamiento del Problema de Investigación	15
Antecedentes Teórico-Empíricos	24
Modelo Ecológico del Comportamiento Alimentario	24
Estado Nutricional	26
Dieta	30
Alfabetización Alimentaria	34
Clima Familiar	41
Prácticas Parentales de Alimentación	44
Modelo de Relaciones entre Ambiente Alimentario Familiar, Dieta y Estado Nutricional en Niños	47
Pregunta de Investigación	57
Objetivos	57
Objetivo General	57
Objetivos Específicos	57
Hipótesis	58
Método	59
Diseño de la Investigación.....	59

Participantes.....	59
Variables.....	64
Instrumentos	67
Procedimiento	79
Análisis de Datos.....	81
Consideraciones Éticas.....	83
Resultados.....	85
Análisis Descriptivo de las Variables del Estudio	85
Análisis de las Propiedades Psicométricas de los Instrumentos	86
Análisis de Correlación.....	89
Análisis SEM	91
Verificación de las Hipótesis.....	99
H1: mayores niveles de alfabetización alimentaria se asocian a prácticas parentales de alimentación funcionales y una mejor calidad de la dieta de preescolares en Chile.	99
H2: mayores niveles de alfabetización alimentaria y las prácticas parentales de alimentación funcionales predicen un estado nutricional normal en preescolares en Chile.	101
H3: el clima familiar cohesionado se asocia positivamente a las prácticas parentales funcionales de alimentación.	103

H4: las prácticas parentales de alimentación median la relación entre la alfabetización alimentaria y la calidad de la dieta de preescolares en Chile.	104
Discusión	107
Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación	115
Conclusión	118
Referencias.....	121
Anexos.....	143
Anexo 1. Cuestionario de antecedentes sociodemográficos	143
Anexo 2. Cuestionario de antecedentes de salud	146
Anexo 3. Short Food Literacy Questionnaire (SFLQ), adaptación realizada por Cabezas (2021).....	149
Anexo 4a. Escala Breve de Funcionamiento Familiar FACES 20 ESP Adaptado, versión validada en población chilena por Zicavo et al. (2012)...	152
Anexo 4b. Escala Breve de Funcionamiento Familiar FACES 20 ESP Adaptado, versión validada en población chilena por Zicavo et al. (2012) – Subescala de Cohesión	154
Anexo 5. Feeding practices and Structure Questionnaire (PSFQ-28) version original.....	155
Anexo 6. Adaptación Mexicana del CFQ (AMCFQ).....	160

Anexo 7. Parental Feeding Style Questionnaire (PFSQ), version original de Wardle et al. (2012).....	162
Anexo 8. KIDMED 2.0	164
Anexo 9. Consentimiento informado	166
Anexo 10. Resultado de las regresiones del modelo SEM.....	169
Anexo 11. Covarianzas del modelo SEM	171
Anexo 12. Interceptos del modelo SEM	173
Anexo 13. Varianza total y residual de las variables del modelo SEM	174

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución por sexo de los participantes cuidadores y de los niños y niñas bajo sus cuidados n:402.....	61
Tabla 2. Caracterización de la edad en años de los participantes	63
Tabla 3. Caracterización de la ocupación de las y los cuidadores de acuerdo al sexo	63
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las variables en estudio	85
Tabla 5. Estado nutricional de los niños y niñas de acuerdo con el cálculo del IMC n=402	86
Tabla 6. Confiabilidad de las escalas y subescalas	87
Tabla 7. Índices de ajuste de los modelos de medida.....	88
Tabla 8. Correlaciones entre las principales variables	90
Tabla 9. Efectos del clima familiar y la alfabetización alimentaria sobre las prácticas parentales de alimentación.....	92
Tabla 10. Efectos de alfabetización alimentaria sobre dieta y sobre IMC	95
Tabla 11. Varianza explicada de las variables endógenas del modelo.....	96
Tabla 12. Resultados completos de las regresiones del modelo SEM.....	169
Tabla 13. Covarianzas del modelo SEM	171
Tabla 14. Interceptos del modelo SEM	173
Tabla 15. Varianza total y residual de las variables del modelo SEM	174

Índice de figuras

Figura 1..... 56

Resumen

La obesidad constituye una problemática de salud pública creciente y multifactorial en Chile, donde más del 50% de la población escolar presenta malnutrición por exceso. En este contexto, comprender los factores familiares asociados a la dieta y estado nutricional de preescolares resulta clave para diseñar estrategias preventivas. El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el ambiente alimentario familiar, compuesto por alfabetización alimentaria, clima familiar y prácticas parentales de alimentación; la calidad de la dieta y el estado nutricional de preescolares en Chile.

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y correlacional con 402 cuidadores de preescolares entre 2 y 5 años, quienes respondieron cuestionarios sobre las variables en estudio. El análisis incluyó evaluación psicométrica, estadísticos descriptivos, correlaciones y modelado de ecuaciones estructurales.

Los resultados mostraron que la alfabetización alimentaria se asocia positivamente con prácticas parentales funcionales, en particular con el modelado ($\beta = .221$, IC95% [0.048, 0.147], $p < .001$), el cual a su vez se relaciona con una mejor calidad de la dieta ($\beta = .090$, IC95% [0.012, 0.041], $p = .001$). Asimismo, un clima familiar cohesionado se relacionó con mayor frecuencia de prácticas de modelado ($\beta = .232$, IC95% [0.095, 0.262], $p < .001$). Ni la alfabetización alimentaria ($r = -.09$) ni la calidad de la dieta predijeron significativamente el estado nutricional ($\beta = -.097$, IC95% [-0.228, 0.004], $p = .063$).

En conclusión, la alfabetización alimentaria y el clima familiar son recursos relevantes para favorecer prácticas parentales funcionales que favorecen la calidad de la dieta infantil, aunque no explican directamente el estado nutricional.

Palabras clave: Alfabetización alimentaria, prácticas parentales de alimentación, clima familiar, obesidad infantil, cuidadores primarios.

Introducción

En las últimas décadas, la obesidad ha presentado un aumento sostenido convirtiéndose en una de las principales preocupaciones de salud a nivel mundial. Esto se debe, principalmente, a su estudiada incidencia en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). La obesidad se considera una enfermedad cuya etiología es de carácter multifactorial, interactuando en su desarrollo tanto factores biológicos como ambientales (Petermann-Rocha et al., 2020; Ulloa et al., 2020; Yilmaz y Gezmen Karadağ, 2021). Se ha reportado que alrededor de un 38% de la población mundial presenta condiciones de malnutrición por exceso, proyectándose un aumento sostenido para las décadas venideras (World Obesity Federation, 2023). En Chile, se sigue una tendencia similar, con un 72% de la población presentando sobrepeso y obesidad (Ministerio de Salud, 2018a), siendo un grupo particularmente afectado el constituido por la población infantil (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas [JUNAEB], 2025).

Entre los factores asociados al desarrollo, control o prevención de la obesidad, la alfabetización alimentaria se ha comenzado a considerar como una herramienta útil en la disminución de los índices de malnutrición por exceso en población de variadas edades, en cuanto dota a la población de información, habilidades y conocimientos relacionados con la alimentación e ingesta de alimentos en general (Truman et al., 2017). En términos de alimentación infantil, la alfabetización alimentaria resulta de importancia dado que lleva a los

cuidadores primarios a tomar mejores decisiones alimentarias, influyendo en la calidad de la dieta y la planificación de la alimentación saludable, entre otros (Fernández et al., 2019; Wijayaratne et al., 2018).

La alfabetización alimentaria supone un predominio cognitivo, por lo que su relación con el estado nutricional de niños y niñas cabe suponer que se da a través de su influencia en otros factores, como las prácticas parentales de alimentación, las cuales son conductas orientadas a influir, modificar o controlar la alimentación de los hijos (González-Torres et al., 2018; Vaughn et al., 2016). Se ha observado que dichas prácticas inciden en el estado nutricional de los niños y niñas a través de modificaciones en la dieta de estos, pudiendo llevarlos a estados nutricionales más o menos saludables dependiendo de las prácticas que sean implementadas y a su frecuencia (Patrick et al., 2005). Por ejemplo, se ha asociado el uso de la presión por comer, junto a la restricción, a un estado nutricional menos saludable para el niño o niña, mientras que el modelado de comportamientos o la educación nutricional resultarían prácticas más adaptativas (Ek et al., 2016).

Si bien la relación entre alfabetización alimentaria y las prácticas parentales de alimentación resulta intuitiva, se entiende que la traducción de información y conocimientos a prácticas observables no es directa, sino que se encuentra mediada por variables contextuales. Por ejemplo, el clima familiar puede incidir en la implementación de ciertas prácticas influyendo en la alimentación del niño de momento a momento (Hughes et al., 2011).

La presente investigación está orientada a establecer la relación entre el ambiente alimentario familiar, la dieta y el estado nutricional de preescolares en Chile. Se entenderá como ambiente alimentario familiar a la combinación de factores asociados a la conducta alimentaria, en los cuales se incluyen la alfabetización alimentaria, las prácticas parentales de alimentación y el clima familiar. En el contexto del presente estudio, el ambiente alimentario familiar se concibe como un constructo integrador y de orden superior, que articula distintos componentes del entorno familiar relevantes para la formulación de hábitos alimentarios en la infancia. Esta aproximación permite comprender el ambiente alimentario familiar como un marco conceptual que sintetiza aspectos cognitivos, conductuales y relacionales del contexto familiar que inciden en la dieta y el estado nutricional infantil.

La preocupación por la dieta y el estado nutricional de preescolares y escolares ha aumentado en los últimos años debido a un constante incremento en las tasas de malnutrición por exceso (JUNAEB, 2025; World Obesity Federation, 2023), lo cual vuelve al estudio de sus causas un punto de interés transversal a más de una disciplina. En este sentido, determinar la relación entre el ambiente alimentario familiar y el estado nutricional de los niños y niñas podría orientar respecto de futuras intervenciones que consideren contextos que van más allá del sanitario y escolar.

Planteamiento del Problema de Investigación

La obesidad, dado su aumento sostenido en las últimas décadas, se ha convertido en una de las cargas sanitarias más importantes a nivel mundial, constituyendo una preocupación de salud global con numerosas problemáticas aparejadas, siendo comúnmente un antecedente de enfermedades crónicas no transmisibles (OMS, 2021).

Se entiende por obesidad una enfermedad inflamatoria, crónica, recurrente y progresiva cuya etiología es de carácter multifactorial (Petermann-Rocha et al., 2020). Dentro de sus principales causas interactúan factores biológicos y ambientales que en conjunto o por separado pueden dar origen a su desarrollo. Algunas de estas causas se relacionan con los estilos de vida, como el llevar dietas poco saludables, con ingesta de alimentos ricos en calorías, grasas saturadas y azúcares (Mozaffarian et al., 2011), además de mantener rutinas con escasa actividad física. Ambos factores pueden contribuir a generar un desbalance entre la energía consumida y la energía gastada en una persona, contribuyendo al almacenamiento de esta energía no utilizada en forma de grasa (Giskes et al., 2010). Dentro de las causas de efecto más directo se encuentran, además, posibles factores genéticos asociados a una predisposición a la acumulación de grasa, la cual podría influir en el desarrollo de obesidad (Ulloa et al., 2020; Yilmaz y Gezmen Karadağ, 2021). Las causas más distales al individuo, como los factores socioeconómicos y contextuales, juegan un rol importante en

el desarrollo de la obesidad en cuanto influyen la disponibilidad, accesibilidad y selección de los alimentos (Swinburn et al., 2011).

De acuerdo con lo estipulado en el Atlas de Obesidad Mundial 2023 de la Federación Mundial de Obesidad, en el año 2020 el 38% de la población mundial presentaba condiciones de malnutrición por exceso (sobrepeso u obesidad), proyectándose que al año 2035 un 51% de la población mundial contaría con alguna de las condiciones consideradas. En cuanto a obesidad en sentido estricto, un 14% de la población mundial presentaba obesidad en el año 2020, proyectándose un aumento al 24% para el año 2035 (World Obesity Federation, 2023). En Chile, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud, un 72% de la población presentaría malnutrición por exceso, mientras que un 31,2% presentaría obesidad propiamente tal (Ministerio de Salud, 2018a).

Un grupo particularmente afectado por la malnutrición por exceso corresponde a la población infantil. De acuerdo con el mapa nutricional JUNAEB, que considera a más 700.000 participantes, el 50,9% presenta malnutrición por exceso, considerando tanto sobrepeso, obesidad y obesidad severa (JUNAEB, 2025). Estos resultados son de particular interés y gravedad considerando las edades de los encuestados, las cuales van desde los 4 a los 14 años, de acuerdo con los niveles escolares considerados como parte del estudio (desde prekínder a primero medio). En relación con estos datos, la mayor tasa de malnutrición por exceso se observó en estudiantes de quinto básico (de edades rodeando los 10 años), donde el porcentaje de malnutrición por exceso fue de 61,5%.

A nivel país, distintas han sido las iniciativas que han buscado reducir las crecientes tasas de obesidad. Entes del estado como el Ministerio de Salud, el Ministerio del Deporte, el Ministerio de Hacienda y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) han impulsado distintos programas que buscan dar respuesta a la problemática y que, sin embargo, han fallado en el proceso. Por ejemplo, desde el Ministerio de Salud, la meta sanitaria planteada para la década del 2010-2020, fue disminuir 10% la prevalencia de obesidad en niños menores de 6 años, es decir, disminuirla desde un 9,6% a un 8,6% al año 2020. Sin embargo, esta iniciativa se consideró como “en retroceso”, dado que para el año 2019 la prevalencia de obesidad para el grupo etario fue de un 12,15%, implicando que hubo un aumento del 2,6% (Lira et al., 2022).

Niños y niñas de edades entre 4 a 14 años pasan gran parte de su tiempo en entornos escolares. Por ello, desde JUNAEB se han impulsado distintos programas orientados a mejorar los hábitos alimentarios de la población infantil. En este sentido, el Programa de Alimentación Escolar (PAE) busca entregar durante el año escolar, a nivel nacional, distintos productos alimenticios a estudiantes que cursen la educación prebásica, básica, media o de adultos y se ha alineado con las políticas de abordaje de la obesidad que se han establecido en Chile con el paso de los años (JUNAEB, s.f.). De esta manera, el programa busca entregar alimentos que se ajusten a los requerimientos alimentarios y nutricionales de los estudiantes considerando las guías alimentarias chilenas en cuanto a porciones y frecuencia de consumo (Lira et al., 2022). Dada la existencia

de este tipo de programas, se podría inferir que gran cantidad de niños y niñas adscritos al sistema educativo gubernamental han de consumir comidas similares en cuanto a composición y aporte nutricional. Sin embargo, y de acuerdo con los datos proporcionados por la misma entidad, las tasas de malnutrición por exceso no han hecho más que aumentar, siendo estos datos corroborados por otras entidades como el Ministerio de Salud.

La obesidad en la población infantil resulta ser una problemática relevante que plantea desafíos y preocupaciones propias. Se ha planteado que los niños y niñas con obesidad enfrentan mayor riesgo de presentar problemas en el desarrollo físico, psicológico y de salud, relacionándose con el debut de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión e incluso trastornos del sueño (Reilly y Kelly, 2011). Al igual que la obesidad en población general, la obesidad infantil mantiene causas multifactoriales, incluyendo aspectos relacionados a la genética, la dieta, la actividad física, los factores económicos y el entorno familiar y social (Johnson et al., 2012; Wang y Lim, 2012). Además, este grupo etario es blanco de estrategias de publicidad y marketing especialmente dirigidos a ellos, pudiendo esto influir en sus preferencias alimentarias (Boyland et al., 2016).

Una particularidad en este grupo es que la alimentación de los niños y niñas está principalmente influenciada y definida por las pautas alimentarias de sus cuidadores primarios. Ante esto, se hace posible un ciclo intergeneracional de patrones alimentarios en los cuales los niños y niñas adquirirán por modelado

las formas de comer de sus adultos cuidadores, estableciéndose estas preferencias en la primera infancia (Martínez-Sanguinetti et al., 2020; Whitaker et al., 1997). En este sentido, se ha planteado la importancia de las prácticas parentales de alimentación como un antecedente al comportamiento alimentario que el niño adquirirá.

Las prácticas parentales de alimentación son aquellos comportamientos, enfoques y estrategias que los padres utilizan para guiar y manejar la alimentación de sus hijos (Birch y Davison, 2001). Estas prácticas tienen la posibilidad de influir en la relación que los niños y niñas desarrollan con la comida, así como los hábitos alimentarios que estos mantendrán a lo largo de su vida. Dentro de estas prácticas se encuentran el modelado de comportamientos, la restricción alimentaria, la presión para comer, la comunicación sobre la alimentación, el uso de alimentos como soborno refuerzo o castigo, y la educación nutricional (Birch y Davison, 2001; Patrick et al., 2005; Shloim et al., 2015; Vaughn et al., 2013).

Considerando los datos revisados anteriormente con relación al consumo de alimentos de escolares y su estado nutricional, existe la posibilidad de que las variaciones en este último estén siendo consecuencia de hábitos alimentarios provenientes del hogar, esto considerando la influencia que el contexto familiar tiene en la patología descrita (Martínez-Sanguinetti et al., 2020; Vollmer y Mobley, 2013). Distintos estudios ya han analizado cómo ciertas prácticas tales como el modelado, el control excesivo de la alimentación y la restricción de alimentos,

pueden influir en el peso y los hábitos alimentarios de los niños y niñas, facilitando el desarrollo de malnutrición por exceso (Patrick et al., 2005, 2013). De esta manera, si los cuidadores funcionan como modelos negativos en torno a la alimentación a través del consumo o hábitos de alimentación poco saludables, los niños y niñas pueden buscar imitar estas conductas (Savage et al., 2007). De igual manera, se ha establecido que la restricción excesiva de alimentos o la presión ejercida sobre los niños y niñas al comer puede interferir con la capacidad innata de estos para regular su ingesta alimentaria, contribuyendo al aumento de peso dada la falta de atención o consideración de los estados viscerales de hambre y saciedad (Patrick et al., 2013).

Las prácticas parentales de alimentación pueden verse influidas por la alfabetización alimentaria. Esta última se entiende como un conjunto de habilidades y comportamientos necesarios para la planificación, gestión, selección, preparación y consumo de alimentos (Truman et al., 2017). Esta integra aspectos tales como el conocimiento nutricional, las habilidades culinarias, la comprensión y evaluación de etiquetas nutricionales, la toma de decisiones informada y la conciencia respecto de la influencia que el entorno tiene sobre la alimentación (Nanayakkara et al., 2017; Vidgen y Gallegos, 2014).

A pesar de que tanto la alfabetización alimentaria como las prácticas parentales de alimentación se relacionan con los hábitos alimentarios que niños y niñas desarrollan en los primeros años de su vida, y se ha avalado la relación entre un mayor conocimiento y habilidades respecto de los alimentos con un

estado nutricional más saludable (Balani et al., 2019; Leyva y Skorb, 2017; Tartaglia et al., 2021), también ha sido demostrado que el contar con mayor información y conocimientos no se traduce necesariamente en acciones consistentes (Romanos-nanclares et al., 2018). Es por ello que, en términos de alimentación familiar y nutrición infantil, se ha considerado que un factor incidente en esta relación podría ser el clima familiar, en cuanto puede afectar decisiones y prácticas alimentarias que padres y cuidadores han de adoptar momento a momento para alimentar a los niños y niñas bajo sus cuidados, contribuyendo a sentar las bases de lo que será la alimentación futura de este grupo etario (El-Behadli et al., 2015; Hughes et al., 2011; Melbye et al., 2021; Wäsche et al., 2021).

El clima familiar corresponde a las percepciones subjetivas y el sistema de significados compartidos que padres e hijos tienen con respecto de las características del funcionamiento familiar. En su estudio se consideran aspectos como la calidad de la comunicación, la expresividad de opiniones y sentimientos, y el grado de cohesión afectiva (Estévez et al., 2008). Distintos estudios han señalado la importancia del clima familiar en las decisiones alimentarias, especialmente en adolescentes. Se ha observado que relaciones familiares negativas, con alta presencia de conflictos y control, se asocian a decisiones alimentarias inadecuadas y poco saludables (Cance et al., 2015; Kalavana et al., 2010), mientras que un clima familiar más positivo se ha asociado a decisiones

más informadas, funcionando incluso como un factor protector ante el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Lampis et al., 2014).

Es en este contexto de relación entre la alfabetización alimentaria, las prácticas parentales de alimentación y la posible influencia del clima familiar en ella, es que se plantea que estas variables podrían funcionar en conjunto, configurando un ambiente alimentario familiar que puede fomentar o prevenir el desarrollo de obesidad infantil. En la actualidad, existe un déficit de conocimientos que podrían guiar decisiones informadas y en línea con recomendaciones más saludables, derivando de ello la adopción de prácticas dietéticas erradas que pueden contribuir al desarrollo de problemas de salud relacionados con la dieta (Palumbo, 2016). Si bien se ha realizado investigación en torno a variables socioafectivas como el clima familiar, es importante considerar que este último no necesariamente se relaciona con un buen manejo de la información, conocimientos y habilidades respecto de la alimentación en general (Patrick et al., 2013), pero pueden influir las decisiones que se tomen respecto de este manejo. Por ello, se vuelve crucial estudiar cómo se interrelacionan aspectos cognitivos, conductuales y afectivos en el marco de la alimentación infantil y configuran lo que se entenderá como ambiente alimentario familiar.

En este estudio la atención estará focalizada en la alfabetización alimentaria y su relación con las prácticas parentales de alimentación de cuidadores primarios de niños y niñas en edad preescolar. Esta etapa se

considera de crucial importancia para el establecimiento de lo que serán los patrones alimentarios adultos, pues los niños y niñas van desarrollando por modelado aquellos hábitos que constituirán lo que será su adultez (Musher-Eizenman et al., 2019; Vaughn et al., 2013). Los cuidadores primarios, al mantener el rol de modelo para la formación de estos hábitos, constituyen la población de interés de este estudio, pues dependiendo de qué hábitos y prácticas alimentarias utilicen con los niños que están a su cuidado, los hábitos de estos últimos se irán modificando hacia un polo más o menos acorde en relación con mantener un estado nutricional saludable.

Antecedentes Teórico-Empíricos

Modelo Ecológico del Comportamiento Alimentario

Se entiende comportamiento alimentario como la manera según la cual una persona se alimenta (Jimeno-Martínez et al., 2021). Este se constituye a partir del interjuego de factores tanto biológicos, como ambientales y sociales que afectan al individuo a lo largo de su vida (Scaglioni et al., 2018). En este sentido, las aproximaciones desde el modelo ecológico se han posicionado como útiles para guiar los esfuerzos por comprender e intervenir en este fenómeno (Story et al., 2008). Este tipo de modelos plantea un énfasis en las relaciones a multinivel que pueden impactar la salud y, en este caso en particular, la nutrición, generando un vínculo entre la persona y las distintas configuraciones de ambientes de acuerdo a la proximidad de estos con el sujeto en cuestión (Swinburn et al., 1999). Más recientemente, Swinburn et al. (2019) han ampliado este marco al describir cómo los sistemas alimentarios, de transporte y de gobernanza global configuran entornos que simultáneamente promueven obesidad, desnutrición y cambio climático, reforzando la necesidad de enfoques ecológicos e intersectoriales para abordar el comportamiento alimentario.

Story et al. (2008) generaron un modelo sobre el comportamiento alimentario basándose en la estructura de los modelos ecológicos. Este divide los factores que pueden influenciar el comportamiento alimentario de una persona en estructuras seriadas en niveles de acuerdo con su cercanía al individuo. De esta manera, plantean la existencia de cuatro sistemas ambientales

que influyen en el comportamiento alimentario: factores individuales, ambiente social, ambiente físico y macroambientes.

1. Nivel individual: incluye factores de tipo cognitivo, comportamentales (tales como habilidades y conductas), biológicos (tales como genes, sexo, etc.) y demográficos (tales como ingresos, etnia, etc.). Estos factores estarían relacionados con la selección de alimentos, pudiendo impactar esta a través de características personales como la motivación, la autoeficacia, las expectativas y la capacidad para mantener determinados comportamientos.
2. Ambiente social: este nivel incluye las interacciones con otros, tales como la familia, los amigos, los pares y demás miembros de la comunidad. Estas interacciones tendrían la capacidad de impactar las elecciones alimentarias de un individuo en particular a través de factores como el modelado, el apoyo social y las normas sociales a nivel comunitario.
3. Ambiente físico: este nivel incluye los múltiples escenarios donde las personas obtienen o ingieren alimentos, tales como el hogar, los sitios de trabajo, las escuelas, los restaurantes, supermercados, entre otros. La existencia de estos espacios influye en qué alimentos se encuentran disponibles o con mayor accesibilidad en los entornos circundantes al individuo, impactando tanto en las barreras como en las oportunidades que este tendrá para acceder y mantener una alimentación saludable.

4. Macroambientes: este nivel incluye factores como la comercialización de alimentos, las normas sociales, la producción y distribución alimentaria, las políticas de agricultura y la estructura de precios. Si bien estos factores mantienen un rol distal al individuo, mantienen la capacidad de influenciar el acceso de este a los alimentos que constituyen una dieta adecuada.

De acuerdo con Story et al. (2008) y Van Der Horst et al. (2007), el conocimiento sobre los mecanismos mediante los cuales las influencias ambientales interactúan con los factores individuales para afectar el comportamiento alimentario es limitado. Investigaciones recientes han reafirmado esta idea, destacando que las conductas alimentarias infantiles surgen de la interacción compleja entre niveles individuales, familiares, sociales y ambientales, y que las intervenciones efectivas requieren enfoques integrales y multicomponentes que aborden estos distintos niveles de influencia (Oudat et al., 2025).

Estado Nutricional

El estado nutricional se refiere a la condición resultante del organismo en relación con el consumo y utilización de los distintos nutrientes contenidos en los alimentos que se ingieren (Lagua y Claudio, 2004). Secundariamente, le influyen una gran cantidad de determinantes relacionados a factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psicológicos, sociales, económicos y ambientales (Figuroa, 2004). Para determinar el estado nutricional se utilizan distintas

técnicas e indicadores, como las observaciones clínicas, análisis bioquímicos, medidas antropométricas y estudios dietéticos (Lagua y Claudio, 2004).

Dentro de las formas más utilizadas para medir el estado nutricional se encuentra la utilización del Índice de Masa Corporal (IMC) (OMS, s.f.). Este se calcula dividiendo el peso de un individuo indicado en kilogramos por el cuadrado de la talla considerada en metros. En el caso de población adulta, se han planteado rangos clasificatorios del estado nutricional de acuerdo con el IMC. Estos son: bajo peso $< 18.5 \text{ kg/m}^2$, normopeso $18.5\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso $25.0\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$, obesidad grado I o moderada $30\text{-}34.9 \text{ kg/m}^2$, obesidad grado II o severa $35\text{-}39.9 \text{ kg/m}^2$ y obesidad grado III o mórbida $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ (Moreno, 2012).

En el caso de la población infantil, el cálculo del IMC considera otros aspectos. Si bien la fórmula se mantiene igual, las clasificaciones y la forma de obtenerlas cambian. Dado que son personas que aún están en procesos de crecimiento, la edad adquiere relevancia, y el IMC ha de ser expresado en relación con ella. De esta manera, las clasificaciones para niños entre 1 y 5 años consisten en: desnutrición $P/T \leq -2DE$, riesgo de desnutrir $P/T \leq -1DE$ y $> -2DE$, normal o eutrófico $P/T > -1DE$ y $< +1DE$, sobrepeso $P/T \geq +1DE$ y $< +2DE$ y obesidad $P/T \geq +2DE$ (donde P/T consiste en peso por talla y debe ser obtenido a partir de curvas y tablas en relación con la estatura de los niños y niñas y DE consiste en desviación estándar). No se mantienen en consideración valores exactos para obesidad severa. Las clasificaciones para niños y adolescentes entre 5 años 1 mes y 19 años consisten en: desnutrición $IMC/E \leq -2DE$, riesgo de

desnutrir $IMC/E \leq -1DE$ y $> -2DE$, normal o eutrófico $IMC/E > -1DE$ y $< +1DE$, sobrepeso $IMC/E \geq +1DE$ y $< +2DE$, obesidad $IMC/E \geq +2DE$ y $< +3DE$ y obesidad severa $IMC/E \geq +3DE$ (Ministerio de Salud, 2018b).

De acuerdo con las últimas actualizaciones por parte de organismos de carácter mundial, las tasas de malnutrición por exceso se han mantenido al alza en los últimos años, declarándose, incluso, que la presencia de obesidad en particular se ha multiplicado por 10 en el mundo en los últimos decenios (OMS, 2017). De acuerdo con el Atlas de Obesidad Mundial, en el año 2020 un 10% de los niños y un 8% de las niñas de todo el mundo (con edades comprendidas entre los 5 y 19 años) presentaban obesidad, constituyendo, en conjunto, alrededor de 175 millones de personas en desarrollo con esta condición (World Obesity Federation, 2023).

En el contexto chileno, estas cifras resultan aún más alarmantes ya que se encuentran muy por encima de las observadas como tendencia alrededor del mundo. De acuerdo con los datos proporcionados por JUNAEB en la última actualización de su Mapa Nutricional, un 50,9% de la población encuestada (la cual comprende edades desde los 4 a los 14 años y más de 700.000 encuestas) presenta malnutrición por exceso, siendo la cifra exacta para obesidad y obesidad severa en conjunto un 23,9% (JUNAEB, 2025).

Respecto de las causas de la obesidad y la malnutrición por exceso de forma general, se ha planteado la interacción de distintos factores biológicos y

ambientales que en conjunto o por separado pueden dar origen a su desarrollo (Petermann-Rocha et al., 2020), siendo especialmente relevantes los estilos de vida en relación a mantener dietas poco saludables y bajas tasas de realización de actividad física, lo cual llevaría a un desbalance entre la energía ingerida y la energía finalmente utilizada por el cuerpo, debiendo este acumular lo restante en forma de grasa corporal (Giskes et al., 2010; Mozaffarian et al., 2011). No obstante, investigadores recientes han destacado que dichos estilos de vida se configuran dentro de entorno obesogénicos, es decir, contextos urbanos, alimentario y sociales que favorecen la sobreingesta, la actividad física y el aumento progresivo del peso corporal (Verde et al, 2024; Swinburn et al., 2019).

En relación con la obesidad infantil como tal, las causas son similares. Sin embargo, dado que los niños y niñas no cuentan con autonomía alimentaria, constituyen un grupo que se ve altamente influenciado por las decisiones y prácticas de sus cuidadores, quienes determinan la disponibilidad de alimentos, las rutinas de alimentación y los estilos de interacción durante las comidas (Whitaker et al., 1997; Martínez-Sanguinetti et al., 2020; Costa y Oliveira, 2023).

A nivel país, múltiples y variadas han sido las iniciativas que han buscado revertir las alzas en las tasas de obesidad en el territorio nacional. Distintos entes estatales como el Ministerio de Salud, Ministerio del Deporte, JUNAEB, entre otros; han impulsado programas que han buscado dar respuesta a esta problemática, interviniendo distintos contextos en los cuales niños y niñas se desenvuelven. Dentro de ellos, los servicios de salud y los establecimientos

educacionales. Sin embargo, estos intentos han resultado en su mayoría infructíferos, y las iniciativas han tenido que declararse en retroceso por no poder cumplir con lo planteado (Lira et al., 2022).

En la actualidad, la reducción de los índices de obesidad sigue siendo una de las principales metas sanitarias a nivel mundial y Chile así lo reconoce. Programas como el Programa de Alimentación Escolar (PAE) de JUNAEB se mantienen activos y en constante revisión y actualización para poder entregar productos alimenticios de calidad a estudiantes, considerando dentro de sus bases la implementación de las guías alimentarias chilenas en cuanto a porciones y frecuencia de consumo (Lira et al., 2022). Además, se mantiene hoy el monitoreo respecto del estado nutricional de niños y niñas a través del mapa nutricional implementado por JUNAEB (Lira, 2022).

Dieta

Se entiende por dieta el conjunto de alimentos y bebidas consumidas regularmente por una persona, así como también alude a comer alimentos de acuerdo con un régimen establecido, que puede considerar alimentos prescritos, regulados o restringidos en tipo y cantidad, sea con propósitos terapéuticos o de otro tipo (Lagua y Claudio, 2004). Tanto la dieta como el comportamiento alimentario relacionado a ella, se ven influenciados por una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos, socioculturales y ambientales que interactúan dinámicamente para condicionar la selección y consumo de alimentos (Carbajal

y Ortega, 2001). Entre ellos se incluyen las preferencias individuales, el entorno familiar, las normas sociales, las prácticas parentales y la disponibilidad de alimentos en los entornos cotidianos (Russell et al., 2023).

Una dieta adecuada es aquella que satisface los requerimientos nutricionales de una persona. Se han establecido guías alimentarias que señalan las raciones dietéticas recomendadas para los nutrientes específicos (Lagua y Claudio, 2004), utilizándose como estándares de referencias las guías alimentarias basadas en alimentos, las cuales fueron definidas por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (s.f.). Estas buscan servir como base para la formulación de políticas adaptadas al contexto nacional en materias de alimentación, nutrición, salud y agricultura, considerando también el establecimiento de programas de educación nutricional que fomenten hábitos de alimentación y modos de vida saludables.

En Chile, las guías alimentarias vigentes fueron elaboradas por el Ministerio de Salud (2022) y sus diversos departamentos. Dentro de ellas, se considera como una alimentación o dieta saludable aquella que contiene un número suficiente de alimentos de calidad para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de todas las personas. Sus principales mensajes son:

1. Consume alimentos frescos de ferias y mercados establecidos.
2. Ponle color y sabor a tu día con verduras y frutas en todo lo que comes.
3. Come legumbres en guisos y ensaladas todas las veces que puedas.

4. Bebe agua varias veces al día, no la reemplaces por jugos o bebidas.
5. Consume lácteos en todas las etapas de la vida.
6. Aumenta el consumo de pescados, mariscos o algas de lugares autorizados.
7. Evita los productos ultra procesados y con sellos “ALTOS EN”.
8. Comparte las tareas de la cocina, disfrutando de preparaciones nuevas y tradicionales.
9. En la mesa disfruta de tu alimentación, come acompañado cuando puedas y saca las pantallas.
10. Protege el planeta, cuida el agua, no botes comida, separa tu basura y recicla.

Además, el Ministerio de Salud (2016) ha generado una guía de alimentación para niños y niñas menores de 2 años. Este mismo documento mantiene orientaciones para niños y niñas desde los 2 años hasta el periodo de la adolescencia y considera recomendaciones que van en línea con versiones menos actualizadas de las guías alimentarias para el adulto presentada anteriormente. Estas guías también entregan ciertas recomendaciones y orientaciones respecto del proceso de desarrollo que atraviesa el niño o niña desde la infancia a la adolescencia, poniendo énfasis en cómo abordar estos periodos desde una correcta nutrición y la adquisición de patrones alimentarios

saludables, además de entregar tablas con la cantidad de porciones que sería ideal que consumieran en relación con su edad.

Existe la Guía de Alimentación del Preescolar (2016) propuesta por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) (2016) de la Universidad de Chile. La guía cuenta con recomendaciones de consumo de 10 grupos de alimentos, señalando frecuencia y cantidad. Los grupos considerados son: lácteos (tres tazas, de consumo diario), verduras (dos platos de consumo diario), frutas (dos unidades, de consumo diario), pescado (consumo de una presa chica dos veces por semana), pollo, pavo o carnes sin grasa (consumo de una presa chica dos veces por semana), legumbres (consumo de un plato chico dos veces por semana), huevos (una unidad, de consumo de dos a tres veces por semana), cereales, pastas o papas cocidas (un plato chico, de consumo cuatro a cinco veces por semana), panes (una unidad o una unidad y media, de consumo diario) y, finalmente, aceites y otras grasas (cuatro cucharaditas, de consumo diario). Además de estas recomendaciones, también plantea el consumo de cinco o más vasos de agua al día.

En relación con la implementación y cumplimiento de las guías alimentarias en población infantil y adolescente, mantiene alta relevancia el denominado “*dietary gatekeeper*” o, traducido al español, el “guardián alimentario” o encargado de la alimentación familiar. Este término es utilizado para referirse a una persona dentro del hogar o familia que asume la toma de decisiones relacionadas con la dieta y la comida. Típicamente es quien planifica,

compra y prepara las comidas dentro del hogar, siendo capaz de influir en la dieta familiar en general (Reid et al., 2015). En relación con población infantil, la figura del guardián alimentario es crucial dado que ejerce una influencia determinante en la dieta familiar y en los patrones alimentarios de este grupo etario, al moldear la disponibilidad, la exposición y las normas alimentarias dentro del hogar (Wijayarathne et al., 2021).

Al analizar el cumplimiento de los adultos en relación con los contenidos comprendidos en las guías, se ha observado un escaso cumplimiento general, con solo un 4,7% de la población siguiendo 3 o más recomendaciones de acuerdo con la última encuesta nacional de salud implementada por el Ministerio de Salud (Troncoso-Pantoja et al., 2020). En relación con datos más cercanos a la población de interés, en adolescentes se observó una tendencia similar, con solo un 5,6% de la población encuestada siguiendo las recomendaciones establecidas (Troncoso-Pantoja et al., 2022). Al analizar estos datos, se puede esperar que el seguimiento de las guías por parte de la población de interés mantenga resultados similares.

Alfabetización Alimentaria

La alfabetización alimentaria constituye un constructo que se utiliza para describir las competencias, habilidades y conocimientos relacionados con la comida, alimentación e ingesta (Vidgen y Gallegos, 2014). Este término fue

derivado de un concepto más amplio correspondiente a la alfabetización en salud.

La alfabetización en salud corresponde a la habilidad para acceder, procesar, entender y aplicar información básica en relación con la salud, con el objetivo de realizar valoraciones y tomar decisiones respecto de temas propios del área, tales como la prevención de enfermedades y promoción de la salud, con la intención de mantener o mejorar la calidad de vida en el transcurso de esta (Sørensen et al., 2012).

La alfabetización en salud resulta ser un concepto relacional que contempla aspectos que van más allá del desarrollo de habilidades personales, sino que también implica la interacción entre las personas y su medio ambiente, y un constante empoderamiento individual y colectivo (Juvinyà-Canal et al., 2018). De esta manera, el concepto incluye habilidades funcionales, interactivas, críticas y numéricas esenciales para una correcta relación con el entorno de la atención en salud (Cabezas, 2021).

Estas habilidades son consideradas como una estrategia que busca habilitar a las personas a que mantengan un mayor control de su propia salud y, por consiguiente, de su propio bienestar (Juvinyà-Canal et al., 2018). Se debe considerar, además, que se presentan mayores niveles de alfabetización en salud en personas con niveles educativos más altos (Konfino et al., 2009). Sin embargo, es importante destacar que la alfabetización en salud corresponde a

habilidades que pueden ser desarrolladas a través de estrategias que apunten a dotar de información y conocimiento a la población (Málaga et al., 2019). Esto es relevante en cuanto se ha observado que la población que posee un menor nivel de alfabetización en salud constituye un grupo vulnerable a distintos tipos de enfermedades dada la escasez de habilidades para reconocer signos y síntomas de riesgo para estas (Konfino et al., 2009), perpetuando así diferencias entre distintos sectores de la población.

En el ámbito de la alfabetización en salud, y en relación con la alimentación, comienza a tomar relevancia la alfabetización alimentaria, constructo que abarca desde el conocimiento crítico relacionado con la alimentación, incluyendo tanto la adquisición y comprensión de información, como las habilidades y comportamientos prácticos en relación con la toma de decisiones que giran en torno a la alimentación y la elección de distintas opciones alimentarias (Truman et al., 2017). Otra definición de alfabetización alimentaria la considera como un conjunto de conocimientos, habilidades y comportamientos que se interrelacionan y que son necesarios para planificar, gestionar, seleccionar, preparar y consumir alimentos (Vidgen y Gallegos, 2014).

Si bien en los últimos años se ha intentado unificar las distintas conceptualizaciones de alfabetización alimentaria, dado lo nuevo del constructo, este aún no ha sido del todo instaurado. Perry et al. (2017), realizaron un estudio orientado a delimitar los atributos de la alfabetización alimentaria a través de un

estudio de alcance del término. En este, identificaron cinco categorías claves en la alfabetización alimentaria:

- a) Conocimientos sobre alimentos y nutrición: referido a la importancia del conocimiento básico en torno a los alimentos, la alimentación y nutrición para poder tomar decisiones informadas, considerando que el conocimiento desempeña un papel fundamental en ellas.
- b) Habilidades prácticas: referidas a técnicas relacionadas con la adquisición, preparación, manejo y almacenamiento de los alimentos. Considera, además, habilidades básicas de cocina, reconocimiento de utensilios, leer recetas, mantener la higiene al cocinar, entre otras.
- c) Autoeficacia y confianza: considera ambos aspectos como claves a la hora de aplicar el conocimiento y las habilidades en situaciones que puedan requerir la puesta en marcha de estrategias que busquen resolver situaciones problemáticas que giren en torno a la alimentación y la nutrición.
- d) Factores extrínsecos y contextuales: referido a factores más amplios y de contexto que pueden influir en la capacidad que una persona tenga para poner en práctica la alfabetización alimentaria a través de sus acciones. Abarca factores como los entornos alimentarios, la cultura, valores, ingresos, entre otros.

- e) Decisiones alimentarias: consiste en la materialización de conductas en relación con la alimentación, considerando todas las implicancias de las categorías mencionadas anteriormente.

Estas categorías son similares a las consideradas por Vidgen y Gallegos (2014) para quienes la alfabetización alimentaria estaría compuesta por:

- a) Planificación y gestión de la alimentación: referida a acciones orientadas a generar planes para consumir alimentos independiente de las circunstancias y cambios en el contexto. Incluye prácticas como destinar una determinada cantidad de dinero y tiempo a la alimentación, planificar la ingesta de alimentos y tomar decisiones factibles de ser llevadas a cabo en las cuales se evidencie un balance en torno a las necesidades alimentarias y los recursos disponibles.
- b) Selección: referida a la selección de alimentos considerando factores como su calidad, procedencia, entre otros. Para una correcta elección se necesitarían habilidades para acceder a múltiples fuentes, conocimientos e información respecto de las ventajas y desventajas del consumo de ciertos alimentos, como almacenarlos y usarlos, además de ser capaz de juzgar la calidad de la comida.
- c) Preparación: referida a todas aquellas habilidades orientadas a conseguir comidas agradables al gusto de acuerdo con los alimentos que se encuentren disponibles, utilizando de forma eficiente distintos

artículos de cocina, siendo capaz de adaptar las recetas utilizadas para conseguir un buen producto.

- d) Comer: referido no solo al acto de ingerir los alimentos, sino que también a comprender el impacto que la alimentación puede tener en el propio bienestar y demostrar conciencia de la necesidad de equilibrar el consumo de alimentos, considerando también el comer de forma social.

Como se evidencia, la definición de alfabetización alimentaria no contempla únicamente niveles individuales de funcionamiento, sino que se extiende para considerar elementos emocionales, culturales y sistémicos relacionados con la producción de alimentos y la nutrición en general (Truman et al., 2017). Recientemente, revisiones internacionales han reafirmado la relevancia de este constructo como un determinante emergente de la salud y la dieta, destacando su papel en la adopción de hábitos alimentarios saludables, la prevención de enfermedades crónicas y la reducción de inequidades en salud (Silva et al., 2023).

En el marco de la alimentación infantil, el conocimiento de los padres y cuidadores primarios de niños y niñas resulta esencial para entregar y promover en estos últimos dietas sanas y de buena calidad, que se ajusten a los requerimientos nutricionales propios de estas etapas de la vida.

Distintos estudios han explorado los niveles de alfabetización alimentaria en padres y cuidadores primarios a través del seguimiento de guías nutricionales y la comprensión del etiquetado de alimentos (Begley et al., 2019; Fernández et al., 2019; Tartaglia et al., 2021; Wijayaratne et al., 2018).

En un estudio realizado por Fernández et al. (2019), que buscaba identificar la relación entre las distintas dimensiones de la alfabetización alimentaria y la calidad de la dieta en padres y cuidadores canadienses, se obtuvieron resultados que apuntan a que un mayor nivel de alfabetización alimentaria está asociado a una mejor calidad de la dieta en padres y madres canadienses, siendo especialmente relevantes las dimensiones asociadas al conocimiento alimentario y nutricional junto a las habilidades prácticas contenidas en el concepto.

Por su parte, Wijayaratne et al. (2018) en un estudio realizado en Australia cuyo propósito apuntaba a examinar cómo las intenciones de los cuidadores primarios por mantener una dieta saludable y preparar alimentos que tributen a ella se veía influenciada por la alfabetización alimentaria y distintas barreras identificadas en la alimentación saludable, encontraron que la alfabetización alimentaria correlacionaba de forma positiva con la intención de gestionar una dieta saludable en el tiempo y se asociaba de forma negativa a las barreras percibidas para esta misma actividad. De esta manera, se concluye que, a mayor nivel de alfabetización alimentaria en los cuidadores encargados de la alimentación, existiría mayor percepción de autoeficacia en implementar

conocimientos y comportamientos orientados a mantener una dieta saludable para sí mismos y sus familias. Los autores consideran la posibilidad de que una mayor alfabetización alimentaria podría contribuir a reducir el impacto que tienen aspectos como la falta de tiempo y motivación para consumir comidas saludables y la preferencia de comidas poco saludables.

Clima Familiar

El concepto de clima familiar hace alusión al ambiente emocional y relacional en una familia. Este describe aspectos como la atmósfera emocional, las dinámicas de comunicación, el nivel de cohesión y las relaciones interpersonales que existen dentro del hogar y entre los distintos miembros que conforman el núcleo familiar desde su propia perspectiva (Estévez et al., 2008; Hartl et al., 2015).

De esta manera, el clima familiar constituye aquellas percepciones subjetivas y el sistema de significados compartidos que padres e hijos tienen respecto de las características específicas de su funcionamiento familiar (Wäsche et al., 2021). Este suele estudiarse a través de la presencia e intensidad de conflictos familiares, la calidad de la comunicación, la expresividad de opiniones y sentimientos dentro de la familia, así como también a través del grado de cohesión afectiva percibida entre sus miembros (Estévez et al., 2008). Se ha planteado que un clima familiar saludable se caracteriza por la existencia de una comunicación abierta y afectuosa, apoyo mutuo, empatía, baja frecuencia de

conflictos o su resolución constructiva y un ambiente de confianza y seguridad entre los miembros (Wäsche et al., 2021). En la misma línea, una revisión sistemática reciente identificó que la cohesión, la comunicación y la satisfacción familiar constituyen los principales indicadores de un clima familiar positivo, los cuales se asocian de forma consistente con mayores niveles de bienestar y felicidad en niños y adolescentes (Izzo et al., 2022).

En relación con el contexto de alimentación, el clima familiar se ha estudiado de distintas formas, principalmente ligado a las características afectivo-relacionales que lo componen (Hughes et al., 2011). De esta manera, el clima emocional que se genera en la interacción entre los padres e hijos en las instancias propias de ingesta de alimentos ha resultado de interés y se ha planteado que la configuración de este clima emocional puede influir en cuánto y qué comen los niños, así como en sus formas de aproximarse a los alimentos (Hughes et al., 2011; Snoek et al., 2007).

En un estudio llevado a cabo por Cance et al. (2015) en Texas, Estados Unidos, cuyo propósito fue evaluar las influencias de contextos individuales, familiares y escolares en actitudes inadecuadas de alimentación, se encontró que las relaciones tanto familiares como escolares podían influir en la presencia de actitudes alimentarias inadecuadas en población adolescente y en una relación disfuncional con la comida, pudiendo resultar, además, en precursores de los trastornos de la conducta alimentaria. Se encontró que relaciones familiares negativas tales como la presencia de conflicto familiar y control psicológico por

parte de la madre estaban relacionadas a la presencia de actitudes alimentarias inadecuadas como la excesiva preocupación o vigilancia del peso, atracones alimentarios, conductas compensatorias, entre otras.

Por su parte, también se ha asociado el clima familiar al desarrollo de una adecuada autorregulación alimentaria, especialmente de población adolescente (Hughes et al., 2011; Kalavana et al., 2010). En un estudio llevado a cabo por Kalavana et al. (2010) en Chipre, se exploró la relación entre el clima familiar y el comportamiento alimentario en la población mencionada. Estos autores encontraron que en familias donde las interacciones tenían un carácter más positivo, era más probable que los adolescentes adoptaran un comportamiento alimentario saludable, atribuyéndolo a un mayor sentimiento de apoyo, respaldo y motivación ante decisiones sobre la alimentación. Además, se destaca el poder de influencia de los padres en términos de generar este ambiente positivo y abierto a la toma de mejores decisiones alimentarias a través de facilitar el acceso y proveer de modelado de hábitos a los adolescentes. En familias con un clima menos positivo, donde la presencia de conflictos y tensiones era percibida como mayor, los adolescentes tenían mayor probabilidad de consumir alimentos menos saludables. Como explicación se planteó la regulación emocional a través de la alimentación, lo cual llevaría a los individuos a consumir alimentos más palatables y de menor calidad nutricional como forma de sobrellevar sentimientos de estrés y tensión (Kalavana et al., 2010).

Otro de los contextos donde ampliamente se ha estudiado el clima familiar se sitúa bajo el marco de los trastornos de la conducta alimentaria. En un estudio llevado a cabo en Italia por Lampis et al. (2014), cuyo análisis se centró en cómo la calidad de las relaciones puede actuar como factor protector ante este tipo de trastornos, se obtuvo como resultado una relación inversa entre la calidad de las relaciones familiares y la presencia de sintomatología asociada a los trastornos alimentarios. De igual manera, se determinó que la cohesión familiar y la comunicación abierta funcionaban como factores protectores ante estas afecciones.

Dados estos antecedentes y la existencia de estudios que señalan cómo factores relacionales y emocionales de la relación entre padres e hijos pueden afectar la adopción de conductas más o menos saludables en torno a la alimentación, es que se plantea que el clima familiar juega un papel importante en la transferencia de conocimientos y hábitos por parte de los padres a los hijos, así como también juega un papel importante en la forma en la que estos son transmitidos (El-Behadli et al., 2015; Hughes et al., 2011; Melbye et al., 2021; Wäsche et al., 2021).

Prácticas Parentales de Alimentación

Las prácticas parentales de alimentación se refieren a todas las conductas o estrategias que los padres emplean para influir, modificar o controlar la alimentación de sus hijos (González-Torres et al., 2018; Vaughn et al., 2016).

Estas prácticas incluyen conductas de distintos tipos y en distintas líneas, tales como la restricción en la alimentación, la presión por comer, el fomento de la participación del niño en las decisiones y producción de alimentos, el refuerzo y modelado de figuras significativas, así como también prácticas que se orientan a generar un ambiente saludable y estructurado para la ingesta, como el regular horarios y condiciones ambientales (como el comer en familia, en determinados espacios, etc.) (Musher-Eizenman et al., 2019; Vaughn et al., 2013).

De acuerdo con Vaughn et al. (2016) las prácticas parentales de alimentación se pueden agrupar de acuerdo con tres constructos más amplios: control coercitivo, estructura y soporte a la autonomía. El control coercitivo mantiene relación con un tipo específico de control en que los padres buscan dominar, presionar e imponerse respecto de sus hijos. Estas estrategias suelen estar principalmente centradas en los padres, buscando responder a sus objetivos y deseos sin considerar las necesidades emocionales o psicológicas de los niños. Se consideran como prácticas coercitivas la restricción de alimentos, presionar para comer, amenazas y sobornos, y utilizar la comida como una forma de controlar las emociones negativas.

La dimensión estructura se refiere a la organización que los padres facilitan a sus hijos para promover su competencia. Se orienta al refuerzo por parte de los padres para establecer límites y reglas respecto de la alimentación. Son reconocidas como prácticas de la dimensión estructura el establecer reglas y límites, limitar o guiar las decisiones de los niños y niñas, monitorear, establecer

rutinas para comidas y snacks, el modelado, la disponibilidad, accesibilidad y preparación de alimentos y las prácticas no estructuradas.

Finalmente, la dimensión de soporte a la autonomía se refiere a generar independencia en los niños y niñas ofreciendo opciones y permitiendo que estos exploren de forma más o menos independiente en relación con su edad. Esto permite que desarrollen la capacidad de autorregularse cuando los padres no están cerca. Se consideran prácticas desde el soporte a la autonomía, la educación nutricional, incluir al niño o niña en la planificación de las comidas, empoderar, elogiar y razonar con ellos (Vaughn et al., 2016).

A partir de esta revisión, se puede concluir que serían prácticas parentales de alimentación funcionales todas aquellas que busquen generar o contribuir a una adecuada autorregulación de la ingesta alimentaria. De esta manera, aquellas prácticas asociadas a la estructura y soporte a la autonomía mantendrían un carácter funcional en relación con el objetivo que persiguen. Por su parte, la dimensión control coercitivo con las prácticas contenidas por ella mantendría un carácter disfuncional, pues a pesar de los intentos por regular la alimentación de los hijos, estas no buscarían transmitir autonomía a las elecciones ni considerarían los intereses de los niños y niñas impidiendo el desarrollo de una correcta autorregulación de la alimentación (Patrick et al., 2013).

Lo anterior ha sido respaldado por evidencia empírica. En un estudio realizado en Pensilvania por Birch et al. (2003), se identificó que las niñas expuestas a mayores niveles de restricción maternal tenían puntajes más altos en comer en ausencia de hambre que niñas que no estaban expuestas a altos niveles de restricción. Además, se identificó a través de un análisis de seguimiento, que aquellas niñas con sobrepeso que estaban expuestas a altos niveles de restricción alimentaria por parte de sus madres mostraron un aumento en el comer en ausencia del hambre a lo largo del tiempo, teniendo un efecto contrario al esperado por sus cuidadoras (Birch et al., 2003). Otras investigaciones han ligado este fenómeno a que, a medida que la restricción parental aumenta, la capacidad del niño o niña para regularse disminuye y, a medida que la capacidad de autorregulación disminuye, el consumo de energía del individuo aumenta. Estas conductas se refuerzan mutuamente, ya que a medida que el IMC del niño o niña aumenta, la restricción parental también lo hace, generando un ciclo repetitivo que se refuerza continuamente (Patrick et al., 2013).

Modelo de Relaciones entre Ambiente Alimentario Familiar, Dieta y Estado Nutricional en Niños

A continuación, se presenta evidencia empírica sobre las variables que comprenden el constructo de ambiente alimentario familiar: alfabetización alimentaria, prácticas parentales de alimentación y clima familiar.

Dentro de los factores que pueden influenciar las prácticas parentales de alimentación se encuentra la alfabetización alimentaria. La investigación directa respecto de la alfabetización alimentaria y su influencia en las prácticas parentales de alimentación es escasa. Sin embargo, es posible identificar relaciones entre ambas a través de estudios que busquen abarcar prácticas más específicas. En un estudio llevado a cabo en Grecia por Costarelli et al. (2020), se identificó que los padres con menores niveles de alfabetización en salud utilizaban menos prácticas orientadas a una alimentación saludable y de monitoreo que aquellos con niveles adecuados de alfabetización en salud. De igual manera, padres con una escasa alfabetización en salud utilizaban menos prácticas de monitoreo que aquellos con buenos niveles de alfabetización, situándose en un polo más negligente. Además, identificaron que padres con buenos niveles de alfabetización en salud utilizaban menos prácticas de control de la alimentación que aquellos con niveles insuficientes.

Un estudio en Australia, de Norton et al. (2021) cuya intención era examinar la relación entre la utilización de la presión por comer y la restricción por parte de los padres a niños de entre seis meses a 5 años en torno a variables como la alfabetización alimentaria, trastornos alimentarios, el IMC y el estatus socioeconómico; identificó una relación negativa y significativa entre la práctica parental de alimentación presión por comer y la alfabetización alimentaria. En el contexto del estudio, este hallazgo resulta interesante en cuanto resalta la necesidad de ampliar la educación e instrucción a los padres para incluir una

orientación sana sobre el comportamiento alimentario, fomentando hábitos alimentarios positivos que prevengan el desarrollo de sintomatología asociada a los trastornos de la conducta alimentaria.

Finalmente, un estudio realizado por Tartaglia et al. (2021) en Australia, cuyo objetivo estaba orientado a explorar las experiencias de padres y madres alimentando niños de 0 a 5 años junto a comportamientos de alfabetización alimentaria, se identificó en el relato de los participantes aspectos que complejizaban el poner en práctica todos los componentes de este último constructo, así como implementar adecuadas prácticas parentales de alimentación. Entre estos factores estaban el tiempo necesario para cocinar y sentarse a comer con los hijos, ya que en muchas ocasiones no contaban con este espacio, optando por prácticas de alimentación que fueran rápidas y fáciles. Sin embargo, padres que contaban con una mayor alfabetización alimentaria mantenían una mejor planificación y gestión de sus comidas, de modo que estas resultaran más fáciles de preparar en el día a día. Otra dificultad identificada por los padres en torno a sus prácticas alimentarias estaba referida a la multiplicidad de fuentes de información entorno a la alimentación, la cual muchas veces resultaba contradictoria.

De acuerdo con los resultados analizados, se puede concluir que la alfabetización en alimentación resulta ser un punto de partida potencialmente beneficioso para que los padres promuevan un comportamiento alimentario saludable en sus hijos (Norton et al., 2021). Se ha demostrado que el entorno de

alimentación en el hogar juega un papel importante en el desarrollo de los niños y niñas para autorregular su comportamiento (Tartaglia et al., 2021). Se ha planteado, además, que los padres que utilizan estrategias en relación a la alfabetización alimentaria como planificar las comidas, seleccionar y disponer de alimentos saludables en la casa, y poner en práctica el cocinar desde cero sus alimentos, tienden a usar estrategias parentales de alimentación en la línea del refuerzo positivo (Gray et al., 2023), las cuales disminuyen factores de riesgo relacionados al desarrollo de malnutrición por exceso o trastornos de la conducta alimentaria.

A partir de esta revisión teórica y de los distintos resultados que han arrojado investigaciones realizadas en torno a la relación entre la alfabetización alimentaria y las prácticas parentales de alimentación, es que se evidencia que el conocimiento y las habilidades que los padres, cuidadores primarios y encargados de la alimentación familiar tienen puede efectivamente modificar las prácticas parentales que estos últimos utilicen para guiar, controlar e influir en la alimentación de los niños y niñas que se encuentran bajo sus cuidados. Dado lo anterior, existe la posibilidad de que, en conjunto, la alfabetización alimentaria y las prácticas parentales de alimentación puedan influir el desarrollo de malnutrición por exceso en población infantil, considerando que la alimentación de este grupo etario se ve mayoritariamente condicionada por la de sus cuidadores primarios.

En relación con la asociación entre alfabetización alimentaria y dieta, distintas investigaciones dan cuenta de esta relación. En un estudio llevado a cabo en Korea por Park et al. (2022), cuyo objetivo consistió en generar un instrumento de medida para acceder a la alfabetización alimentaria de niños y adolescentes, los autores señalan que un incremento en la alfabetización alimentaria puede incrementar la calidad de la dieta en la población señalada, funcionando como un elemento de soporte para una selección y preparación de alimentos de forma más saludable.

En relación con la implementación de programas cuya base contempla mejorar conocimientos y habilidades en torno a la alimentación, distintos estudios han analizado cómo estos pueden repercutir en una mejor calidad de la dieta. En un estudio realizado en Australia por Butcher et al. (2021), se analizaron cuatro programas de alfabetización alimentaria para distintas poblaciones de interés. Estos se encontraban contextualizados para cubrir las necesidades de grupos vulnerables de distintas edades. A partir de la evaluación pos-intervención, se encontró que los participantes realizaban cambios positivos en tres dominios principalmente (plan y manejo, selección y preparación de alimentos) como consecuencia de la intervención. De igual manera, estos mismos participantes reportaban un aumento en el consumo de frutas y vegetales en comparación con las medidas iniciales, mejorando la calidad de sus dietas. Resultados similares arrojó un estudio llevado a cabo también en Australia por Begley et al. (2019), donde se observó que existe un cambio en la dieta respecto de medidas pre y

pos-intervención en relación con la alfabetización alimentaria en adultos. De esta manera, se observó un aumento del 15% y 24% en el consumo de frutas y verduras, respectivamente. De igual manera, se observó una disminución significativa en el consumo semanal de bebidas azucaradas. Por su parte, Ng et al. (2022) reportaron que posterior a la implementación de una intervención online de cuatro semanas se observó un mayor consumo de frutas, aun cuando, no en vegetales, en aquellas personas que habían incrementado sus puntuaciones de alfabetización alimentaria.

Finalmente, en un estudio realizado en Países Bajos por Boslooper-Meulenbelt et al. (2021) dirigido a examinar la asociación entre alfabetización alimentaria y adherencia a la dieta mediterránea y consumo de sodio en receptores de un trasplante de riñón se encontró una asociación positiva y estadísticamente significativa entre la alfabetización alimentaria y adherencia a la dieta mediterránea, controlando por covariables y factores de confusión. Sin embargo, no se encontraron relaciones significativas con consumo de sodio. A pesar de ello, los resultados darían cuenta de la utilidad de la alfabetización alimentaria en la dieta en población con condiciones de salud.

En relación con el clima familiar y las prácticas parentales de alimentación, en la literatura no se han establecido relaciones explícitas o directas entre ambas, sin embargo, sí se ha planteado que, en cierta medida, distintos aspectos considerados por el clima familiar (como la cohesión emocional o la presencia de conflictos) pueden influenciar decisiones alimentarias más o menos saludables

(Cance et al., 2015). Estas se encuentran respaldadas por el acuerdo general según el cual familias que promueven un clima saludable están más inclinadas a adoptar prácticas que respalden la salud y el bienestar de sus miembros, llegando a funcionar como factores protectores ante conductas menos adaptativas (Kalavana et al., 2010; Lampis et al., 2014; Melbye et al., 2021).

A partir de la información revisada, se puede inferir que el clima familiar desempeña funciones importantes en cuanto a la toma de decisiones respecto de qué prácticas utilizar por los padres de acuerdo con los objetivos que se estén persiguiendo de momento a momento. Se ha constatado que un funcionamiento familiar positivo, caracterizado por cohesión, comunicación abierta y apoyo emocional, se asocia con un mayor bienestar y relaciones familiares más saludables (Izzo et al., 2022), lo que podría favorecer también interacciones alimentarias más funcionales entre padres e hijos.

Por su parte, la relación entre las prácticas parentales de alimentación, la dieta y el estado nutricional de niños y niñas ha suscitado importancia dentro de la investigación sobre nutrición infantil. Se ha planteado que las prácticas de alimentación ejercidas por los padres pueden tener un impacto significativo en la salud nutricional de sus hijos, ya que estas conductas se orientan a afectar, influir y controlar la dieta de estos últimos y, por ende, su estado nutricional.

En un estudio realizado en Suecia por Ek et al., (2016) se encontró que prácticas como la presión excesiva hacia los niños por comer se asocia a un

mayor riesgo de que estos desarrollen una alimentación poco balanceada y desordenada, pudiendo esto tener un impacto en su dieta y, por ende, en su estado nutricional. Además, la restricción de alimentos resulta infructífera en relación con el control del peso del niño, el cual suele desarrollar preferencias por los alimentos que han sido prohibidos, ingiriendo estos de forma excesiva cuando se tiene la oportunidad.

A diferencia de las prácticas mencionadas, aspectos como el monitoreo saludable de la alimentación se ha asociado a mantener un equilibrio adecuado en la dieta de los niños, así como a fomentar elecciones alimentarias saludables (Ek et al., 2016; Musher-Eizenman et al., 2019) . De manera similar, en un estudio realizado por Gray et al. (2023) en Florida, Estados Unidos, los resultados indicaron que aquellos padres que mantienen una alimentación más saludable y actúan como un correcto modelo para sus hijos e hijas y utilizaban prácticas como elogiar o decir cosas positivas a sus hijos, conseguían que estos aumentaran su consumo de frutas y verduras al día.

De esta manera, se establece en la literatura la posibilidad de realizar cambios en la dieta del niño o niña a través de la implementación de prácticas parentales de alimentación que pueden ir en un sentido más o menos negativo para este, afectando inevitablemente el estado nutricional, el cual se entiende es un resultado derivado de la dieta y la actividad física.

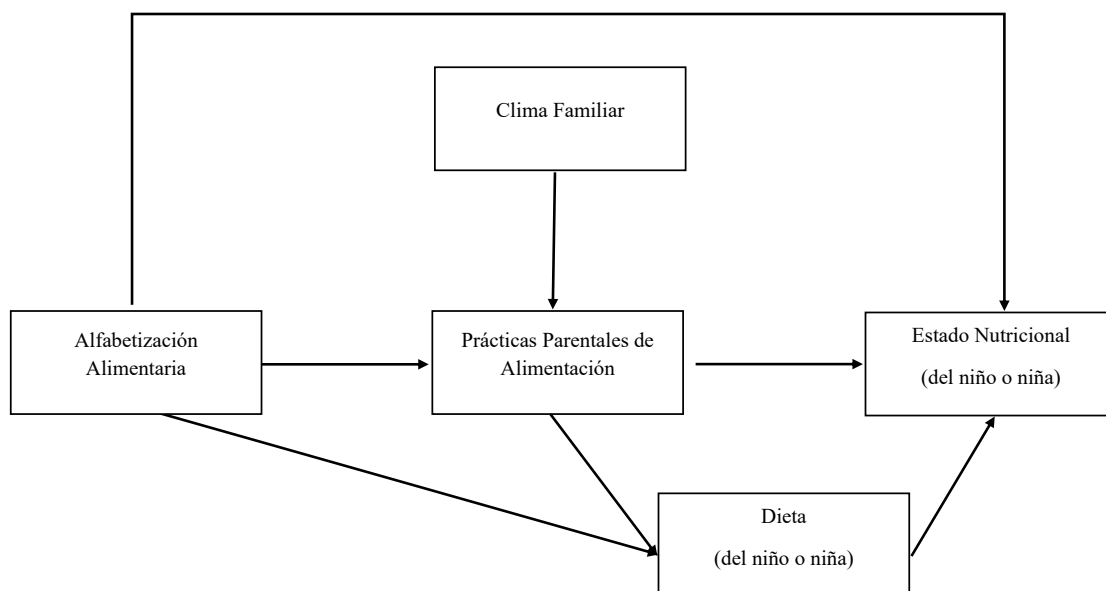
Dada la revisión realizada, es posible plantear que la alfabetización alimentaria, las prácticas parentales de alimentación y el clima familiar interaccionan entre sí y configuran lo que se ha denominado ambiente alimentario familiar el que se podría asociar directa e indirectamente a la dieta del niño y consecuentemente a su estado nutricional. Rex et al. (2021) en un estudio realizado en Delaware señalan que tanto los aspectos físicos del entorno alimentario del hogar incluyendo las comidas familiares y los estilos parentales se asocian de forma significativa con la calidad de la dieta en madres e hijos. Estos resultados enfatizan que el ambiente alimentario familiar opera como un sistema interdependiente de factores materiales y relacionales que condicionan los hábitos y elecciones alimentarias.

De forma complementaria, evidencia reciente ha mostrado que un ambiente familiar disfuncional, caracterizado por altos niveles de ansiedad y conflicto parental, se relaciona con una mayor probabilidad de obesidad infantil, mientras que climas familiares positivos se asocian con hábitos alimentarios más saludables y un mejor estado nutricional (Peng et al., 2023).

A partir de lo anterior, se plantea el siguiente modelo de relaciones:

Figura 1

Modelo hipotético propuesto

*Nota.* Elaboración propia.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre el ambiente alimentario familiar, la dieta y el estado nutricional de preescolares en Chile?

Objetivos

Objetivo General

Establecer la relación entre el ambiente alimentario familiar (alfabetización nutricional, prácticas parentales de alimentación y clima familiar), dieta y estado nutricional de preescolares en Chile.

Objetivos Específicos

1. Establecer la relación entre alfabetización alimentaria, prácticas parentales de alimentación, dieta y estado nutricional de niños preescolares en Chile.
2. Determinar la relación entre clima familiar y prácticas parentales de alimentación.
3. Determinar el rol mediador de las prácticas parentales de alimentación en la relación entre alfabetización alimentaria de cuidadores primarios y dieta en preescolares en Chile.

Hipótesis

H1: Mayores niveles de alfabetización alimentaria se asocian a prácticas parentales de alimentación funcionales y una mejor calidad de la dieta de preescolares en Chile.

H2: Mayores niveles de alfabetización alimentaria y las prácticas parentales de alimentación funcionales predicen un estado nutricional normal en preescolares en Chile.

H3: El clima familiar cohesionado se asocia positivamente a las prácticas parentales funcionales de alimentación.

H4: Las prácticas parentales de alimentación median la relación entre la alfabetización alimentaria y la calidad de la dieta de preescolares en Chile.

Método

Diseño de la Investigación

Esta investigación corresponde a un diseño cuantitativo, de tipo no experimental, y transversal, ya que no existe manipulación de variables y las relaciones fueron observadas tal y como se presentan en la realidad en una única oportunidad (Ato et al., 2013). El alcance de este estudio fue correlacional, pues se buscó medir el grado de asociación existente entre dos o más variables en un momento determinado.

Participantes

La población objetivo comprendió cuidadores primarios de niños y niñas en edad preescolar, es decir, de 2 a 5 años 6 meses. Dentro de la categoría de cuidadores primarios se incluyó tanto a familiares directos (padres, madres, hermanos) como familiares indirectos o no familiares (padres adoptivos, abuelos, tíos y demás posibles cuidadores de niños y niñas) siempre que estos mantuvieran un rol de cuidado primario.

Para participar en el estudio, los cuidadores debían haber residido en Chile durante los últimos cinco años, mantener el cuidado primario de un niño o niña de entre 2 y 5 años y 6 meses. Además, se priorizó la participación de quienes cumplían el rol principal en la alimentación del niño o niña, aunque no fue condición excluyente, considerando que el cuidador primario suele tener conocimiento directo sobre sus hábitos alimentarios.

A su vez, no pudieron ser partícipes de esta investigación adultos cuidadores que presentaban severas alergias alimentarias que modificaran altamente su dieta y, por ende, la de su familia, dificultando el acceso a la calidad de ésta considerando las recomendaciones de ingesta habituales. Tampoco se incluyeron adultos cuidadores que se encontraran siguiendo algún régimen nutricional en específico que, de igual manera, modificara en una alta proporción la dieta de su familia (por ejemplo, no consumir carbohidratos de ningún tipo). De igual manera, se excluyó a cuidadores primarios encargados de niños y niñas que presentaran cualquiera de las dos condiciones mencionadas anteriormente. Además, no participaron del estudio aquellos niños y niñas que presentaran antecedentes de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Finalmente, se optó por no excluir a niños y niñas con diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo (específicamente Trastornos del Espectro Autista y Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad) debido a que estos no mostraron diferencias en la alimentación o dieta que impactaran los resultados. Sin embargo, si se excluyó a aquellos participantes que declaraban que los niños o niñas bajo su cuidado mantenían selectividad alimentaria (Siles et al., 2015).

Para determinar un tamaño muestral de referencia, se aplicó la fórmula para poblaciones infinitas (de tamaño indefinido y desconocido) (Morales, 2012), considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Este procedimiento arrojó un tamaño mínimo de 385 participantes.

No obstante, dado que el estudio incluyó modelamiento de ecuaciones estructurales (SEM) y análisis de mediación, se procuró contar con un número de casos suficientes para esos propósitos analíticos. En total se obtuvo una muestra de 402 cuidadores, número que cumple con los criterios recomendados para SEM (superiores a 200 casos) (Kline, 2015) y para el análisis de mediaciones con variables observadas. De acuerdo con las estimaciones empíricas de Fritz y MacKinnon (2007), una muestra de aproximadamente 400 participantes permite detectar, con un poder estadístico de 0.80, mediaciones de tamaño medio en modelos con variables observadas. Así, el tamaño muestral final puede considerarse adecuado tanto para el nivel de confianza propuesto como para los análisis estadísticos desarrollados.

Se consideró una muestra no probabilística, y las estrategias de muestreo utilizadas fueron muestreo de voluntarios y muestreo por conveniencia (Otzen y Manterola, 2017). De esta manera, fueron los mismos cuidadores quienes decidieron participar del estudio y responder a la invitación realizada.

A continuación, se presenta una caracterización de los participantes:

Tabla 1

Distribución por sexo de los participantes cuidadores y de los niños y niñas bajo sus cuidados n=402.

Grupo	Sexo	Proporción	n
Cuidadores	Femenino	0,94	378
	Masculino	0,05	20
Niños y niñas	Femenino	0,51	208
	Masculino	0,47	191

Nota. Tabla de elaboración propia. Los valores de proporción corresponden a la fracción del total de cada grupo.

Tabla 2

Caracterización de la edad en años de los participantes.

Grupo	Sexo	Mínimo	Máximo	Media
Cuidadores	Femenino	18,00	66,00	33,51
	Masculino	27,00	49,00	36,62
Niños y niñas	Femenino	2,00	5,50	3,68
	Masculino	2,00	5,50	3,61

Nota. En el caso de los niños y niñas, la edad fue recolectada considerando meses, razón por la que existen variaciones en los decimales.

Tabla 3

Caracterización de la ocupación de las y los cuidadores de acuerdo al sexo

Sexo cuidador	Nivel educacional	Proporción	n
Femenino	Enseñanza básica completa	0,99	4
	Enseñanza básica incompleta	0,99	4
	Enseñanza media completa	15,92	64
	Enseñanza media incompleta	3,73	15
	Enseñanza superior completa	40,80	164
	Enseñanza superior incompleta	15,17	61
	Estudios de especialización	8,71	35
	Estudios de postgrado	6,97	28
Masculino	Enseñanza básica completa	0,25	1
	Enseñanza básica incompleta	0,00	0
	Enseñanza media completa	0,50	2
	Enseñanza media incompleta	0,50	2
	Enseñanza superior completa	1,74	7
	Enseñanza superior incompleta	0,00	0
	Estudios de especialización	1,49	6
	Estudios de postgrado	0,50	2

Variables

Variables Independientes

a. Variables Sociodemográficas

Definición nominal: variable de tipo independiente constituida por la descripción de datos relacionados al sexo, edad, nacionalidad, ocupación, estado civil y nivel educacional del cuidador primario. Además, se consideró el sexo, edad y escolaridad del niño o niña bajo cuidado. Así como también el lugar de residencia de ambos.

Definición operacional: respuestas entregadas en el cuestionario de antecedentes sociodemográficos. Este es de elaboración propia para la recogida de datos de esta naturaleza (anexo 1).

b. Antecedentes de Salud

Definición nominal: variable de tipo independiente constituida por la descripción de datos relacionados a la salud de los participantes y de los niños y niñas bajo su cuidado.

Definición operacional: respuestas entregadas en el cuestionario de antecedentes de salud. Este es de elaboración propia para la recogida de datos de esta naturaleza (anexo 2).

c. Alfabetización Alimentaria

Definición nominal: variable de tipo independiente entendida como el conjunto de conocimientos, habilidades y comportamientos que se interrelacionan y que son necesarios para planificar, gestionar, seleccionar, preparar y consumir alimentos (Vidgen y Gallegos, 2014).

Definición operacional: Puntaje total obtenido en el cuestionario Short Food Literacy Questionnaire (SFLQ) de Krause et al. (2018) en la adaptación realizada por Cabezas (2021) (anexo 3).

d. Clima Familiar

Definición nominal: percepciones subjetivas y el sistema de significados compartidos que padres e hijos tienen respecto de las características específicas de su funcionamiento familiar (Estévez et al., 2008; Hartl et al., 2015).

Definición operacional: Puntaje total obtenido en la subescala de cohesión de la Escala Breve de Funcionamiento Familiar FACES 20 ESP Adaptado (anexo 4b), versión validada en población chilena por Zicavo et al. (2012).

Variable Mediadora

e. Prácticas Parentales de Alimentación

Definición nominal: aquellas conductas o estrategias que los padres emplean para influir, modificar o controlar la alimentación de sus hijos (González-Torres et al., 2018; Vaughn et al., 2016).

Definición operacional: Puntajes obtenidos en el cuestionario de prácticas parentales de alimentación derivado del Feeding Practices and Structure Questionnaire (FPSQ-28) (Jansen et al., 2016), el Child Feeding Questionnaire (CFQ) en su adaptación a población mexicana Navarro y Reyes (2016) y el Parental Feeding Style Questionnaire (PFSQ) (Wardle et al., 2002) (anexo 7). Se midieron específicamente las prácticas de modelado, horario estructurado de las comidas, ambiente estructurado de comidas, monitoreo, regulación emocional, restricción por control del peso y presión.

Variables Resultado

f. Calidad de la Dieta

Definición nominal: conjunto de alimentos y bebidas consumidas regularmente por una persona lo cuales satisfacen los requerimientos nutricionales de una persona (Lagua y Claudio, 2004).

Definición operacional: Índice de calidad de la dieta obtenido a partir de un cálculo del Índice de Adherencia a la Dieta Mediterránea utilizando el instrumento KIDMED 2.0 (López-Gajardo et al., 2022) (anexo 9).

g. Estado Nutricional del Niño o Niña

Definición nominal: Condición resultante del organismo en relación con el consumo y utilización de los distintos nutrientes contenidos en los alimentos que se ingieren (Lagua y Claudio, 2004). Este se reporta a través del índice de cálculo

del peso corporal en kilogramos dividido por la altura al cuadrado en metros (kg/m²) (OMS, s.f.). En niños se ordena en las siguientes categorías:

- Desnutrición $P/T \leq -2DE$
- Riesgo de desnutrir $P/T \leq -1DE$ y $> -2DE$
- Normal o eutrófico $P/T > -1DE$ y $< +1DE$
- Sobrepeso $P/T \geq +1DE$ y $< +2DE$
- Obesidad $P/T \geq +2DE$

(P/T consiste en peso por talla y debe ser obtenido a partir de curvas y tablas en relación con la estatura de los niños y DE consiste en la desviación estándar).

Definición operacional: cálculo de IMC a partir de datos antropométricos (peso y talla del niño) obtenidos en el cuestionario de antecedentes de salud (anexo 2).

Instrumentos

a. Short Food Literacy Questionnaire (SFLQ)

Short Food Literacy Questionnaire (SFLQ) (anexo 3) es un instrumento creado para medir el nivel de alfabetización alimentaria incluyendo elementos funcionales, interactivos y críticos de esta (Krause et al., 2018). El cuestionario está compuesto por 12 ítems de escala tipo Likert, cuyas opciones de respuesta van desde “muy difícil” a “muy fácil”, “muy mal” a “muy bien” y de “nunca” a “siempre (ej. de ítem: “La publicidad generalmente relaciona alimentos con salud. ¿Qué tan fácil es para usted evaluar si esas asociaciones son adecuadas o no?).

En relación con las propiedades psicométricas del instrumento, a partir de una validación realizada en Suiza con 350 participantes encuestados, los autores refieren una confiabilidad por consistencia interna mediante un Alpha de Cronbach de $\alpha=0.82$. Además, realizan la prueba KMO y de esfericidad de Bartlett para confirmar la idoneidad de los datos (KMO=0.83 y $\chi^2=1429.87$, $p<.0001$).

En esta investigación se utilizó la adaptación al español y al contexto chileno realizada por Cabezas (2021). En este procedimiento se realizó la traducción al español de la escala planteada originalmente y se realizaron entrevistas cognitivas para asegurar la comprensión semántica de cada uno de los ítems. La evaluación del SFLQ se realizó con 342 participantes chilenos de 18 a 60 años y mostró un coeficiente de consistencia interna a través del Alpha de Cronbach de $\alpha=0.87$. La validez de criterio se determinó con la Escala de Alfabetización en Salud, la Escala de conocimientos en Alimentación General y preguntas sobre Alfabetización Alimentaria, siendo las dos últimas creadas por la autora, y se encontraron valores de 0.62, 0.89, y 0.40, respectivamente. De igual manera, se reportó un Índice de Ajuste Comparativo (CFI) de 0.865, y un índice de Tucker-Lewis (TLI) de 0.844.

b. Escala Breve de Funcionamiento Familiar FACES 20 ESP Adaptado

La Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III) de Olson et al. (1985) corresponde a la tercera versión de una serie de escalas

FACES que han sido desarrolladas para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo de Olson: cohesión y flexibilidad familiar (Schmidt et al., 2009). El instrumento se encuentra compuesto por 20 ítems escala tipo Likert de cinco enunciados, cuyas opciones de respuesta van desde “casi nunca o nunca” a “casi siempre o siempre”. Además, considera su división en dos subescalas para evaluar cada una de las dimensiones, cada una de ellas compuesta por la misma cantidad de ítems para evaluar cohesión y flexibilidad, los cuales se encuentran distribuidos de forma alterna en impares (ej. De ítem para evaluar cohesión: “1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí”) y pares (ej. De ítem para evaluar flexibilidad: “2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas”), respectivamente (Ponce et al., 2002).

En esta tesis se empleó la validación al contexto chileno realizada por Zicavo et al. (2012) en una muestra de 200 padres, madres y apoderados de ambos sexos pertenecientes a un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán, con edades fluctuantes entre los 29 y 59 años. Dicha validación buscó corregir algunos de los errores conceptuales y de traducción que se presentaban en la escala original, utilizando para ello una versión adaptada de la escala breve de funcionamiento familiar Faces 20 ESP, desarrollada por Martínez-Pampliega et al. (2006) con base en las escalas FACES. La escala utilizada por Zicavo et al. (2012) cuenta con 20 ítems, distribuidos equitativamente en las subescalas de cohesión y adaptabilidad. La subescala de cohesión considera los ítems 1, 4, 5,

8, 10, 11, 13, 15, 17 y 19; mientras que la subescala de adaptabilidad considera los ítems 2, 3, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 18 y 20.

En dicha validación se reportó un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.93$ para la escala total, mientras que se reportó un $\alpha = 0.89$ para la subescala de cohesión y $\alpha = 0.87$ para la subescala de adaptabilidad. Posterior al análisis de confiabilidad, se aplicó un análisis factorial exploratorio (AFE) de componentes principales con rotación varimax para comprobar la bidimensionalidad considerada por el instrumento. En dicho análisis, se identificó que la escala puede ser dividida en tres factores, no constituyendo un modelo totalmente puro (de dos dimensiones). Esta particularidad ha sido reconocida en otros estudios que utilizan el instrumento FACES III. En la investigación realizada por Schmidt et al. (2009), la cual buscaba medir el grado de ajuste del instrumento en población argentina, se identificó que este, a pesar de lo que dicta la teoría, mantiene un mejor ajuste en un modelo de tres factores en comparación con modelos de uno o dos factores, siendo la subescala de adaptabilidad la que presenta división en la distribución de sus ítems, siendo similar el caso de la versión validada en Chile (Zicavo et al., 2012).

Dadas estas consideraciones junto a los objetivos que persiguió la presente investigación, se optó por utilizar únicamente la subescala de cohesión familiar de la escala validada en población chilena por Zicavo et al. (2012) (anexo 4b). La puntuación de la subescala se obtiene sumando la puntuación obtenida por los sujetos en cada uno de los ítems. A las personas que alcancen

puntuaciones entre 0 y 19 se les clasifica como familia desligada, entre 20 y 25 puntos como separada, entre 26 y 31 puntos como conectada y, por último, entre 32 y 40 puntos les corresponde la clasificación de familia aglutinada (Zicavo et al., 2012).

c. Feeding Practices and Structure Questionnaire (FPSQ-28)

El Feeding Practices and Structure Questionnaire (FPSQ) es un instrumento creado por Jansen et al. (2014) a partir de cinco cuestionarios preexistentes para acceder a prácticas parentales de alimentación y de estructura de diverso tipo. En un comienzo, el instrumento constaba con 40 ítems de escala tipo Likert de 5 puntos, donde puntajes mayores indicaban un mayor acuerdo con el enunciado. Estos ítems se encontraban divididos teóricamente en nueve escalas: desconfianza en el apetito (4 ítems), recompensas por el comportamiento (6 ítems), recompensas por comer (6 ítems), alimentación persuasiva (6 ítems), restricción abierta (4 ítems), restricción en cubierta (4 ítems), ambiente estructurado de comidas (4 ítems), estructura temporal de la alimentación (3 ítems) y comer en familia (3 ítems) (Jansen et al., 2014).

En relación con las propiedades psicométricas del instrumento, en la validación inicial realizada por los autores en el año 2014, se utilizó una muestra de 462 madres y se refirió una consistencia interna mediante Alpha de Cronbach de 0.61 a 0.89 cuando los niños tenían 24 meses de edad. El modelo de 9 factores presentó un ajuste aceptable con $\chi^2 / df = 1.81$, el cual se encontraba

dentro de los valores deseables de RMSEA = 0.04, CFI = 0.92 y TLI = 0.91. Además, todos los ítems presentaron cargas factoriales estandarizadas significativas superiores a 0.40.

En esta investigación se emplearon las evidencias de validez estructural reportadas por los autores en una muestra de 698 madres australianas de niños de 5 años realizada por los mismos autores el cual, además, resulta en una reducción de los ítems contenidos inicialmente (anexo 5) (Jansen et al., 2016).

El análisis factorial confirmatorio mostró un ajuste adecuado del modelo ($\chi^2 / df = 1.85$, RMSEA = 0.047, CFI = 0.895 y TLI = 0.883), similar al observado en la versión aplicada a niños de 24 meses. Al presentarse una alta correlación entre las escalas de desconfianza en el apetito y alimentación persuasiva ($r=.90$), se optó por remover la escala de desconfianza en el apetito para mantener la parsimonia del instrumento y evitar la redundancia. De igual manera, se eliminaron ítems de las distintas subescalas que mantenían altos errores de covarianza dada una redacción similar del enunciado (ej. "I give my child something to eat to make him/ her feel better when (s)he is feeling upset" y "I give my child something to eat to make him/her feel better when (s)he has been hurt").

De esta manera, el producto final consiste en un instrumento de 28 ítems de escala tipo Likert de 5 puntos, donde mayores puntajes indican un mayor acuerdo con el enunciado. El instrumento está dividido en siete subescalas: recompensa por el comportamiento (4 ítems), recompensas por comer (4 ítems),

alimentación persuasiva (6 ítems), restricción abierta (4 ítems), restricción en cubierta (4 ítems), ambiente estructurado de las comidas (3 ítems) y estructura temporal de la alimentación (3 ítems). Este modelo ajustado de 7 factores presentó una mejor consistencia interna de los ítems (RMSEA <0.06, CFI >0.96 y TLI > 0.95). En la presente investigación se utilizaron las subescalas de ambiente estructurado de las comidas, estructura temporal de la alimentación y modelado para acceder a prácticas parentales de alimentación que han demostrado ser funcionales a una mejor alimentación de niños y niñas.

De forma anexa a esta investigación, se realizó la validación del Feeding Practices and Structure Questionnaire (Jansen et al., 2016) para su uso en población chilena a través de su aplicación y posterior análisis psicométrico en una muestra de cuidadores primarios de niños en edad preescolar. Para ello, previa implementación de este estudio, el equipo de investigación se contactó con la autora del instrumento quien dio su autorización para la realización de la validación. Posteriormente, se siguieron los pasos recomendados para la traducción y adaptación de instrumentos (Muñiz et al., 2013). Se realizaron los procesos de traducción y retrotraducción de la escala original para ser implementada en la población considerada, se realizaron, además, 5 entrevistas cognitivas para asegurar la comprensión semántica de los ítems, adecuación de instrucciones, sensibilidad, deseabilidad social entre otros (Beatty y Willis, 2007). Posteriormente, se aplicó el instrumento a 232 participantes adultos chilenos. Para la validez de criterio se empleó el cuestionario Comprehensive Feeding

Practices Questionnaire (Musher-Eizenman y Holub 2007). La consistencia interna arrojó un Alpha de Cronbach de $\alpha=0.81$. Se reportaron índices de ajuste CFI= 0.814 y TLI= 0.786. Cabe destacar que se considera la elaboración de un artículo para su posterior publicación.

Aunque estos valores se sitúan por debajo de los puntos de corte considerados óptimos para un buen ajuste, se estimó pertinente su utilización debido a la coherencia conceptual del instrumento con las dimensiones teóricas que se pretendía abordar, así como por la ausencia de cuestionarios validados localmente que integraran prácticas referentes a la dimensión de estructura como este.

d. Child Feeding Questionnaire (CFQ)

El Child Feeding Questionnaire (CFQ) desarrollado por Birch et al. (1998), corresponde a un cuestionario que evalúa las actitudes, creencias y prácticas parentales respecto de la alimentación infantil. El instrumento se encuentra constituido por 31 ítems escala tipo Likert de cinco puntos (Navarro y Reyes, 2016) que se encuentran agrupados en siete factores posibles de ser clasificados en dos grupos de mayor envergadura: percepciones y preocupación en torno a la alimentación, y control parental de la alimentación. En la primera categoría se encuentran las subescalas de Preocupación por el peso del niño, Peso percibido del niño y Responsabilidad percibida; mientras que en la segunda categoría están las subescalas de Presión para comer, Monitoreo y Restricción.

En relación con las propiedades psicométricas del instrumento, este presenta una consistencia interna según Alpha de Cronbach de $\alpha=0.70$ a 0.92 para sus distintos factores (Birch et al., 2001). En la utilización del instrumento en Chile se reportan índices de confiabilidad entre 0.60 y 0.75 (Mulder et al., 2009).

En el presente estudio se utilizaron ítems pertenecientes a las subescalas de Monitoreo, Restricción y Presión para comer para acceder a estas prácticas parentales de alimentación. Estas se han planteado en la literatura como perjudiciales para el correcto establecimiento de patrones alimentarios en niños y niñas. Para ello, se utilizó la Adaptación Mexicana del Cuestionario de Alimentación Infantil, realizada por Navarro y Reyes (2016) (anexo 6). Dicha adaptación da cuenta de propiedades psicométricas similares al instrumento original, presentando una consistencia interna de Alpha de Cronbach de $\alpha=0.86$ para todo el instrumento y coeficientes entre 0.65 a 0.87 para las distintas subescalas.

e. Parental Feeding Style Questionnaire (PFSQ)

El Parental Feeding Style Questionnaire (PFSQ) es un instrumento creado por Wardle et al. (2002) para evaluar el estilo de alimentación de los padres (anexo 7). Este se compone de 27 ítems de escala tipo Likert de 5 puntos considerando “nunca lo hago”, “rara vez lo hago”, “a veces lo hago”, “a menudo lo hago”, “siempre lo hago” como opciones de respuesta. Los ítems que componen el instrumento se encuentran divididos en tres subescalas:

alimentación emocional (ej. “Le doy algo de comer a mi hijo para hacerlo sentir mejor cuando está preocupado”), alimentación instrumental (ej. “Recompenso a mi hijo con algo de comer cuando se ha portado bien”) e indicaciones y aliento para comer (ej. “Le insisto a mi hijo a que coma en la mesa”).

En relación con las características psicométricas del instrumento, este mantiene una consistencia interna según Alpha de Cronbach de $\alpha=0.65$ a 0.85 para las distintas subescalas. Además, se reporta una fiabilidad test-retest mediante correlación de Pearson de 0.76 a 0.83 para las distintas subescalas (Wardle et al., 2002).

En el presente estudio se utilizaron específicamente ítems relacionados al uso de los alimentos como amenaza y soborno incluidos en la subescala de alimentación instrumental, así como el uso de la comida para controlar emociones negativas, incluidos en la subescala de alimentación emocional.

La elección de subescalas provenientes de distintos instrumentos para la medición de las prácticas parentales de alimentación respondió a la necesidad de captar la diversidad de dimensiones que conforman el constructo, dado que ningún instrumento disponible abarca simultáneamente los dominios asociados al control coercitivo, estructura y soporte a la autonomía. Esta decisión se basó en la pertinencia teórica de las subescalas respecto de los aspectos del constructo que se pretendía analizar.

f. KIDMED 2.0

El instrumento KIDMED, desarrollado por Serra-Majem et al. (2004) consiste en un cuestionario para medir adherencia a la dieta mediterránea. El instrumento original se encuentra constituido por 16 preguntas que buscan acceder a la frecuencia en que se consumen determinados tipos de alimentos. Si bien este instrumento se creó específicamente para medir la adherencia a la dieta mediterránea, países más alejados de este sector geográfico han decidido utilizar el instrumento dado que mantiene un buen nivel de acceso a alimentos propios de la dieta mediterránea.

A partir de distintas sugerencias realizadas al instrumento en relación con lo general de sus ítems, López-Gajardo et al. (2022) realizaron una actualización al instrumento utilizando una muestra de 419 niños y jóvenes españoles de edades entre los 9 y 17 años, dando origen al KIDMED 2.0 (anexo 9). Esta actualización comprende 16 ítems orientados a acceder a los hábitos alimentarios de niños y adolescentes, donde 12 de los ítems comprenden connotaciones positivas (ej. “Más de la mitad de la comida que consumo es de origen vegetal (frutas, verduras, legumbres, frutos secos, patatas y cereales integrales”) y 4 contemplan aspectos negativos (ej. “Consumo alimentos precocinados o fast-food como pizzas y hamburguesas una o más veces a la semana”). El índice de adherencia a la dieta mediterránea se calculó como la suma de cada una de las preguntas (López-Gajardo et al., 2022).

El estudio de validación en población infantil y adolescente española reportó una confiabilidad test-retest moderada para el índice global ($\kappa=0.48$, $p <$

.001), así como valores significativos para todos los ítems individuales. En cuanto a la validez concurrente, obtenida mediante la comparación con un registro alimentario de 7 días, se observó un acuerdo débil para el puntaje total ($\kappa=0.17$, $p < .001$). En conjunto, los autores concluyen que el KIDMED 2.0 constituye una herramienta válida y confiable para estimar la adherencia a la dieta mediterránea en niños y adolescentes, aunque recomiendan continuar perfeccionando algunos ítems.

Si bien el índice de adherencia a la dieta mediterránea no es específicamente un instrumento para medir calidad de la dieta, se optó por la utilización de un cuestionario de este tipo debido a que la dieta mediterránea ha sido ampliamente reconocida por contemplar la ingesta de alimentos saludables y de buena calidad, siendo de interés el incentivar la adopción de estos patrones alimentarios (López-Gajardo et al., 2022). Además, el uso del KIDMED 2.0 resulta más aplicable en comparación con otras estrategias de medida como el HEI-Toddlers-2020 (Pannucci et al., 2023) o la Encuesta Recordatorio de 24 horas (R24H), herramientas que requieren de mayor preparación, cantidad de información o tiempo para ser aplicadas (Ferrari, 2013). Por último, el instrumento original ha sido utilizado antes en el país obteniendo buenos resultados en relación con su aplicación (Jobet et al., 2024; Zapata et al., 2016), por lo cual constituye una buena oportunidad el explorar la funcionalidad de la adaptación planteada.

Procedimiento

Luego de la aprobación de la investigación por el Comité de Ética y Bioética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, y el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la misma institución, se mantuvo el siguiente procedimiento:

En primer lugar, se realizó una adaptación del cuestionario Feeding Practices and Structure Questionnaire (Jansen et al., 2016), cuestionario que no había sido utilizado previamente en Chile. Para ello, se realizaron las traducciones y retrotraducciones correspondientes, contratando los servicios de un traductor de habla inglesa. Posterior a ello se realizó una prueba piloto de estos instrumentos en su formato en línea, a través de la plataforma SurveyMonkey, con cinco adultos chilenos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión planteados para esta investigación, demostrando un buen grado de comprensión de las escalas traducidas a través de entrevistas cognitivas a los participantes, cuyo fin consistió en asegurar una correcta comprensión semántica de los ítems contenidos en las escalas. Para dicho procedimiento se veló en todo momento por mantener el nivel de equivalencia lingüística, cultural, conceptual y métrica de cada uno de los instrumentos que fueron adaptados al presente contexto (Muñiz et al., 2013).

Una vez que se concluyó el proceso de pilotaje del instrumento de validación, se difundió el formulario online a través de distintas plataformas a

disposición, considerando especialmente el uso de redes sociales dada su masiva utilización (ej. Facebook, Instagram, entre otras). A estas iniciativas se sumó la petición de colaboración con la difusión y toma de encuestas ligadas al estudio a educadoras de párvulo, dado su contacto estratégico con la población objetivo. A estas colaboradoras se les ofreció un incentivo económico asociado a toma de las encuestas. Además, se consideró el sorteo de dos giftcards de \$20.000 entre quienes contestaran la encuesta. De esta manera, de mayo a noviembre del 2024 se realizó la recolección de datos destinados a la validación del instrumento Feeding Practices and Structure Questionnaire (Jansen et al., 2016).

Una vez realizados los análisis de consistencia interna del instrumento, así como su análisis factorial confirmatorio, se procedió a la creación del formulario para la recogida de datos correspondiente a la investigación como tal, el cual se compone de distintos cuestionarios destinados a la medición de las prácticas parentales de alimentación. En su versión en línea, este contó con una breve descripción de los objetivos de la investigación, la actividad a realizar, su duración y los posibles procedimientos a seguir, tanto para contestar el cuestionario como para realizar cualquier pregunta necesaria y obtener respuesta a ella. En su versión en papel se presentó de inmediato el consentimiento informado (anexo 9), el cual señaló el carácter confidencial de la información a ser recabada e indicó las limitaciones del uso de esta, refiriendo su uso de carácter académico. Finalmente, en el consentimiento informado también se destacaron los principios

éticos de participación voluntaria, respeto y beneficencia, esclareciendo desde un comienzo la posibilidad de retirarse en cualquier momento de la investigación, sin ningún tipo de perjuicio anexo a esta conducta. De esta forma la aceptación del consentimiento informado validó la participación de los integrantes de la muestra en el estudio, así como la protección de los datos que se derivaron de estas encuestas. Al igual que para el proceso de validación, se solicitó colaboración a educadoras de párvulos contemplando un incentivo económico, así como también se ofreció el sorteo de 2 nuevas giftcards de \$20.000. Se comenzó a adoptar esta estrategia de noviembre 2024 a marzo 2025, teniendo presente ciertos centros educativos que mantienen su funcionamiento durante ese periodo. Además, de forma paralela, se consiguió la colaboración de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), quienes aprobaron la implementación del cuestionario en los jardines infantiles de la región del Biobío. Sin embargo, la recogida de datos durante el periodo señalado tuvo una baja convocatoria, por lo que, a partir del mes de marzo, JUNJI autorizó la aplicación de encuestas en formato papel en los jardines bajo su jurisprudencia, de modo que se aplicaron encuestas en la mayor parte de los jardines infantiles de la comuna de Concepción, alcanzando así la muestra propuesta para esta investigación.

Análisis de Datos

Como paso inicial, se efectuaron análisis descriptivos con el objetivo de caracterizar a la muestra y explorar las propiedades generales de las variables incluidas en el estudio. Posteriormente, se evaluaron las propiedades

psicométricas de los instrumentos utilizados. Se estimó la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach y Omega de McDonald y se examinó la validez factorial a través de un análisis factorial confirmatorio (AFC).

La estrategia analítica se centró en un análisis de ecuaciones estructurales (SEM), implementado mediante el paquete lavaan, utilizando el estimador de máxima verosimilitud robusta (MLR). Además, se aplicó un procedimiento bootstrap con 10.000 repeticiones para obtener intervalos de confianza de los efectos directos e indirectos. Para aprovechar al máximo la información disponible y atender la presencia de datos faltantes, se aplicó la técnica Full Information Maximum Likelihood (FIML), que permite integrar casos con respuestas parciales manteniendo la validez estadística de las inferencias obtenidas.

El modelo SEM se diseñó con la intención de examinar la relación entre la alfabetización alimentaria de los cuidadores y la calidad de la dieta infantil, considerando el rol mediador de siete prácticas parentales específicas. Asimismo, se incorporaron como variables control el sexo de los cuidadores y su nivel educativo, junto con el clima familiar a fin de ajustar los efectos principales y controlar posibles fuentes de variabilidad asociadas.

Dado el carácter exploratorio del estudio y con el objetivo de evaluar de manera integral los efectos de las variables incluidas, el modelo se especificó como saturado, considerando todas las covarianzas entre los predictores. De

esta forma, se privilegió el análisis de las trayectorias de interés por sobre la evaluación de índices de ajuste, lo que limita la utilidad de estos, por lo que el foco del análisis se centró en la estimación de trayectorias específicas y de los efectos de mediación.

El procedimiento de análisis de datos se llevó a cabo utilizando los programas estadísticos IBM SPSS Statistics 25.0 y RStudio.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se adscribió a la última versión de la declaración de Helsinki, promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM, 2013). Esta se orienta principalmente a los aspectos que se deben considerar en investigaciones que contemplen a seres humanos. De esta manera, se realizó una investigación sujeta a normas éticas que promueven y aseguran el respeto de los participantes y, a su vez, protegen la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de estos, siendo la investigadora la única responsable de estos resguardos.

Considerando que el punto 10 de la declaración adscrita señala que se deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos del propio país en el que se está realizando la investigación (AMM, 2013), se optó, conjuntamente, adscribirse a lo planteado por el Colegio de Psicólogos de Chile en el Código de Ética Profesional (1999). El artículo 15° de este documento, referido a los Aspectos Relativos a la Investigación en Psicología, establece un

debido diseño y aplicación de las investigaciones de acuerdo con lo planteado por la comunidad científica, el resguardo del bienestar y los derechos humanos de los participantes, así como la obtención del consentimiento informado, expreso y por escrito, de los integrantes de la muestra para participar del estudio en cuestión. Se reconoce, además, el derecho de la persona para suspender su participación en el momento en que lo estime conveniente.

Por tanto, los participantes de este estudio debieron leer y firmar un consentimiento informado (anexo 7), el cual dio cuenta de los objetivos de la investigación, la confidencialidad de datos personales, la inexistencia de daños identificables por participar y la voluntariedad de la participación, por lo cual, se les permitió retirarse en cualquier momento si así lo estimaban conveniente.

El proyecto de esta investigación fue previamente revisado y aprobado por el Comité de Ética y Bioética del Departamento de Psicología y por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo ambos de la Universidad de Concepción.

Resultados

A continuación, se detallan los resultados de la presente investigación. En primer lugar, se incluyen análisis descriptivos iniciales de las variables del estudio. Posteriormente, se presentan las propiedades psicométricas de los instrumentos. Como tercer punto se presentan las correlaciones entre variables. Finalmente, se presentan los resultados del análisis de mediación, incluyendo el contraste con las hipótesis respectivas.

Análisis Descriptivo de las Variables del Estudio

Se presentan a continuación los resultados obtenidos por los participantes en las principales variables del estudio. En la Tabla 4 se exponen los estadísticos descriptivos, incluyendo media, desviación estándar, mínimo y máximo. Para el estado nutricional, en la Tabla 5 se presentan las frecuencias para cada caso.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de las variables en estudio

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
AA	30.00	75.00	56.61	9.19
CF	0.00	40.00	35.06	5.36
SMT	6.00	15.00	11.14	1.95
SMS	3.00	15.00	11.11	2.59
Mt	4.00	20.00	14.58	4.44
ER	3.00	15.00	5.01	2.25
RWC	8.00	37.00	19.21	6.31
P	4.00	20.00	10.82	3.91
Md	4.00	20.00	16.20	4.03
Dieta	-3.00	12.00	6.78	2.53

Nota. AA=alfabetización alimentaria, CF=clima familiar, SMT=horario estructurado de las comidas, SMS=ambiente estructurado de comidas, Mt=

monitoreo, ER= regulación emocional, RWC=restricción por control del peso, P=presión para comer, Md=modelado. Se consideran como prácticas parentales de alimentación funcionales el SMT, SMS, Mt y Md.

Tabla 5

Estado nutricional de los niños y niñas de acuerdo con el cálculo del IMC n=402

Estado nutricional	n	%
Desnutrición	8	1.99
Riesgo de desnutrir	17	4.22
Eutrófico (Normal)	199	49.50
Sobrepeso	84	20.89
Obesidad	62	15.42

En síntesis, las variables presentan rangos amplios entre sus valores mínimos y máximos, así como niveles de dispersión que varían entre moderados y altos según la desviación estándar observada.

Análisis de las Propiedades Psicométricas de los Instrumentos

A continuación, se presentan los resultados de análisis de confiabilidad y el análisis factorial confirmatorio para determinar el ajuste de los datos obtenidos con la estructura factorial original de las escalas e instrumentos considerados en esta investigación.

a. Análisis de Confiabilidad de los Instrumentos

El análisis de confiabilidad se realizó utilizando el cálculo del alfa de Cronbach y el de Omega de McDonald's. En la Tabla 6 se detallan los resultados obtenidos considerando valores ≥ 0.70 como aceptables.

Tabla 6*Confiabilidad de las escalas y subescalas*

	Alpha de Cronbach (α)	Omega de McDonald (ω)
AA	0.88	0.88
CF	0.90	0.90
SMT	0.50	0.56
SMS	0.66	0.71
Mt	0.92	0.92
ER	0.82	0.83
RWC	0.78	0.80
P	0.69	0.70
Md	0.87	0.87

Nota. AA=alfabetización alimentaria, CF=clima familiar, SMT=horario estructurado de las comidas, SMS=ambiente estructurado de comidas, Mt=monitoreo, ER= regulación emocional, RWC=restricción por control del peso, P=presión para comer, Md=modelado

En general, la mayoría de las escalas presentaron índices adecuados de consistencia interna, con excepción de SMT, que mostró valores bajos y deberá interpretarse con cautela.

b. Análisis Factorial

El análisis de ajuste de los instrumentos a la estructura factorial planteada se realizó mediante un análisis factorial confirmatorio para cada escala utilizando

la estimación por máxima verosimilitud, agrupando los ítems de los cuestionarios de acuerdo con los factores propuestos.

La interpretación de los resultados se realizó considerando los niveles de aceptación recomendados para los índices de ajuste. De acuerdo con Browne y Cudeck (1993), para el índice de ajuste RMSEA, valores menores a 0.05 indican un buen ajuste, mientras que valores hasta 0.08 dan cuenta de un ajuste razonable, valores entre 0.08 y 0.10 sugieren un ajuste pobre y, finalmente, valores superiores a 0.10 sugieren un claro desajuste al modelo.

En relación con el SRMR, valores menores a 0.08 indican un buen ajuste, aunque también se consideran aceptables valores ≤ 0.09 si van acompañados de un buen ajuste del RMSEA o CFI (Hu y Bentler, 1999).

En relación con el CFI, valores mayores o iguales a 0.90 indican ajuste aceptable y valores mayores a 0.95 señalan un buen ajuste. Respecto al TLI, sus valores oscilan en 0 y 1, siendo los cercanos a 1 indicativos de un mejor ajuste, interpretándose los valores mayores o iguales a 0.95 como un buen ajuste, mientras que valores entre 0.90 y 0.95 serían indicativos de un ajuste aceptable (Schermele-Engel y Moosbrugger, 2003).

Tabla 7

Índices de ajuste de los modelos de medida

	χ^2	df	χ^2/df	SRMR	RMSEA	CFI	TLI
AA	730.07	104	7.02	0.077	0.123	0.744	0.705
CF	299.86	35	6.57	0.051	0.119	0.903	0.875

EP*	805.70	329	2.45	0.066	0.060	0.900	0.885
-----	--------	-----	------	-------	-------	-------	-------

Nota. *EP: escala de prácticas parentales (SMT, SMS, Mt, ER, RWC, P, Md).

En resumen, la escala de prácticas parentales presentó índices de ajuste aceptables, con RMSEA dentro del rango razonable y SRMR por debajo de 0.08. La escala de clima familiar mostró CFI cercano al umbral aceptable, aunque con RMSEA elevado, mientras que la escala de alfabetización alimentaria no alcanzó los valores de ajuste recomendado, evidenciando un desajuste principalmente en CFI/TLI y RMSEA.

Análisis de Correlación

A continuación, se presentan en la Tabla 8 las correlaciones entre las variables, junto con sus niveles de significación.

Tabla 8*Correlaciones entre las principales variables*

	AA	CF	SMT	SMS	Md	Mt	ER	P	RWC	Dieta	IMC
AA	1.00										
CF	.27*	1.00									
SMT	.04	.14*	1.00								
SMS	-.01	.15*	.22*	1.00							
Md	.28*	.29*	.17*	.03	1.00						
Mt	.15*	.19*	.13*	.01	.22*	1.00					
ER	-.13*	-.22*	-.04	-.20*	-.11*	-.03	1.00				
P	.01	-.05	.22*	.23*	.05	-.04	.24*	1.00			
RWC	.02	-.01	.21*	.22*	.16*	.13*	.11*	.20*	1.00		
Dieta	.25*	.24*	.19*	.02	.46*	.14*	-.13*	-.10	.03	1.00	
IMC	-.09	-.03	.13*	.16*	-.02	.02	-.05	-.05	.19*	-.05	1.00

Nota. $p^* < .05$. Elaboración propia.

Nota. AA=alfabetización alimentaria, CF=clima familiar, SMT=horario estructurado de las comidas, SMS=ambiente estructurado de comidas, Mt=monitoreo, ER= regulación emocional, RWC=restricción por control del peso, P=presión, Md=modelado, IMC=índice de masa corporal

De acuerdo con lo reportado en la Tabla 8, la alfabetización alimentaria se asoció positivamente con el clima familiar ($r = .27$, $p < .05$), con modelado ($r = .28$, $p < .05$), con monitoreo ($r = .15$, $p < .05$) y con la calidad de la dieta ($r = .25$, $p < .05$), mientras que las correlaciones con horario estructurado de las comidas

($r = .04$), ambiente estructurado de comidas ($r = -.01$), presión ($r = .01$) y restricción por control de peso ($r = .02$) no fueron significativas.

De forma similar, el clima familiar mostró vínculos significativos con modelado ($r = .29$, $p < .05$), monitoreo ($r = .19$, $p < .05$) y ambiente estructurado de comidas ($r = .15$, $p < .05$), así como con la calidad de la dieta ($r = .24$, $p < .05$), mientras que sus asociaciones con presión, restricción y otras prácticas resultaron no significativas.

Entre las prácticas parentales, el modelado destacó por su correlación más fuerte con la calidad de la dieta ($r = .46$, $p < .05$), seguido de monitoreo ($r = .14$, $p < .05$) y horario estructurado de las comidas ($r = .19$, $p < .05$); en cambio, el ambiente estructurado de comidas, presión, regulación emocional y restricción por control del peso mostraron coeficientes débiles o no significativos.

Por último, el índice de masa corporal (IMC) solo se asoció de forma modesta con horario estructurado de las comidas ($r = .13$, $p < .05$), ambiente estructurado de comidas ($r = .16$, $p < .05$) y restricción por control de peso ($r = .19$, $p < .05$), sin conexión significativa con la alfabetización alimentaria, el clima familiar o la calidad de la dieta.

Análisis SEM

A continuación, la Tabla 9 presenta los efectos directos de la alfabetización alimentaria de los cuidadores y del clima familiar sobre las distintas prácticas parentales de alimentación.

Tabla 9

Efectos del clima familiar y la alfabetización alimentaria sobre las prácticas parentales de alimentación

Práctica parental	Predictor	β	IC 95%	p
Horario estructurado de las comidas	Alfabetización Alimentaria	0.014	[-0.021, 0.026]	.802
	Clima Familiar	0.148	[0.010, 0.097]	.014*
Ambiente estructurado de las comidas	Alfabetización Alimentaria	-0.056	[-0.050, 0.021]	.372
	Clima Familiar	0.163	[0.022, 0.130]	.004*
Modelado	Alfabetización Alimentaria	0.221	[0.048, 0.147]	<.001*
	Clima Familiar	0.232	[0.095, 0.262]	<.001*
Monitoreo	Alfabetización Alimentaria	0.112	[-0.001, 0.109]	.054
	Clima Familiar	0.162	[0.030, 0.216]	.005*
Regulación emocional	Alfabetización Alimentaria	-0.073	[-0.052, 0.014]	.278
	Clima Familiar	-0.207	[-0.152, -0.031]	.005*
Presión para comer	Alfabetización Alimentaria	0.025	[-0.041, 0.062]	.683
	Clima Familiar	-0.085	[-0.167, 0.022]	.198

Práctica parental	Predictor	β	IC 95%	p
Restricción por control de peso	Alfabetización Alimentaria	0.039	[-0.050, 0.103]	.489
	Clima Familiar	-0.033	[-0.172, 0.073]	.536

Nota. Se presentan coeficientes estandarizados (β). * $p < .05$ Sexo del cuidador y nivel educacional se incluyeron en el modelo, pero no mostraron efectos significativos sobre estas prácticas parentales, por lo que no se reportan en la presente tabla. Elaboración propia.

De las siete prácticas evaluadas, solo el modelado mostró una asociación estadísticamente significativa con la alfabetización alimentaria ($\beta = 0.221$, IC95% [0.048, 0.147], $p < .001$). En el caso del monitoreo, se observó un efecto marginal ($\beta = 0.112$, IC95% [-0.001, 0.109], $p = .054$), mientras que las asociaciones con las otras prácticas no fueron significativas.

Por su parte, el clima familiar mostró asociaciones significativas con cinco de las siete prácticas parentales. En particular, se relacionó positivamente con el horario estructurado de las comidas ($\beta = 0.148$, IC95% [0.010, 0.097], $p = .014$), el ambiente estructurado de las comidas ($\beta = 0.163$, IC95% [0.022, 0.130], $p = .004$), el modelado ($\beta = 0.232$, IC95% [0.095, 0.262], $p < .001$) y el monitoreo ($\beta = 0.162$, IC95% [0.030, 0.216], $p = .005$). En contraste, se observó una asociación negativa con la regulación emocional ($\beta = -0.207$, IC95% [-0.152, -0.031], $p = .005$).

En la Tabla 10 se presentan los efectos directos, indirectos y totales de la alfabetización alimentaria sobre la calidad de la dieta infantil, así como el vínculo entre dieta e IMC. En la Tabla 11 se presenta la varianza explicada de las variables endógenas incluidas en el modelo.

Tabla 10

Efectos de alfabetización alimentaria sobre dieta y dieta sobre IMC.

Tipo de efecto	β	IC 95%	<i>p</i>
Efecto directo	0.099	[-0.003, 0.058]	.078
Efecto indirecto vía:			
Horario estructurado de las comidas (SMT)	0.002	[-0.004, 0.005]	.808
Ambiente estructurado de las comidas (SMS)	-0.001	[-0.003, 0.002]	.874
Modelado (Md)	0.090	[0.012, 0.041]	.001 *
Monitoreo (Mt)	0.000	[-0.004, 0.003]	.972
Regulación Emocional (ER)	0.001	[-0.002, 0.004]	.781
Presión para Comer (P)	-0.003	[-0.006, 0.003]	.713
Restricción por Control de Peso (RWC)	-0.002	[-0.004, 0.001]	.654
Efecto indirecto total	0.087	[0.008, 0.042]	.005 *
Efecto total (dir. + indir.)	0.186	—	—
Nivel educacional del cuidador/a	-0.124	[-1.737, -0.262]	.007 *
Dieta → IMC	-0.097	[-0.228, 0.004]	.063

Tabla 11

Varianza explicada de las variables endógenas del modelo

Variable	R²
SMT	0.023
SMS	0.024
Md	0.133
Mt	0.049
ER	0.057
P	0.007
RWC	0.002
Dieta	0.288
IMC	0.014

Los resultados presentados permiten analizar detalladamente cómo la alfabetización alimentaria de los cuidadores se relaciona con la calidad de la dieta infantil, principalmente a través de la práctica de modelado, única mediadora que mostró efecto significativo. En primer lugar, se observó que el efecto indirecto total de la alfabetización alimentaria sobre la dieta fue estadísticamente significativo ($\beta = 0.087$, IC95% [0.008, 0.042], $p = .005$), lo cual indica que esta variable se asocia a la calidad de la dieta principalmente a través de sus efectos sobre otras conductas de los cuidadores.

Entre los efectos indirectos específicos, solo el camino mediado por el modelado resultó estadísticamente significativo ($\beta = 0.090$, IC95% [0.012, 0.041], $p = .001$). Este hallazgo sugiere que las personas con mayor nivel de alfabetización alimentaria tienden a modelar con mayor frecuencia conductas alimentarias saludables frente a los niños y niñas bajo cuidado, lo cual, a su vez, se asocia con una mejor calidad de la dieta.

En contraste, los efectos indirectos a través de otras prácticas parentales como el horario estructurado de las comidas ($\beta = 0.002$, $p = .808$), el ambiente estructurado de las comidas ($\beta = -0.001$, $p = .874$), el monitoreo ($\beta = 0.000$, $p = .972$), la regulación emocional durante las comidas ($\beta = 0.001$, $p = .781$), la presión para comer ($\beta = -0.003$, $p = .713$), y la restricción por control de peso ($\beta = -0.002$, $p = .654$); no alcanzaron niveles de significación estadística. Esto indica que, si bien estas prácticas pueden estar relacionadas con la dieta, en este modelo no constituyeron mecanismos relevantes mediante los cuales la alfabetización alimentaria ejerce su efecto en la muestra estudiada. Es importante destacar que, si bien el efecto directo de la alfabetización alimentaria sobre la dieta no fue estadísticamente significativo ($\beta = 0.099$, IC95% [-0.003, 0.058], $p = .078$), su magnitud y dirección sugieren una tendencia positiva que podría alcanzar significación con una muestra diferente. Sin embargo, la presencia de un efecto indirecto robusto y significativo resalta la mediación como un camino relevante para explicar la influencia de la alfabetización alimentaria sobre la alimentación infantil.

En términos globales, el modelo explicó un 28,8% de la varianza de la calidad de la dieta ($R^2 = 0.288$), lo que indica un nivel de explicación considerable para un fenómeno de carácter complejo. En contraste, la proporción de la varianza explicada del IMC fue muy baja ($R^2 = 0.014$), confirmando que el estado nutricional en la infancia temprana depende de múltiples factores adicionales no incluidos en este modelo.

Por su parte, el vínculo entre dieta e IMC muestra un coeficiente negativo pequeño ($\beta = -0.097$) lo que sugiere que, en la medida en que la dieta es más saludable, tiende a observarse un IMC menor. No obstante, el intervalo de confianza 95% $[-0.228, 0.004]$ incluye el cero y el valor $p = .063$ queda por encima del umbral de significancia, por lo que este efecto no puede considerarse estadísticamente significativo.

En cuanto a los controles incluidos en el modelo, se observó que el nivel educacional de los cuidadores se relacionó de manera significativa y negativa con la calidad de la dieta infantil ($\beta = -0.124, p = .007$). Por el contrario, el sexo del cuidador no mostró una asociación significativa con la dieta ($\beta = -0.029, p = .516$), indicando que las diferencias de género en los cuidadores de esta muestra no explican variaciones relevantes en la calidad de la alimentación infantil (véase Anexo 10). Ninguno de los controles presentó asociaciones significativas con el IMC. Para transparencia, se incluyen en los Anexos los resultados completos del modelo SEM (véase Anexo 10, 11, 12 y 13).

Verificación de las Hipótesis

A continuación, con base en los resultados planteados, se procede a contrastar los hallazgos empíricos con las hipótesis formuladas en el presente trabajo. Para cada hipótesis se describe el planteamiento original, los hallazgos relevantes y la conclusión respecto de su cumplimiento.

H1: mayores niveles de alfabetización alimentaria se asocian a prácticas parentales de alimentación funcionales y una mejor calidad de la dieta de preescolares en Chile.

La alfabetización alimentaria se entiende como el conjunto de conocimientos, habilidades y motivaciones que permiten planificar, seleccionar, preparar y consumir alimentos saludables (Vidgen y Gallegos, 2014). Constituye un recurso clave para que las y los cuidadores primarios modelen y promuevan hábitos de alimentación adecuados en los niños. Desde el marco teórico planteado, se sostiene que una mayor alfabetización alimentaria posibilita la adopción de prácticas parentales funcionales (tales como el modelado y el monitoreo) que, a su vez, facilitan la oferta y consumo de alimentos saludables en el hogar (Ek et al., 2016; Gray et al., 2023; Musher-Eizenman et al., 2019). Esta relación también se extiende hacia la calidad de la dieta de los niños, en tanto se espera que las decisiones informadas y coherentes del cuidador impactan directamente en la disponibilidad y el patrón alimentario de los y las preescolares.

En un primer análisis correlacional, los resultados mostraron asociaciones positivas y estadísticamente significativas entre la alfabetización alimentaria y las prácticas parentales funcionales de alimentación, tales como el modelado ($r = .28, p < .05$) y el monitoreo ($r = .15, p < .05$). Asimismo, se observó una correlación positiva entre alfabetización alimentaria y calidad de la dieta ($r = .25, p < .05$), lo que sugiere que los cuidadores con mayores niveles de alfabetización alimentaria tienden a proporcionar a sus hijos una dieta de mejor calidad, aunque la magnitud de la asociación fue más bien moderada.

En el modelo de ecuaciones estructurales, los resultados mostraron que la alfabetización alimentaria predijo de forma significativa el uso de la práctica de modelado ($\beta = 0.221, p < .001$), mientras que el efecto sobre el monitoreo fue marginal ($\beta = 0.112, p = .054$) y no se observaron asociaciones con el resto de las prácticas funcionales. Asimismo, al considerar la calidad de la dieta, se observó un efecto indirecto total significativo de la alfabetización alimentaria a través de las prácticas parentales ($\beta = 0.087, IC95\% [0.008, 0.042], p = .005$), siendo el modelado la única práctica que operó como mediadora significativa ($\beta = 0.090, IC95\% [0.012, 0.041], p = .001$). El efecto directo de la alfabetización alimentaria sobre la dieta, en cambio, no alcanzó significación estadística ($\beta = 0.099, p = .078$), aunque presentó una tendencia positiva.

En síntesis, estos resultados corroboran parcialmente la hipótesis planteada, ya que dan cuenta de que los cuidadores con niveles más altos de alfabetización alimentaria tienden a implementar prácticas parentales de

alimentación funcionales. Sin embargo, se debe mantener presente que estos hallazgos fueron significativos solo para la práctica del modelado, no así para otras prácticas, lo que sugiere que el impacto de la alfabetización alimentaria se canaliza principalmente a través de esta práctica específica.

H2: mayores niveles de alfabetización alimentaria y las prácticas parentales de alimentación funcionales predicen un estado nutricional normal en preescolares en Chile.

La segunda hipótesis planteaba que las y los cuidadores que poseen mayores niveles de alfabetización alimentaria y que además implementan prácticas parentales de alimentación funcionales tenderán a favorecer un estado nutricional normal en los preescolares bajo su cuidado. Este supuesto se sustenta en la evidencia teórica que vincula la capacidad de los cuidadores para ofrecer y sostener entornos saludables que promueven hábitos saludables y previenen el desarrollo de enfermedades donde es posible encontrar del desarrollo de malnutrición por exceso (Cance et al., 2015; Lampis et al., 2014; Melbye et al., 2021). En este marco, se esperaría que un mayor nivel de alfabetización alimentaria, al promover prácticas de alimentación coherentes con las recomendaciones nutricionales, conduzca a una mejor calidad de la dieta y, en consecuencia, a un IMC dentro de rangos considerados saludables para la edad y el sexo.

Los resultados obtenidos, sin embargo, no respaldan esta relación. En el análisis correlacional, la alfabetización alimentaria no mostró asociación

significativa con el IMC de los preescolares. Del mismo modo, la calidad de la dieta, que en la primera hipótesis se comprobó como un constructo asociado a la alfabetización alimentaria y al modelado, no presentó relación significativa con el estado nutricional ($r = -.05$, $p < .05$). Las prácticas funcionales, en particular el modelado y el monitoreo, tampoco evidenciaron correlaciones relevantes con el IMC. Por el contrario, se observaron correlaciones positivas, aunque de magnitud pequeña, entre el IMC y algunas prácticas de carácter estructural o de control, tales como el horario estructurado de las comidas (SMT; $r = .13$, $p < .05$), el ambiente estructurado de las comidas (SMS; $r = .16$, $p < .05$) y la restricción por control del peso (RWC; $r = .19$, $p < .05$). Estos resultados podrían interpretarse como manifestaciones de un patrón reactivo en el que los cuidadores, ante un mayor peso del niño, intensifican las estrategias de estructura y control, en lugar de ser dichas estrategias la causa directa de un IMC saludable.

En el análisis mediante modelo de ecuaciones estructurales la dieta no mostró un efecto significativo sobre el IMC ($\beta = -0.097$, $p = .063$). Además, ni la alfabetización alimentaria ni las prácticas funcionales de alimentación presentaron efectos directos significativos sobre el estado nutricional. El modelado, que aparece como un mediador relevante entre la alfabetización alimentaria y la calidad de la dieta, no tuvo un efecto directo sobre el IMC. La varianza explicada del estado nutricional por parte del conjunto de predictores incluidos en el modelo fue prácticamente nula ($R^2 = 0.014$), lo que indica que las

variables centrales de este estudio apenas logran explicar una fracción mínima de las diferencias observadas en el IMC.

Finalmente, aunque la alfabetización alimentaria y las prácticas parentales funcionales sí mostraron una asociación con la calidad de la dieta (como se constató en la hipótesis 1), no se encontró evidencia de su efecto predictor de un estado nutricional normal en los preescolares de la muestra.

H3: el clima familiar cohesionado se asocia positivamente a las prácticas parentales funcionales de alimentación.

En esta investigación, el clima familiar se entiende como las percepciones subjetivas y el sistema de significados compartidos que la familia mantiene respecto de las características de su propio funcionamiento (Estévez et al., 2008; Hartl et al., 2015). El clima familiar cohesionado está caracterizado por la cercanía emocional, el apoyo mutuo, la comunicación abierta y la cooperación entre sus miembros (Wäsche et al., 2021). Este tipo de clima, según la evidencia revisada, genera un contexto favorable para la formación y sostenimiento de hábitos alimentarios saludables en los niños (Hughes et al., 2011; Snoek et al., 2007). Un ambiente familiar cohesionado puede facilitar que los cuidadores implementen prácticas parentales de alimentación funcionales, reforzando así comportamientos alimentarios acordes con las recomendaciones nutricionales. Bajo esta hipótesis, se esperaba encontrar una asociación positiva y significativa entre un clima familiar más cohesionado y una mayor frecuencia en el uso de las prácticas definidas previamente como funcionales.

Los resultados del análisis de correlaciones apoyan esta propuesta en tanto el clima familiar presentó correlaciones positivas y estadísticamente significativas con el modelado ($r = .29$, $p < .05$) y con el monitoreo ($r = .19$, $p < .05$), ambas consideradas prácticas parentales de alimentación funcionales. Esto sugiere que, a medida que las familias muestran una mayor cohesión, los cuidadores tienden a involucrarse más en comportamientos que fomentan hábitos alimentarios saludables en los niños y viceversa.

El análisis de ecuaciones estructurales aporta evidencia adicional ya que el clima familiar predijo de manera significativa el uso del modelado ($\beta = 0.232$, $p < .001$) y del monitoreo ($\beta = 0.162$, $p = .005$), confirmando que la cohesión familiar se asocia con la puesta en práctica de conductas parentales de ejemplo positivo y de supervisión activa.

En conjunto, los hallazgos respaldan la hipótesis planteada, que un mayor nivel de cohesión familiar se asocia con un mayor despliegue de prácticas parentales de alimentación funcionales.

H4: las prácticas parentales de alimentación median la relación entre la alfabetización alimentaria y la calidad de la dieta de preescolares en Chile.

Previamente se postuló que la alfabetización alimentaria influye en la calidad de la dieta infantil través de las prácticas parentales de alimentación. De acuerdo con la presente hipótesis, se esperaba que un cuidador con alta alfabetización alimentaria implementara más frecuentemente prácticas

parentales de alimentación funcionales, lo que, a su vez, se reflejaría en una mejor calidad de la dieta en los niños.

El análisis correlacional mostró que la alfabetización alimentaria se asocia de forma positiva y significativa con el modelado ($r = .28$, $p < .05$) y el monitoreo ($r = .15$, $p < .05$), y que el modelado, a su vez, presenta una relación positiva con la calidad de la dieta ($r = .46$, $p < .05$). Esto sugiere que los cuidadores con mayor alfabetización alimentaria tienden a aplicar conductas positivas concretas que los niños pueden observar y reproducir.

En análisis de mediación mediante el modelado de ecuaciones estructurales, y al igual que lo presentado en la corroboración de la hipótesis 1, la alfabetización alimentaria predijo significativamente el modelado ($\beta = 0.221$, $p < .001$), y este se asoció de manera significativa con la calidad de la dieta a través de un efecto indirecto ($\beta = 0.087$, IC95% [0.008, 0.042], $p = .005$). Entre todas las prácticas parentales evaluadas, únicamente el modelado funcionó como mediador significativo ($\beta = 0.090$, IC95% [0.012, 0.041], $p = .001$). En contraste, los efectos a través de las demás prácticas parentales no alcanzaron significación estadística, así como tampoco resultó significativo el efecto directo de la alfabetización alimentaria sobre la dieta ($\beta = 0.099$, $p = .078$).

En conjunto, los hallazgos respaldan parcialmente la hipótesis planteada, mostrando que el modelado actúa como un puente entre la alfabetización alimentaria de los cuidadores y la calidad de la dieta de los preescolares, aunque

este efecto no se observó en todas las prácticas parentales evaluadas ni de manera uniforme en las relaciones propuestas.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo general establecer la relación entre el ambiente alimentario familiar, compuesto por la alfabetización alimentaria, las prácticas parentales de alimentación y el clima familiar; con la dieta y el estado nutricional de preescolares en Chile.

Los resultados sugieren que la alfabetización alimentaria de los cuidadores tiende a asociarse con prácticas parentales funcionales, especialmente con el modelado, el cual mostró la relación más consistente con la calidad de la dieta infantil. Este patrón apoya parcialmente la hipótesis de que el ambiente alimentario familiar funciona como un sistema interdependiente, donde las dimensiones cognitivas (alfabetización alimentaria) y relacionales (prácticas parentales de alimentación y clima familiar) confluyen en la configuración de los hábitos alimentarios. En cambio, la ausencia de una relación directa entre la dieta y el estado nutricional sugiere que los factores familiares podrían influir más en los comportamientos alimentarios que en indicadores antropométricos a corto plazo.

En primer lugar, los resultados confirman parcialmente que la alfabetización alimentaria se asocia de forma positiva con la implementación de prácticas parentales de alimentación funcionales, particularmente el modelado. Este, a su vez, se relaciona con una mejor calidad de la dieta en preescolares. En coherencia con la literatura, estos hallazgos sugieren que los cuidadores con

mayores conocimientos, habilidades e intereses para elegir alimentos saludables efectivamente traducen este repertorio informativo en conductas concretas y observables para los niños y niñas bajo sus cuidados (Costarelli et al., 2020; Fernández et al., 2019; Norton et al., 2021). En esta investigación, el modelado emergió como la vía más relevante de transmisión de la alfabetización alimentaria hacia la dieta, lo cual coincide con teorías del aprendizaje social (Bandura, 1977), que enfatizan la importancia de la observación e imitación de conductas en el desarrollo de los hábitos que se mantendrán a lo largo de la vida. En términos prácticos, este hallazgo resalta la necesidad de que futuras intervenciones orientadas a la adquisición de conductas alimentarias saludables en población infantil contemplen no solo componentes informativos para los cuidadores, sino también conductuales, permitiendo así maximizar el impacto de las intervenciones en la dieta infantil. Tal como se ha observado en la implementación de programas en contextos internacionales, cuando se combina el aumento de la alfabetización alimentaria y la implementación de prácticas parentales se obtienen mejoras en la dieta de los cuidadores y los niños y niñas bajo cuidados (Weintraub et al., 2020; Tartaglia et al., 2024).

Un aspecto relevante sobre los resultados fue el efecto limitado de la alfabetización alimentaria sobre las prácticas parentales de alimentación. Si bien se observó una asociación positiva con el modelado, no se evidenció una relación significativa con otras prácticas funcionales. Este patrón podría reflejar una brecha entre conocimiento y conducta, donde un mayor nivel de información no

necesariamente se traduce en cambios sostenidos en las prácticas cotidianas (Scalvedi et al., 2021), además de una focalización de la alfabetización alimentaria en relación a lo cognitivo.

De manera complementaria, se observó una relación inversa entre el nivel educacional y alfabetización alimentaria, un resultado que difiere de lo documentado por la literatura existente, donde la educación suele asociarse positivamente con el conocimiento y las competencias alimentarias. Esta discrepancia podría explicarse por características particulares de la muestra, conformada mayoritariamente por cuidadores con educación técnica o universitaria incompleta, en quienes los conocimientos formales no necesariamente se traducen en habilidades prácticas para la selección y preparación de alimentos. Desde una perspectiva contextual, la alfabetización alimentaria involucra dimensiones que trascienden la educación formal, incluyendo la experiencia cotidiana de compra, planificación y cocina (Vidgen y Gallegos, 2014; Perry et al., 2017; Truman et al., 2017). Además, en entornos donde el acceso a alimentos saludables está condicionado por restricciones económicas y de oferta, los niveles educativos más altos no garantizan mejores conductas alimentarias, lo que sugiere considerar de forma conjunta los determinantes familiares y ambientales del hogar (Rex et al., 2021).

En relación con el estado nutricional y contrario a lo esperado, ni la alfabetización alimentaria ni las prácticas parentales de alimentación funcionales resultaron predictores significativos. Tampoco la calidad de la dieta mostró una

asociación significativa con el IMC. Este resultado, si bien inesperado, se alinea con lo documentado en la literatura en relación con la dificultad existente para vincular cambios en la calidad de la dieta con variaciones significativas en el IMC en el corto plazo, debiendo sumarse más elementos para que la incidencia se haga patente (Okubo et al., 2015). Siguiendo una línea similar, Miguel-Berges et al. (2023), encontraron que la calidad de la dieta, por sí sola, mostró un efecto limitado sobre el riesgo de sobrepeso u obesidad, observándose efectos mayores cuando coexistía simultáneamente con otros comportamientos negativos, tales como inactividad física y altos niveles de tiempo en pantalla. Estos resultados ponen de relieve que la relación entre dieta y estado nutricional en la infancia temprana es más compleja y multifactorial de lo que este modelo, centrado en la alfabetización alimentaria y las prácticas parentales de alimentación, puede capturar.

Ello acentúa la necesidad de considerar modelos que recojan la naturaleza multifactorial del estado nutricional, el cual integra tanto factores genéticos, metabólicos, comportamentales (como los niveles de actividad física y patrones del sueño) (Ang et al., 2013) y condiciones propias del entorno socioeconómico y cultural (Congdon, 2022). De igual manera, es necesario considerar la etapa del desarrollo en la que los niños y niñas en las edades consideradas se encuentran, pues es de naturaleza cambiante y progresiva hacia la maduración biológica, teniendo esto inevitables efectos en su estado nutricional.

Las correlaciones positivas, aunque leves, observadas entre el IMC y prácticas parentales de control estructuradas (tales como el horario estructurado de las comidas, el ambiente estructurado de comidas y la restricción por control de peso) podrían reflejar respuestas reactivas de los cuidadores ante niños con un mayor peso, más que una influencia preventiva de estas prácticas, lo cual es respaldado por la literatura. En un estudio llevado a cabo por Philippe et al. (2021) se evidenció que la restricción para el control de peso no se vinculó directamente con la ingesta en ausencia de hambre, sino que fue predicha por el IMC de los niños y niñas. Esto sugiere que este tipo de restricción se aplica principalmente en respuesta al peso infantil, en lugar de constituir un factor preventivo. De manera similar, en un estudio longitudinal observacional llevado a cabo por Farrow et al. (2018), con diadas madre-hijo se mostró que la restricción verbal y física de los alimentos predijo incrementos en el IMC infantil. Esto también deja en evidencia que para comprender plenamente el vínculo entre la alfabetización alimentaria y el estado nutricional se requieren diseños longitudinales que permitan capturar la evolución del IMC y la puesta en práctica de las distintas prácticas parentales de alimentación (Ang et al., 2013; Miguel-Berges et al., 2023).

En relación con el clima familiar y las prácticas parentales de alimentación funcionales, los hallazgos confirman que un clima familiar cohesionado se asocia positivamente con la implementación de éstas, considerando nuevamente el modelado como práctica de interés, así como también se suma el monitoreo,

mientras que mantiene una asociación negativa con la regulación emocional. Este resultado es respaldado por la literatura, que vincula a ambientes familiares emocionalmente cercanos y organizados con hábitos alimentarios más saludables (Dowling et al., 2024; Loncar et al., 2024). De esta manera, se retrata en este estudio que un clima familiar caracterizado por un estilo comunicacional abierto, apoyo mutuo y cooperación facilita la presencia de rutinas de alimentación, como también favorece que los cuidadores puedan participar de manera activa de las instancias de alimentación, ejerciendo un modelado positivo. La relevancia de este hallazgo radica en que la cohesión familiar constituye un factor modificable a través de intervenciones psicoeducativas y terapéuticas, por lo que podría ser un elemento interesante de tener en cuenta en intervenciones que busquen mejorar las prácticas alimentarias, tal como plantean estudios que mantienen líneas investigativas similares (Dowling et al., 2024; Loncar et al., 2024).

En relación con el análisis de mediación, se confirmó parcialmente que la práctica de modelado actúa como un puente entre la alfabetización alimentaria y la calidad de la dieta. La alfabetización alimentaria predijo de forma significativa el modelado, y éste, a su vez, mostró una fuerte asociación con la dieta, mientras que el efecto directo de la alfabetización alimentaria sobre la dieta fue no significativo, aunque con tendencia positiva. Este patrón refuerza la noción de que el conocimiento y las competencias alimentarias no operan de manera aislada, sino que requieren traducirse en prácticas concretas para impactar en el

consumo de los niños y niñas, siendo este uno de los hallazgos más relevantes de esta investigación, el cual es, además, respaldado por la literatura existente no solo en edad preescolar, sino también en la adolescencia (Doustmohammadian et al., 2022; Rodríguez-Arauz et al., 2025). En términos prácticos, este resultado subraya que las intervenciones dirigidas a mejorar la dieta infantil deben incluir componentes que potencien el modelado parental.

En conjunto, los resultados de este estudio destacan que la alfabetización alimentaria y el clima familiar son variables relevantes para la implementación de prácticas parentales de alimentación funcionales, en particular, del modelado, proponiendo que esta práctica en particular media la relación entre la alfabetización alimentaria y la calidad de la dieta. Sin embargo, no se encontró evidencia de que estas variables tengan un impacto directo en el estado nutricional, medido a través del IMC de los preescolares, lo que sugiere la necesidad de incorporar un mayor número de factores explicativos y de evaluar estas relaciones en un periodo temporal más amplio considerando las variaciones de este indicador a lo largo del tiempo, así como su carácter multifactorial (Ang et al., 2013; Miguel-Berges et al., 2023; Okubo et al., 2015) .

Un aspecto que merece especial atención en la interpretación de estos resultados es que, dentro de las prácticas parentales de alimentación funcionales, únicamente el modelado se mostró como un predictor significativo de la calidad de la dieta en los preescolares. En contraste, otras prácticas que en la literatura han sido destacadas (como el ambiente estructurado de las comidas

y los horarios) no alcanzaron significancia en este estudio. Esta diferencia abre un espacio de problematización tanto a nivel metodológico como conceptual.

Desde una perspectiva teórica, el modelado representa una práctica de gran potencia simbólica y conductual, ya que los niños aprenden observando lo que los adultos hacen y no solamente lo que dicen. Según la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977), las conductas observadas en figuras significativas tienen un valor ejemplar que favorece la internalización de hábitos. De este modo, es posible que el modelado tenga un impacto más inmediato y observable en la calidad de la dieta que otras prácticas, como establecer horarios y supervisar las elecciones de los niños.

En cambio, variables como la estructuración del ambiente alimentario y de los tiempos de comida, así como el monitoreo podrían estar influidos por factores contextuales y culturales que atenúan su efecto en la muestra estudiada. Por ejemplo, en hogares donde existen limitaciones de tiempo, recursos, o bien por condiciones laborales, la estructuración de horarios de comida puede no ser suficientemente consistente para producir un impacto significativo en la dieta de los niños y niñas, aun cuando se intente aplicar. De igual manera, el monitoreo puede resultar en una práctica ambivalente, ya que en algunos casos puede favorecer ciertas elecciones saludables, pero en otros puede llegar a generar resistencia o bien un efecto contrario si es que no existe un límite claro entre el monitoreo y el control (Barbosa et al., 2023; Wang et al., 2024).

También es destacable que, a nivel metodológico, el constructo de modelado es más específico y fácil de observar, lo que podrían traducirse en mediciones más consistentes y sensibles al efecto, más aún si se considera que esta práctica mantiene una serie de investigaciones previas ligadas a su constructo (Vaughn et al., 2013). El hallazgo de que solo esta práctica se relacione significativamente con la calidad de la dieta plantea la posibilidad de que el modelado constituya una práctica central que canaliza el efecto de otras hacia la dieta de los niños y niñas.

Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación

El presente estudio presenta diversas limitaciones que es necesario atender. En primer lugar, la utilización de un diseño transversal frente a uno longitudinal impide establecer relaciones causales entre las distintas variables consideradas en el estudio. Si bien se observaron algunas asociaciones significativas no es del todo posible afirmar que estas relaciones operen de manera unidireccional como el modelo lo plantea. Tal como se señala en la literatura, los diseños transversales limitan la capacidad para evaluar la relación causa-efecto entre variables, restringiendo la capacidad de comprensión de procesos dinámicos en el tiempo (Levin, 2006), tal como ocurre en este caso, aún más considerando que el estudio contempló variables que se modifican ampliamente en el ciclo vital, tales como el IMC, como parte de un proceso propio del desarrollo. Futuros estudios deberán implementar diseños longitudinales o de

intervención que permitan observar cómo el cambio o la mantención en ciertas variables repercuten a lo largo del tiempo.

Una segunda limitación de este estudio se relaciona con la complejidad de fenómenos como la dieta y el estado nutricional, los cuales dependen de múltiples factores, tales como actividad física, hábitos como el tiempo de sueño, la disponibilidad de recursos y alimentos, entre otros (Ang et al., 2013; Miguel-Berges et al., 2023). En este estudio no se encontró evidencia de que las variables centrales expliquen diferencias relevantes en el estado nutricional. Mientras el modelo logró dar cuenta de una proporción considerable de la variabilidad en la dieta, su capacidad explicativa respecto del IMC fue mínima, lo que refuerza la necesidad de incorporar un mayor número de factores en futuros estudios para dar cuenta de la multifactorialidad del fenómeno.

En tercer lugar, se vuelve necesario reconocer las limitaciones del IMC como un indicador del estado nutricional en la infancia (Okubo et al., 2015). Aunque se trata de una medida estandarizada y ampliamente utilizada, el IMC se considera un indicador sesgado al no distinguir más elementos asociados a un buen estado nutricional, tales como la distinción entre materia grasa y magra, lo que reduce su sensibilidad para captar cambios asociados a la dieta (Chung, 2015). Futuras investigaciones podrían complementar esta medida con indicadores más específicos, como medidas antropométricas o de composición corporal.

Por otra parte, el tamaño y las características de la muestra limitan la posibilidad de generalizar los resultados a toda la población preescolar en Chile. Esto se vuelve aún más patente si consideramos que la dieta infantil y las prácticas asociadas varían significativamente de acuerdo al nivel educacional y socioeconómico de los cuidadores de los niños y niñas (Serasinghe et al., 2023). A esto se suma la posible presencia de sesgo en la medición dada la utilización de instrumentos basados en autoinforme de los cuidadores, lo que puede verse afectado por la deseabilidad social y por sesgo del recuerdo. Se ha observado que, desde el aspecto nutricional, las encuestas alimentarias presentan errores debido a la subestimación o sobrestimación de consumos, ocurriendo algo similar con la estimación del estado nutricional. Dadas estas limitaciones, es necesario que futuras investigaciones consideren la utilización de una muestra más amplia y diversa, así como también la utilización de estrategias de medición más minuciosas que aumenten la precisión y validez de los datos.

Finalmente, es importante considerar las limitaciones psicométricas de los instrumentos empleados. Aunque estos presentan antecedentes de fiabilidad y validez aceptables en sus versiones originales o adaptaciones, algunos muestran ajustes estructurales moderados o se basan en procesos de validación realizados en contextos distintos al chileno. En particular, se observan índices de ajuste por debajo de lo óptimo en el SFLQ y en el FPSQ, lo que sugiere cierta fragilidad en la consistencia teórica de los constructos. Adicionalmente, la selección de subescalas específicas puede haber reducido la validez de contenido. En

conjunto, estas condiciones plantean la necesidad de interpretar los resultados con cautela y de fortalecer en futuras investigaciones la evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos en población chilena, garantizando una mayor precisión y comparabilidad de los hallazgos.

Conclusión

La presente investigación tuvo como propósito establecer la relación entre el ambiente alimentario familiar, la dieta y el estado nutricional de preescolares en Chile. Los resultados de la investigación permitieron encontrar apoyo empírico para tres de las cuatro hipótesis planteadas, derivando en conclusiones que se articulan a lo planteado en la literatura, así como también permiten dilucidar desafíos propios del contexto chileno.

Por una parte, se confirma que la alfabetización alimentaria constituye un recurso clave de los cuidadores para favorecer prácticas parentales de alimentación funcionales y, a través de ella, mejorar la calidad de la dieta de los niños y niñas bajo sus cuidados. En particular, el modelado emergió como la práctica más influyente, actuando como puente entre el conocimiento alimentario de los adultos cuidadores y la conducta alimentaria de los niños y niñas. Esto refuerza la idea de que el impacto de la alfabetización no depende únicamente de poseer conocimientos formales, sino que también se relaciona a la capacidad de los cuidadores para traducirlos en conductas observables y consistentes que los niños puedan imitar.

En segundo lugar, los resultados muestran que la calidad de la dieta se asocia positivamente a la alfabetización alimentaria y las prácticas parentales de alimentación funcionales, en particular el modelado. Pero, esta relación no se traduce en cambios en el estado nutricional de los niños y niñas, expresado a través del IMC. Este hallazgo problematiza la tendencia a equiparar dieta con estado nutricional en la infancia y da cuenta de la necesidad de considerar la multicausalidad del estado nutricional, el cual involucra factores que no fueron incluidos en esta investigación.

También, se confirma el rol del clima familiar cohesionado como un facilitador de las prácticas parentales de alimentación funcionales, en particular del modelado, reforzándose que no basta con la posesión de conocimientos y habilidades, sino que también se requiere de dinámicas relacionales y emocionales positivas para una mejor implementación de prácticas alimentarias adecuadas. No obstante, es importante considerar que la interacción es bidireccional, de modo que, así como un clima familiar positivo favorece la puesta en práctica de estrategias funcionales, también factores contextuales (como un mayor peso infantil o tensiones familiares) pueden inducir a los cuidadores a recurrir a estrategias menos funcionales, como la restricción o la presión para comer, configurando ciclos recíprocos entre las condiciones del niño y las prácticas parentales (Philippe et al., 2021).

Los hallazgos sugieren que las intervenciones en promoción de la salud infantil y la prevención de la malnutrición por exceso deberían ir más allá de la

transmisión de información, siendo necesario articular distintos niveles de acción (informativo, conductual, emocional y relacional). Al mismo tiempo, se destaca la necesidad de una mirada más integral que atienda a factores biológicos, conductuales y contextuales en un tiempo extendido de modo de lograr una mejor comprensión del estado nutricional y la conducta alimentaria infantil y sus determinantes.

Referencias

- Ang, Y. N., Wee, B. S., Poh, B. K., & Ismail, M. N. (2013). Multifactorial influences of childhood obesity. *Current Obesity Reports*, 2(1), 10–22. <https://doi.org/10.1007/s13679-012-0042-7>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos*.
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Balani, R., Herrington, H., Bryant, E., Lucas, C., & Kim, S. C. (2019). Nutrition knowledge, attitudes, and self-regulation as predictors of overweight and obesity. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(9), 502–510. <https://doi.org/10.1097/JXX.000000000000169>
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall, Inc.
- Barbosa, C., Lopes, C., Costa, A., Warkentin, S., & Oliveira, A. (2023). Parental child-feeding practices at 4 years of age are associated with dietary patterns of 7-year-olds. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 36(4), 1339–1348. <https://doi.org/10.1111/jhn.13151>
- Beatty, P. C., & Willis, G. B. (2007). Research synthesis: The practice of cognitive interviewing. *Public Opinion Quarterly*, 71(2), 287–311. <https://doi.org/10.1093/poq/nfm006>
- Begley, A., Paynter, E., Butcher, L. M., & Dhaliwal, S. S. (2019). Effectiveness of an adult food literacy program. *Nutrients*, 11(4). <https://doi.org/10.3390/nu11040797>
- Begley, A., Ringrose, K., Giglia, R., & Scott, J. (2019). Mothers' understanding of infant feeding guidelines and their associated practices: A qualitative

- analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph16071141>
- Birch, L., & Davison, K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Childhood and Adolescent Obesity*, 48(4), 893–907. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(05\)70347-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0031-3955(05)70347-3)
- Birch, L., Johnson, S., Grimm-Thomas, K., & Fisher, J. (1998). *The Child Feeding Questionnaire (CFQ) An Instrument for Assessing Parental Control in Child Feeding*. The Pennsylvania State University.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger 1-3. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 78, 215–235. <https://academic.oup.com/ajcn/article-abstract/78/2/215/4689927>
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36(3), 201–210. <https://doi.org/10.1006/APPE.2001.0398>
- Boslooper-Meulenbelt, K., Boonstra, M. D., van Vliet, I. M. Y., Gomes-Neto, A. W., Osté, M. C. J., Poelman, M. P., Bakker, S. J. L., de Winter, A. F., & Navis, G. J. (2021). Food literacy is associated with adherence to a mediterranean-style diet in kidney transplant recipients. *Journal of Renal Nutrition*, 31(6), 628–636. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2020.12.010>
- Boyland, E. J., Nolan, S., Kelly, B., Tudur-Smith, C., Jones, A., Halford, J. C. G., & Robinson, E. (2016). Advertising as a cue to consume: A systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and nonalcoholic beverage advertising on intake in children and adults.

American Journal of Clinical Nutrition, 103(2), 519–533.

<https://doi.org/10.3945/ajcn.115.120022>

Browne, M. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen & J.S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136–162). Newbury Park, CA: Sage.

Butcher, L. M., Platts, J. R., Le, N., McIntosh, M. M., Celenza, C. A., & Foulkes-Taylor, F. (2021). Can addressing food literacy across the life cycle improve the health of vulnerable populations? A case study approach. *Health Promotion Journal of Australia*, 32(1), 5–16.

<https://doi.org/10.1002/hpja.414>

Cabezas, M. (2021). *Alfabetización alimentaria, autorregulación alimentaria y su asociación con la dieta, estado nutricional y bienestar de adultos en Chile*. Universidad de Concepción.

Cance, J. D., Loukas, A., & Talley, A. E. (2015). The differential associations of internalizing symptoms and family and school relationships with disordered eating attitudes among early adolescents. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32(1), 41–56. <https://doi.org/10.1177/0265407514523551>

Carbajal, Á., & Ortega, R. M. (2001). La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. *Revista Chilena de Nutrición*, 28(2), 224–236.

[https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-07-24-](https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-07-24-CarbajalOrtegaRevChilNutr2001.pdf)

[CarbajalOrtegaRevChilNutr2001.pdf](https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-07-24-CarbajalOrtegaRevChilNutr2001.pdf)

Chung, S. (2015). Body mass index and body composition scaling to height in children and adolescent. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 20(3), 125. <https://doi.org/10.6065/apem.2015.20.3.125>

Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de Ética Profesional*.

Congdon, P. (2022). Measuring obesogenicity and assessing its impact on child obesity: A cross-sectional ecological study for england neighbourhoods.

- International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710865>
- Costa, A., & Oliveira, A. (2023). Parental feeding practices and children's eating behaviours: An overview of their complex relationship. *Healthcare*, 11(3), 400. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030400>
- Costarelli, V., Michou, M., Panagiotakos, D. B., & Lionis, C. (2020). Parental health literacy & nutrition literacy in relation to feeding practices. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(1). <https://doi.org/10.1017/S0029665119001228>
- Doustmohammadian, A., Omidvar, N., Mohammadi, N. K., & Zinab, H. E. (2022). The association and mediation role of Food and Nutrition Literacy (FNLIT) with eating behaviors , academic achievement and overweight in 10 – 12 years old students: a structural equation modeling. *Nutrition Journal*, 8, 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12937-022-00796-8>
- Dowling, M. L., Hubbard, M. E., & Agnihotri, R. (2024). Association of Parent and Child Intuitive Eating: A Scoping Review. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 0(0), 4–6. <https://doi.org/10.1177/15598276241279223>
- Ek, A., Sorjonen, K., Eli, K., Lindberg, L., Nyman, J., Marcus, C., & Nowicka, P. (2016). Associations between parental concerns about preschoolers' weight and eating and parental feeding practices: Results from analyses of the child eating behavior 1uestionnaire, the Child Feeding Questionnaire, and the Lifestyle Behavior Checklist. *PloS One*, 11(1). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0147257>
- El-Behadli, A. F., Sharp, C., Hughes, S. O., Obasi, E. M., & Nicklas, T. A. (2015). Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. *The British Journal of Nutrition*, 113, 55–71. <https://doi.org/10.1017/S000711451400333X>

Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G., & Moreno, D. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 119–128.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016300009>

Farrow, C. V., Haycraft, E., & Blissett, J. M. (2018). Observing maternal restriction of food with 3-5-year-old children: Relationships with temperament and later body mass index (BMI). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6).

<https://doi.org/10.3390/ijerph15061273>

Fernández, M. A., Desroches, S., Marquis, M., Lebel, A., Turcotte, M., & Provencher, V. (2019). Which food literacy dimensions are associated with diet quality among Canadian parents? *British Food Journal*, 121(8), 1670–1685. <https://doi.org/10.1108/BFJ-11-2018-0724>

Ferrari, M. (2013). Estimación de la Ingesta por Recordatorio de 24 Horas. *DIAETA (B.Aires)*, 31(143), 20–25.

Figueroa Pedraza, D. (2004). Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Rev. Salud Pública*, 6(2), 140–155.

Fritz, M. S., & MacKinnon, D. P. (2007). *Required sample size to detect the mediated effect*. *Psychological Science*, 18(3), 233–239.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x>

Giskes, K., van Lenthe, F., Avendano-Pabon, M., & Brug, J. (2010). A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: Are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obesity Reviews*, 12(5), 95–106. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00769.x>

- González-Torres, M. L., Sifuentes, C. N. E., & Muro, M. D. L. Á. V. (2018). Parental feeding practices and their relation to child eating behavior: Problems for explanation. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(1), 129–142. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.450>
- Gray, H. L., Buro, A. W., & Sinha, S. (2023). Associations among parents' eating behaviors, feeding practices, and children's eating behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 27(2), 202–209. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03572-6>
- Hartl, A. C., Seiffge-Krenke, I., & Laursen, B. (2015). Body image mediates negative family climate and deteriorating glycemic control for single adolescents with type 1 diabetes. *Families, Systems and Health*, 33(4), 363–371. <https://doi.org/10.1037/fsh0000139>
- Hu, L. & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hughes, S. O., Power, T. G., Papaioannou, M. A., Cross, M. B., Nicklas, T. A., Hall, S. K., & Shewchuk, R. M. (2011). Emotional climate, feeding practices, and feeding styles: An observational analysis of the dinner meal in Head Start families. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-60>
- Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. (2016). *Guía de Alimentación del Preescolar 2-5 años*. https://inta.uchile.cl/dam/jcr:3cdf7726-4391-4bd1-bbc0-29f78d91dc66/Guia_alimentacion_pre_escolar_2-5.pdf
- Izzo, G., Baiocco, R., & Pistella, J. (2022). Children's and adolescents' happiness and family functioning: A systematic literature review.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(24), 16593. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416593>

Jansen, E., Mallan, K. M., Nicholson, J. M., & Daniels, L. A. (2014). The feeding practices and structure questionnaire: Construction and initial validation in a sample of Australian first-time mothers and their 2-year olds. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-72>

Jansen, E., Williams, K. E., Mallan, K. M., Nicholson, J. M., & Daniels, L. A. (2016). The feeding practices and structure questionnaire (FPSQ-28): A parsimonious version validated for longitudinal use from 2 to 5 years. *Appetite*, 100, 172–180. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.031>

Jimeno-Martínez, A., Maneschy, I., Rupérez, A., & Moreno, L. (2021). Factores determinantes del comportamiento alimentario y su impacto sobre la ingesta y la obesidad en niños. *Journal of Behavior and Feeding*, 1(1), 60–71. <https://doi.org/10.32870/jbf.v1i1.20>

Jobet, E., Loyola, M. I., Ortiz, C., Rigotti, A., Echeverría, G., Mallea, C., & Barja, S. (2024). Mejoría de la adherencia a la dieta mediterránea en preescolares asistentes al jardín infantil. *Nutrición Hospitalaria*, 41(1), 58–68. <https://doi.org/10.20960/nh.04727>

Johnson, R., Welk, G., Saint-Maurice, P. F., & Ihmels, M. (2012). Parenting styles and home obesogenic environments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(4), 1411–1426. <https://doi.org/10.3390/ijerph9041411>

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (n.d.). *Programa de Alimentación Escolar*. Retrieved October 8, 2023, from <https://www.junaeb.cl/programa-de-alimentacion-escolar/>

- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas [JUNAEB]. (2025). *Mapa Nutricional Resultados 2024*. <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2025/04/Presentacion-Mapa-Nutricional-Resultados-2024.pdf>
- Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., & Suñer-Soler, R. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 8–10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.005>
- Kalavana, T., Maes, S., & de Gucht, V. (2010). Interpersonal and self-regulation determinants of healthy and unhealthy eating behavior in adolescents. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 44–52. <https://doi.org/10.1177/1359105309345168>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). The Guilford Press.
- Konfino, J., Mejía, R., Majdalani, M., & Perez, E. (2009). Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. *Medicina (B. Aires)*, 69(6), 631–634. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4180496/>
- Krause, C., Beer-Borst, S., Sommerhalder, K., Hayoz, S., & Abel, T. (2018). A short food literacy questionnaire (SFLQ) for adults: Findings from a Swiss validation study. *Appetite*, 120, 275–280. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2017.08.039>
- Lagua, R., & Claudio, V. (2004). *Diccionario de nutrición y dietoterapia* (5th ed.). McGraw-Hill.
- Lampis, J., Agus, M., & Cacciarru, B. (2014). Quality of family relationships as protective factors of eating disorders: An investigation amongst Italian teenagers. *Applied Research in Quality of Life*, 9(2), 309–324. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9234-x>

- Levin, K. A. (2006). Study design III: Cross-sectional studies. *Evidence-Based Dentistry*, 7(1), 24–25. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400375>
- Leyva, D., & Skorb, L. (2017). Food for thought: Family food routines and literacy in latino kindergarteners. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 52, 80–90. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2017.07.001>
- Lira, M. (2022). *Antecedentes Mapa Nutricional*. <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2023/03/Antecedentes-Mapa-Nutricional-2022.pdf>
- Lira, M., Correa, P., Medina, P., & Ivankovic, P. (2022). *Normativas, políticas y programas contra la obesidad estudiantil en Chile*. <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2023/03/Normativas-y-Politicas-contra-la-Obesidad-2022.pdf>
- Loncar, H., Sweeney, A. M., White, T., Quattlebaum, M., & Wilson, D. K. (2024). Effects of responsiveness and responsibility parenting factors on family mealtime outcomes in overweight African American adolescents. *Nutrients*, 16(22). <https://doi.org/10.3390/nu16223874>
- López-Gajardo, M., Leo, F., Sánchez-Miguel, P., López-Gajardo, D., Soulas, C., & Tapia-Serano, M. (2022). KIDMED 2.0, An update of the KIDMED questionnaire: Evaluation of the psychometric properties in youth. *Frontiers in Nutrition*, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.945721>
- Málaga, G., Cuba-Fuentes, M. S., Rojas-Mezarina, L., Romero-Albino, Z., Hamb, A., & Paz-Soldán, V. A. (2019). Estrategias para promover la alfabetización en salud desde la atención primaria: una perspectiva que considera las realidades de los países de ingresos medios y bajos. *Anales de La Facultad de Medicina*, 80(3), 372–378. <https://doi.org/10.15381/anales.803.16864>
- Martínez-Pampliega, A., Iraugi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una

versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317–338.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760207>

Martínez-Sanguinetti, M. A., Petermann-Rocha, F., Villagrán, M., Ulloa, N., Nazar, G., Troncoso-Pantoja, C., Garrido-Méndez, A., Mardones, L., Lanuza, F., Leiva, A. M., Lasserre-Laso, N., Martorell, M., & Celis-Morales, C. (2020). From a global view to the Chilean context: Which factors have influenced the development of obesity in Chile? (chapter 2). *Revista Chilena de Nutrición*, 47(2), 307–316. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200307>

Melbye, E. L., Hausken-Sutter, S. E., Lien, N., & Bjelland, M. (2021). Adolescent vegetable consumption: The role of socioemotional family characteristics. *Public Health Nutrition*, 24(17), 5710–5719. <https://doi.org/10.1017/S1368980021001658>

Miguel-Berges, M. L., Mouratidou, T., Santaliestra-Pasias, A., Androutsos, O., Iotova, V., Galcheva, S., De Craemer, M., Cardon, G., Koletzko, B., Kulaga, Z., Manios, Y., & Moreno, L. A. (2023). Longitudinal associations between diet quality, sedentary behaviours and physical activity and risk of overweight and obesity in preschool children: The ToyBox-study. *Pediatric Obesity*, 18(10), 1–7. <https://doi.org/10.1111/ijpo.13068>

Ministerio de Salud. (2016). *Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años*
Guía de alimentación hasta la adolescencia.

<https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/01/Guia-alimentacion-menor-de-2.pdf>

Ministerio de Salud. (2018a). *Encuesta nacional de salud 2016-2017: Estado nutricional*. http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Informe_estado_nutricional_ENS2016_2017.pdf

- Ministerio de Salud. (2018b). *Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad*. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/07/Patrones-de-Crecimiento-para-la-Evaluaci%C3%B3n-Nutrici%C3%B3n-de-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes-desde-el-nacimiento-a-19-a%C3%B1os.pdf>
- Ministerio de Salud. (2022). *Guías Alimentarias para Chile*. <https://www.sochob.cl/web1/wp-content/uploads/2022/12/Gu%C3%ADas-Alimentarias-para-Chile.pdf>
- Morales, P. (2012). Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? *Estadística Aplicada*, 24(1), 22–39. <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%C3%B1oMuestra.pdf>
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124–128. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70288-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70288-2)
- Mozaffarian, D., Hao, T., Rimm, E. B., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2011). Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. *The New England Journal of Medicine*, 364, 392–404. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1014296>
- Mulder, C., Kain, J., Uauy, R., & Seidell, J. C. (2009). Maternal attitudes and child-feeding practices: Relationship with the BMI of Chilean children. *Nutrition Journal*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1475-2891-8-37>
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151–157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>

- Musher-Eizenman, D. R., Goodman, L., Roberts, L., Marx, J., Taylor, M., & Hoffmann, D. (2019). An examination of food parenting practices: Structure, control and autonomy promotion. *Public Health Nutrition*, 22(5), 814–826. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003312>
- Nanayakkara, J., Margerison, C., & Worsley, A. (2017). Importance of food literacy education for senior secondary school students: food system professionals' opinions. *International Journal of Health Promotion and Education*, 55(5–6), 284–295. <https://doi.org/10.1080/14635240.2017.1372695>
- Navarro, G., & Reyes, I. (2016). Validación psicométrica de la adaptación mexicana del child feeding questionnaire psychometric validation of the mexican adaptation of the child feeding questionnaire. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2337–2349.
- Ng, Ashley., ElGhattis, Y., Biesiekierski, J., & Moschonis, G. (2022). Assessing the effectiveness of a 4-week online intervention on food literacy and fruit and vegetable consumption in Australian adults: The online MedDiet challenge. *Health and Social Care in the Community*, 30(6), e4975–e4981. <https://doi.org/10.1111/hsc.13909>
- Norton, L., Parkinson, J., Harris, N., & Hart, L. M. (2021). What factors predict the use of coercive food parenting practices among mothers of young children? An examination of food literacy, disordered eating and parent demographics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910538>
- Okubo, H., Crozier, S. R., Harvey, N. C., Godfrey, K. M., Inskip, H. M., Cooper, C., Robinson, S. M., & Group, S. W. S. S. (2015). Diet quality across early childhood and adiposity at 6 years: the Southampton Women's Survey. *International Journal of Obesity*, February 1456–1462. <https://doi.org/10.1038/ijo.2015.97>

- Olson, D., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. Sr. Paul MN: Family Social Science, University of Minnesota.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (n.d.). *Guías alimentarias basadas en alimentos*. Retrieved November 4, 2023, from <https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *Prevención de la obesidad*. Retrieved November 4, 2023, from <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
- Organización Mundial de la Salud. (2017, October 11). *La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios*. <https://www.who.int/es/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, June 9). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227–232.
- Oudat, Q., Messiah, S. E., Ghoneum, A. D., & Okour, A. A. (2025). A narrative review of multifactorial determinants of childhood eating behaviors: Insights and interventions using the Social Ecological Model. *Children*, 12(3), 388. <https://doi.org/10.3390/children12030388>
- Palumbo, R. (2016). Sustainability of well-being through literacy. The effects of food literacy on sustainability of well-being. *Agriculture and Agricultural Science Procedia*, 8, 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.aaspro.2016.02.013>
- Pannucci, T. R. E., Lerman, J. L., Herrick, K. A., Shams-White, M. M., Zimmer, M., Meyers Mathieu, K., Stody, E. E., & Reedy, J. (2023). Development of

the healthy eating index-toddlers-2020. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 123(9), 1289–1297.

<https://doi.org/10.1016/J.JAND.2023.05.013>

Park, D., Choi, M.-K., Park, Y. K., Park, C. Y., & Shin, M.-J. (2022). Higher food literacy scores are associated with healthier diet quality in children and adolescents: the development and validation of a two-dimensional food literacy measurement tool for children and adolescents. *Nutrition Research and Practice*, 16(2), 272–283. <https://doi.org/10.4162/nrp.2022.16.2.272>

Patrick, H., Hennessy, E., McSpadden, K., & Oh, A. (2013). Parenting styles and practices in children's obesogenic behaviors: Scientific gaps and future research directions. *Childhood Obesity*, 9(1), 73–86.

<https://doi.org/10.1089/chi.2013.0039>

Patrick, H., Nicklas, T. A., Hughes, S. O., & Morales, M. (2005). The benefits of authoritative feeding style: Caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite*, 44(2), 243–249.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2002.07.001>

Peng, L., Hu, R., Feng, Y., Shi, W., Zhao, L., & Jiang, L. (2023). The relationship between family diet consumption, family environment, parent anxiety and nutrition status of children during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1228626.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1228626>

Perry, E. A., Thomas, H., Samra, H. R., Edmonstone, S., Davidson, L., Faulkner, A., Petermann, L., Manafò, E., & Kirkpatrick, S. I. (2017). Identifying attributes of food literacy: A scoping review. *Public Health Nutrition*, 20(13), 2406–2415. <https://doi.org/10.1017/S1368980017001276>

Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M. A., Villagrán, M., Ulloa, N., Nazar, G., Troncoso-Pantoja, C., Garrido-Méndez, A., Mardones, L.,

- Lanuza, F., Leiva, A. M., Lasserre-Laso, N., Martorell, M., & Celis-Morales, C. (2020). From a global view to the chilean context: Which factors have influenced the development of obesity in chile? (chapter 1). *Revista Chilena de Nutricion*, 47(2), 299–306. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000200299>
- Philippe, K., Chabanet, C., Issanchou, S., & Monnery-Patris, S. (2021). Young children's eating in the absence of hunger: Links with child inhibitory control, child BMI, and maternal controlling feeding practices. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.653408>
- Ponce, E., Gómez, F., Terán, M., Irigoyen, A., & Landgrave, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria*, 30(10), 624–630.
- Reid, M., Worsley, A., & Mavondo, F. (2015). The obesogenic household: Factors influencing dietary gatekeeper satisfaction with family diet. *Psychology and Marketing*, 32(5), 544–557. <https://doi.org/10.1002/mar.20799>
- Reilly, J. J., & Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: Systematic review. *International Journal of Obesity*, 35(7), 891–898. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.222>
- Rex, S. M., Kopetsky, A., Bodt, B., & Robson, S. M. (2021). Relationships among the physical and social home food environments, dietary intake, and diet quality in mothers and children. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 121(10), 2013–2020. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2021.03.008>
- Rodríguez-Arauz, G., Reyes-Fernández, B., & Gómez-Salas, G. (2025). The relationship between modeling, caregiver education, and diverse diet in

- Costa Rican preschool children. *Nutrients*, 17(13), 1–13.
<https://doi.org/10.3390/nu17132087>
- Romanos-nanclares, A., Zazpe, I., Santiago, S., Marín, L., Rico-Campà, A., & Martín-Calvo, N. (2018). Influence of parental healthy-eating attitudes and nutritional knowledge on nutritional adequacy and diet quality among preschoolers: The SENDO Project. *Nutrients*, 10(12).
<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/nu10121875>
- Russell, A., Jansen, E., Burnett, A. J., Lee, J., & Russell, C. G. (2023). Children's eating behaviours and related constructs: Conceptual and theoretical foundations and their implications. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 20(1), 19.
<https://doi.org/10.1186/s12966-023-01407-3>
- Savage, J., Fisher, J., & Birch, L. (2007). Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 22–34.
<https://doi.org/10.1111/j.1748-720x.2007.00111.x>
- Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients*, 10(6), 1–17. <https://doi.org/10.3390/nu10060706>
- Scalvedi, M. L., Gennaro, L., Saba, A., & Rossi, L. (2021). Relationship between nutrition knowledge and dietary intake: An assessment among a sample of Italian adults. *Frontiers in Nutrition*, 8, 714493.
<https://doi.org/10.3389/fnut.2021.714493>
- Schermelleh-Engel, K., & Moosbrugger, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research*, 8(2), 23–74.

- Schmidt, V., Barreyro, J., & Maglio, A. (2009). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3(2), 30–36.
- Serasinghe, N., Vepsäläinen, H., Lehto, R., Abdollahi, A. M., Erkkola, M., Roos, E., & Ray, C. (2023). Associations between socioeconomic status, home food availability, parental role-modeling, and children's fruit and vegetable consumption: a mediation analysis. *BMC Public Health*, 23(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15879-2>
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C., & Aranceta, J. (2004). Food, youth and the mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, mediterranean diet quality index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 7(7), 931–935. <https://doi.org/10.1079/phn2004556>
- Shloim, N., Edelson, L. R., Martin, N., & Hetherington, M. M. (2015). Parenting styles, feeding styles, feeding practices, and weight status in 4–12-year-old children: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychology*, 6(1849). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01849>
- Siles, S., Pineda, A., Pineda, O., Cándido, J., & Arijá, V. (2015). Selectividad alimentaria en los trastornos del espectro autista: una revisión sistemática. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 21(2), 13–19.
- Silva, P., Araújo, R., Lopes, F., & Ray, S. (2023). Nutrition and food literacy: Framing the challenges to health communication. *Nutrients*, 15(22), 4708. <https://doi.org/10.3390/nu15224708>
- Snoek, H. M., Engels, R. C. M. E., Janssens, J. M. A. M., & van Strien, T. (2007). Parental behaviour and adolescents' emotional eating. *Appetite*, 49(1), 223–230. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.02.004>

- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., & Glanz, K. (2008). Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health*, *29*, 253–272. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090926>
- Swinburn, B. A., Egger, G., & Raza, F. (1999). Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity 1. *Preventive Medicine*, *29*, 563-570. <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0585>
- Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C., Herrero, M., Hovmand, P. S., Howden, M., ... Dietz, W. H. (2019). The Global Syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, *393*(10173), 791–846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., & Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, *378*(9793), 804–814. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60813-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60813-1)
- Tartaglia, J., Jancey, J., Scott, J. A., Dhaliwal, S. S., & Begley, A. (2024). Effectiveness of a food literacy and positive feeding practices program for parents of 0 to 5 years olds in Western Australia. *Health Promotion Journal of Australia*, *35*(2), 263–275. <https://doi.org/10.1002/hpja.742>

- Tartaglia, J., McIntosh, M., Jancey, J., Scott, J., & Begley, A. (2021). Exploring feeding practices and food literacy in parents with young children from disadvantaged areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(4), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041496>
- Troncoso-Pantoja, C., Lanuza, F., Martínez-Sanguinetti, M. A., Leiva, A. M., Ramírez-Alarcón, K., Martorell, M., Labraña, A. M., Parra-Soto, S., Lasserre-Laso, N., Nazar, G., Celis-Morales, C., & Petermann-Rocha, F. (2020). Lifestyles and adherence to the Chilean dietary guidelines: Results of the Chilean national health 2016-2017 survey. *Revista Chilena de Nutrición*, *47*(4), 650–657. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000400650>
- Troncoso-Pantoja, C., Lanuza, F., Martínez-Sanguinetti, M. A., Leiva-Ordoñez, A. M., Ramírez-Alarcón, K., Martorell, M., Labraña, A. M., Parra-Soto, S., Lasserre-Laso, N., Nazar, G., Celis-Morales, C., & Petermann-Rocha, F. (2022). Compliance with the Dietary Guidelines in Chilean adolescents: a cross-sectional study of the Chilean National Health Survey 2016-2017. *Andes Pediátrica*, *93*(6), 878–888. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v93i6.4191>
- Truman, E., Lane, D., & Elliott, C. (2017). Defining food literacy: A scoping review. *Appetite*, *116*, 365–371. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.007>
- Ulloa, N., Villagrán, M., Riffo, B., Gleisner, A., Petermann-Rocha, F., Mardones, L., Leiva, A. M., Martínez-Sanguinetti, M. A., & Celis-Morales, C. (2020). Association between fto gene rs9939609 and adiposity markers in Chilean children. *Revista Chilena de Pediatría*, *91*(3), 371–378. <https://doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1395>
- Van Der Horst, K., Oenema, A., Ferreira, I., Wendel-Vos, W., Giskes, K., Van Lenthe, F., & Brug, J. (2007). A systematic review of environmental

- correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health Education Research*, 22(2), 203–226. <https://doi.org/10.1093/her/cyl069>
- Vaughn, A. E., Tabak, R. G., Bryant, M. J., & Ward, D. S. (2013). Measuring parent food practices: a systematic review of existing measures and examination of instruments. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(61). <http://www.ijbnpa.org/content/10/1/61>
- Vaughn, A. E., Ward, D. S., Fisher, J. O., Faith, M. S., Hughes, S. O., Kremers, S. P. J., Musher-Eizenman, D. R., O'Connor, T. M., Patrick, H., & Power, T. G. (2016). Fundamental constructs in food parenting practices: A content map to guide future research. *Nutrition Reviews*, 74(2), 98–117. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv061>
- Verde, L., Barrea, L., Bowman-Busato, J., Yumuk, V. D., Colao, A., & Muscogiuri, G. (2024). Obesogenic environments as major determinants of a disease: It is time to re-shape our cities. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 40(1). <https://doi.org/10.1002/dmrr.3748>
- Vidgen, H. A., & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>
- Vollmer, R. L., & Mobley, A. R. (2013). Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. *Appetite*, 71, 232–241. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.08.015>
- Wang, J., Wu, R., Wei, X., Chang, Y. S., Tang, X., Zhu, B., Cao, Y., Wu, Y., & Zhu, D. (2024). Bidirectional associations between parental feeding practices and child eating behaviors in a Chinese sample. *Nutrients*, 16(1). <https://doi.org/10.3390/nu16010044>
- Wang, Y., & Lim, H. (2012). The global childhood obesity epidemic and the association between socio-economic status and childhood obesity.

International Review of Psychiatry, 24(3), 176–188.

<https://doi.org/10.3109/09540261.2012.688195>

- Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C. A., Rapoport, L., & Plomin, R. (2002). Parental feeding style and the intergenerational transmission of obesity risk. *Obesity Research*, 10(6), 453–462. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.63>
- Wäsche, H., Niermann, C., Bezold, J., & Woll, A. (2021). Family health climate: a qualitative exploration of everyday family life and health. *BMC Public Health*, 21(1261). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11297-4>
- Weintraub, E., Austin, B. W., & Kaiser, C. K. (2020). Effects of Family-Centered Media Literacy Training on Family Nutrition Outcomes. *Prevention Science*, 21(3), 308–318. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01101-x>
- Whitaker, R., Wright, J., Pepe, M., Seidel, K., & Dietz, W. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine*, 337(13), 869–873. <https://doi.org/10.1056/nejm199709253371301>
- Wijayaratne, S. P., Reid, M., Westberg, K., Worsley, A., & Mavondo, F. (2018). Food literacy, healthy eating barriers and household diet. *European Journal of Marketing*, 52(12), 2449–2477. c
- Wijayaratne, S., Westberg, K., Reid, M., & Worsley, A. (2021). A qualitative study exploring the dietary gatekeeper's food literacy and barriers to healthy eating in the home environment. *Health Promotion Journal of Australia*, 32(S2), 292–300. <https://doi.org/10.1002/hpja.398>
- World Obesity Federation. (2023). *World Obesity Atlas 2023*.
- Yilmaz, B., & Gezmen Karadağ, M. (2021). The current review of adolescent obesity: The role of genetic factors. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 34(2), 151–162. <https://doi.org/10.1515/jpem-2020-0480>

- Zapata, D., Granfeldt, G., Mosso, C., Sáez, K., & Muñoz, S. (2016). Evaluación nutricional y adherencia a la dieta mediterránea de adolescentes chilenos que residen en hogares de familias hospedadoras. *Revista Chilena de Nutrición*, 43(2), 110–115. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182016000200001>
- Zicavo, N., Palma, C., & Garrido, G. (2012). Adaptación y validación del Faces-20-ESP: Re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 219–234.
<http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/cinde/index.html>

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de antecedentes sociodemográficos

Cuestionario de antecedentes sociodemográficos

En los siguientes apartados se solicita información de tipo general en relación con su persona y el niño o niña bajo su cuidado. Lea cada uno de los enunciados y responda según lo solicitado.

Antecedentes sociodemográficos del/la cuidador/a			
1. Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Masculino	2. Edad en años:	
3. Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Chilena <input type="checkbox"/> Otra (mencione cual) _____		
4. Tiempo de residencia en el país	<input type="checkbox"/> Desde siempre <input type="checkbox"/> Algunos años (señale cuantos) ____		
5. Lugar de residencia	Región: Comuna:		
6. Estado civil	<input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> En pareja		
7. Nivel educacional	<input type="checkbox"/> Enseñanza básica completa <input type="checkbox"/> Enseñanza superior incompleta <input type="checkbox"/> Enseñanza básica incompleta <input type="checkbox"/> Estudios de especialización <input type="checkbox"/> Enseñanza media completa (ej. Diplomados) <input type="checkbox"/> Enseñanza media incompleta		

	<input type="checkbox"/> Enseñanza superior completa <input type="checkbox"/> Estudios de posgrado (ej. Magíster)
8. Ocupación (Señale a qué se dedica)	
9. Trabaja usted en alguno de estos sectores	<input type="checkbox"/> Educación a niños <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Trabajo en el cuidado de niños de las anteriores <input type="checkbox"/> Sector de la salud <input type="checkbox"/> Ninguna
10. Ingreso familiar	<input type="checkbox"/> \$500.000 o menos <input type="checkbox"/> entre \$500.000 y \$1.000.000 <input type="checkbox"/> entre \$1.000.000 y \$1.500.000 <input type="checkbox"/> entre \$1.500.000 y \$2.000.000 <input type="checkbox"/> \$2.000.000 o más
11. Grado de parentesco con el niño o niña	<input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Cuidador/a de otro tipo (señale cual) <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a _____
12. ¿Es usted el/la principal cuidador/a del niño o niña?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
13. ¿Es usted el/la principal encargado/a de la alimentación del niño o niña?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
14. N° de personas con quien vive	

Antecedentes sociodemográficos del niño o niña bajo cuidado		
1. Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	2. Edad en años y meses:
3. Escolaridad	<input type="checkbox"/> Salacuna enseñanza básica <input type="checkbox"/> Nivel medio de enseñanza básica <input type="checkbox"/> Prekinder establecimientos <input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> Primer año <input type="checkbox"/> Segundo año <input type="checkbox"/> No asiste a educacionales.
4. N° de niños/as que viven en el hogar		

Anexo 2. Cuestionario de antecedentes de salud

Cuestionario de antecedentes de salud

En los siguientes apartados se solicita información respecto a la salud de su persona y también del niño o niña que se encuentra bajo su cuidado. Lea cada uno de los enunciados y responda según lo solicitado.

Antecedentes de salud del/la cuidador/a	
¿sigue Ud. algún tipo de dieta especial?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Vegetariano (consumo de productos de origen vegetal y derivados de animales como huevo, leche, etc. Sin consumir su carne). <input type="checkbox"/> Si, Vegano (consumo exclusivo de productos de origen vegetal) <input type="checkbox"/> Otro (señale cual): _____
¿ Tiene usted alguna alergia alimentaria?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (señale cual): _____
¿ Sigue usted algún régimen nutricional?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (indique por qué): _____
¿ Tiene o ha tenido diagnóstico de algún trastorno de la conducta alimentaria? (Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, entre otros)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Antecedentes de salud del niño o niña bajo cuidado			
1. Peso actual del niño (en kilogramos)		6. Estatura actual (en centímetros)	
6. ¿En qué condición considera que está su hijo/a o el niño/a bajo su cuidado?	<input type="checkbox"/> Bajo peso <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Peso normal <input type="checkbox"/> Obesidad		
7. Presencia de diagnóstico de enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares o cardiopatías (hipertensión arterial, arritmia, soplo cardíaco, etc.) <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias (asma, bronquitis, otras) <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ _____		
8. ¿Ha sido el niño o niña diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?	<input type="checkbox"/> Trastorno de la conducta alimentaria <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit atencional con hiperactividad <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		
9. ¿Tiene el niño o niña alguna alergia alimentaria?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (especifique cuál): _____		
10. Si su respuesta a la pregunta anterior fue SI ¿Esta alergia afecta los productos que se incluyen en la dieta del niño o niña bajo su cuidado? Si fue NO pase a la pregunta siguiente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		

11. ¿Sigue el niño o niña algún régimen alimenticio?	___ No ___ Si (señale el motivo): _____
12. Durante la semana ¿qué comidas consume el niño en la casa? (puede escoger más de una)	___ Desayuno ___ Cena ___ Almuerzo ___ Colaciones

Anexo 3. Short Food Literacy Questionnaire (SFLQ), adaptación realizada por Cabezas (2021).

Short Food Literacy Questionnaire (SFLQ) traducido al español

Instrucciones: Nos interesa conocer su opinión respecto de los temas que se presentan a continuación. Por favor encierre en un círculo el número que más se acerque a su opción de respuesta.

	Muy en desacuerdo		Muy de acuerdo	
1. Cuando tengo dudas sobre alimentación saludable, sé dónde puedo encontrarla.	1	2	3	4

	Muy mal			Muy bien	
2. En términos generales ¿Qué tan bien entiende la siguiente información nutricional?	1	2	3	4	5
(A) Información nutricional de folletos.	1	2	3	4	5
(B) Información de etiquetas de los alimentos.	1	2	3	4	5
(C) Información de programas de radio o TV.	1	2	3	4	5
(D) Recomendaciones nutricionales de profesionales.	1	2	3	4	5
(E) Consejos nutricionales de amigos o familiares.	1	2	3	4	5
3. ¿Qué tan familiarizado está con la pirámide de los alimentos?	1	2	3	4	5

	Muy en desacuerdo		Muy de acuerdo	
4. Conozco las recomendaciones oficiales sobre el consumo de frutas y verduras.	1	2	3	4

5. Conozco las recomendaciones oficiales sobre el consumo de sal.	1	2	3	4
---	---	---	---	---

	Muy difícil		Muy fácil	
6. Pensando en un día normal: ¿Qué tan fácil o difícil es programar una comida balanceada en el hogar?	1	2	3	4

	Nunca			Siempre	
7. En el pasado: ¿Qué tan capaz era usted de ayudar a amigos o familiares si tenían dudas sobre temas de alimentación?	1	2	3	4	5

	Muy difícil			Muy fácil	
8. Existe gran cantidad de información sobre alimentación saludable. ¿Qué tan fácil es para usted elegir la información que es relevante para usted?	1	2	3	4	5

	Muy difícil			Muy fácil	
9. ¿Qué tan fácil es para usted evaluar si una información nutricional es confiable?	1	2	3	4	

	Muy difícil			Muy fácil	
10. La publicidad generalmente relaciona alimentos con salud. ¿Qué tan fácil es para usted	1	2	3	4	

evaluar si esas asociaciones son adecuadas o no?				
11. ¿Cuán fácil es para usted evaluar si un alimento específico es importante para una dieta saludable?	1	2	3	4
12. ¿Qué tan fácil es para usted evaluar el impacto que en el largo plazo tendrán sus hábitos alimentarios en su salud?	1	2	3	4

Anexo 4a. Escala Breve de Funcionamiento Familiar FACES 20 ESP

Adaptado, versión validada en población chilena por Zicavo et al. (2012).

ESCALA BREVE DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FACES 20ESP

ADAPTADO

A continuación, se presenta una serie de enunciados acerca de situaciones que ocurren en la vida familiar, indique por favor en qué medida las afirmaciones siguientes representan su caso particular

	0 = Nunca 1 = Casi nunca 2 = Pocas veces 3 = Con frecuencia 4 = Casi siempre	0	1	2	3	4
1	Los miembros de la familia nos sentimos cercanos afectivamente entre todos					
2	Los hijos participan en la resolución de problemas					
3	En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa					
4	Todos los miembros de la familia participamos en la toma de decisiones					
5	Los miembros de la familia nos pedimos ayuda mutuamente					
6	En cuanto a la elaboración de pautas de disciplina (normas, obligaciones) tomamos en cuenta la opinión de los hijos					
7	Cuando surgen problemas negociamos para encontrar una solución					
8	En nuestra familia realizamos actividades juntos regularmente					
9	Los miembros de la familia tienen libertad para expresarse					
10	En nuestra familia solemos reunirnos en el mismo lugar (cocina, living y otro espacio)					
11	A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos					
12	En nuestra familia a todos nos resulta fácil expresar su opinión					
13	Los miembros de la familia nos apoyamos unos a otros en los momentos difíciles					

14	En nuestra familia intentamos nuevas formas de resolver los problemas					
15	Los miembros de la familia compartimos intereses y pasatiempos					
16	Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares					
17	Los miembros de la familia consultamos unos a otros acerca de nuestras decisiones personales					
18	Padres e hijos hablamos acerca de los castigos y las reglas					
19	La unidad familiar es una preocupación principal					
20	Los miembros de la familia comentamos nuestros problemas y nos sentimos bien con las decisiones tomadas entre todos					

Anexo 4b. Escala Breve de Funcionamiento Familiar FACES 20 ESP

Adaptado, versión validada en población chilena por Zicavo et al. (2012) –

Subescala de Cohesión

	0 = Nunca 1 = Casi nunca 2 = Pocas veces 3 = Con frecuencia 4 = Casi siempre	0	1	2	3	4
1	Los miembros de la familia nos sentimos cercanos afectivamente entre todos					
4	Todos los miembros de la familia participamos en la toma de decisiones					
5	Los miembros de la familia nos pedimos ayuda mutuamente					
8	En nuestra familia realizamos actividades juntos regularmente					
10	En nuestra familia solemos reunirnos en el mismo lugar (cocina, living y otro espacio)					
11	A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos					
13	Los miembros de la familia nos apoyamos unos a otros en los momentos difíciles					
15	Los miembros de la familia compartimos intereses y pasatiempos					
17	Los miembros de la familia consultamos unos a otros acerca de nuestras decisiones personales					
19	La unidad familiar es una preocupación principal					

**Anexo 5. Feeding practices and Structure Questionnaire (PSFQ-28)
version original.**

Feeding Practices and Structure Questionnaire FPSQ-28

These questions deal with **your** interactions with your child during the main meal. Circle only **one** number per row that describes how often these things happen. If you are not certain, make your best guess.

How often during the main meal...	Never	Rarely	Some- times	Often	Always
...do you warn your child that you will take a food away if the child doesn't eat (for example, "If you don't finish your vegetables, you won't get fruit")?	1	2	3	4	5
...do you reason with your child to get him/her to eat (for example, "Milk is good for your health because it will make you strong")?	1	2	3	4	5
...do you say something to show your disapproval of your child for not eating?	1	2	3	4	5
...do you encourage your child to eat something by using food as a reward (for example, "If you finish your vegetables, you will get some fruit")?	1	2	3	4	5
...do you tell your child to eat something on the plate (for example, "Eat your beans")?	1	2	3	4	5

Please indicate how much you agree with the following statements:

Please circle only one number per row.

	Disagree	Slightly disagree	Neutral	Slightly agree	Agree
I intentionally keep some foods out of my child's reach (restriction of estructura)	1	2	3	4	5
I offer my child his/her favourite foods in exchange for good behaviour	1	2	3	4	5
If my child says "I'm not hungry" I try to get him/her to eat anyway	1	2	3	4	5
If I did not guide or regulate my child's eating, he/she would eat too many junk foods	1	2	3	4	5
I have to make sure that my child does not eat too many sweet foods (lollies, ice-cream, cake or pastries)	1	2	3	4	5

Please circle only one number per row.

	Disagree	Slightly disagree	Neutral	Slightly agree	Agree
I have to make sure that my child does not eat too much of his/her favourite foods	1	2	3	4	5

Please read the following statements and circle only **one** number per row to show how you deal with feeding your child. It is important to remember that there are no right or wrong answers to these questions; we are interested in what parents really feel and do.

Please circle only one number per row.

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
I give my child something to eat to make him/her feel better when (s)he is feeling upset.	1	2	3	4	5
I praise my child if (s)he eats what I give him/her.	1	2	3	4	5
In order to get my child to behave him/herself I promise him/her something to eat.	1	2	3	4	5
I allow my child to wander around during a meal.	1	2	3	4	5
I let my child decide when (s)he would like to have her meal.	1	2	3	4	5

Please circle only **one** number per row.

Never Rarely Sometimes Often Always

I decide when it is time for my child to have a snack.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

I use desserts as a bribe to get my child to eat his/her main course	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

I decide the times when my child eats his/her meals.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

I reward my child with something to eat when (s)he is well behaved.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

I insist my child eats meals at the table.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

How often are you firm about where your child should eat?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

How often do you avoid going with your child to cafes or restaurants which sell unhealthy foods?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

How often do you avoid buying lollies and snacks eg. potato chips and bringing them into the house?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

How often do you not buy foods that you would like because you do not want your child to have them?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Please circle only **one** number per row.

Never Rarely Sometimes Often Always

How often do you avoid buying biscuits and cakes and bringing them into the house?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

When your child refuses food (s)he usually eats, do you insist your child eats it	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

When your child refuses food (s)he usually eats, do you encourage him/her to eat by offering a food reward eg. dessert	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Please cite as: Jansen, E., Williams, K. E., Mallan, K. M., Nicholson, J. M., y Daniels, L. A. (2016). The Feeding Practices and Structure Questionnaire (FPSQ-28): A parsimonious version validated for longitudinal use from 2 to 5 years. *Appetite*, 100, 172-180.

Anexo 6. Adaptación Mexicana del CFQ (AMCFQ)

Ítem	Pregunta	Nunca			Siempre	
		1	2	3	4	5
1	¿Cuándo su niñ@ esta en casa con que frecuencia es usted la responsable de alimentarlo?					
2	¿Con qué frecuencia es usted responsable de decidir la cantidad de comida que debe comer su hijo?					
3	¿con que frecuencia es usted responsable de decidir si su hij@ ha comido el tipo adecuado de comida?					
4	¿Cómo definiría usted su propio peso durante: Su niñez (5 a 10 años de edad)?					
5	¿Cómo definiría usted su propio peso durante: Su adolescencia?					
6	¿Cómo definiría usted su propio peso durante: De sus 20 a 29 años?					
7	¿Cómo definiría usted su propio peso durante: Actualmente?					
8	¿Cómo definiría el peso de hij@: durante el primer año de vida?					
9	¿Cómo definiría el peso de su hij@: de 1 a 3 años?					
10	¿Cómo definiría el peso de su hij@: en precolar?					
11	¿Cómo definiría el peso de su hij@: de precolar a segundo grado de primaria?					
12	¿Cómo definiría el peso de su hij@: de tercero a quinto de primaria?					
13	¿Qué tanto le preocupa que su hij@ coma demasiado cuando usted no está?					
14	¿Qué tanto le preocupa que su hij@ tenga que hacer dieta para mantener el peso adecuado?					
15	¿Qué tanto le preocupa que su hij@ llegara a tener sobrepeso?					
16	Tengo que asegurarme que mi hij@: no coma muchas golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas)					
17	Tengo que asegurarme que mi hij@: no coma muchos alimento grasosos					

18	Tengo que asegurarme que mi hij@: no coma muchos de sus alimentos favoritos					
24	Mi hij@ debe terminarse toda la comida que le sirva en su plato					
25	Le prohíbo comer a mi hij@ golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) cuando se porta mal					
26	Le prohíbo comer a mi hij@ comida chatarra (chetos, chicharrones, palomitas, papitas) cuando se porta mal					
27	Le prohíbo comer a mi hij@ su comida favorita cuando no me obedece					
28	Tengo que ser especialmente cuidadosa para asegurarme que mi hij@ coma suficiente					
29	Si mi hij@ me dice No tengo hambre trato de hacer que el coma de cualquier manera					
30	Si yo no guiara o regulara su alimentación mi hij@ comería mucho menos de lo que debe					
31	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) que come su hij@?					
32	¿Qué tan al pendiente esta usted de la cantidad de comida chatarra (papitas, chicharrones, etc.) que come su hij@?					
33	¿Qué tan al pendiente está usted de la cantidad de alimentos grasos que come su hij@?					

Anexo 7. Parental Feeding Style Questionnaire (PFSQ), version original de Wardle et al. (2012).

Parental Feeding Style Questionnaire

Please read the following statements and tick the appropriate boxes to show how you deal with feeding your child. It is important to remember that there are no right or wrong answers to these questions, we are interested in what parents really feel and do.

	Never	Rarely	Some- times	Often	Always
I allow my child to choose which foods to have for meals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I give my child something to eat to make him/her feel better when s/he is feeling upset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I encourage my child to look forward to the meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I praise my child if s/he eats what I give him/her	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I decide how many snacks my child should have	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I encourage my child to eat a wide variety of foods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In order to get my child to behave him/herself I promise him/her something to eat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I present food in an attractive way to my child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If my child misbehaves I withhold his/her favourite food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I encourage my child to taste each of the foods I serve at mealtimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I allow my child to wander around during a meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I encourage my child to try foods that s/he hasn't tasted before	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I give my child something to eat to make him/her feel better when s/he has been hurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I let my child decide when s/he would like to have her meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I give my child something to eat if s/he is feeling bored	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I allow my child to decide when s/he has had enough snacks to eat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I decide when it is time for my child to have a snack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I use puddings as a bribe to get my child to eat his/her main course	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I encourage my child to enjoy his/her food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I decide the times when my child eats his/her meals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I give my child something to eat to make him/her feel better when s/he is worried	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I reward my child with something to eat when s/he is well behaved	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 8. KIDMED 2.0

Ítem	Pregunta	Criterio	P*
1	Como 1-2 raciones de fruta/día.	+1	
2	Como 1 o más raciones de vegetales crudos o cocidos/día.	+1	
3	Como 1 ración en comida y otra en cena de legumbres o carnes (pollo, pavo o conejo u otras carnes magras), pescados y/o huevos.	+1	
4	Mas de la mitad de la comida que consumo es de origen vegetal (frutas, verduras, legumbres, frutos secos, patatas y cereales integrales).	+1	
5	Cuando consumo carne magra, pescados y/o huevos son generalmente frescos y mínimamente procesados.	+1	
6	Consumo alimentos precocinados o fast-food como pizzas y hamburguesas una o más veces a la semana.	-1	
7	Como 3 o más raciones de legumbres (lentejas, alubias y garbanzos) a la semana.	+1	
8	En casa generalmente los alimentos se cocinan al horno, a la plancha (en una sartén con poco aceite) o cocidos (no se usa una sartén).	+1	
9	Cuando como cereales (pasta, arroz, cuscús, quinua) siempre son integrales.	+1	
10	Consumo una ración de frutos secos crudos o tostados sin sal al menos 3 veces a la semana.	+1	
11	En casa se usa aceite de oliva virgen (verde oscuro= en lugar de aceite de girasol (amarillo).	+1	
12	Bebo bebidas refrescantes azucaradas comerciales, zumos comerciales y/o batidos una o mas veces a la semana.	-1	

13	Cuando consumo 1 ración de lácteos siempre son naturales (leche, yogur sin azúcar, queso fresco) o mínimamente procesados.	+1	
14	Cuando desayuno como pastas, galletas, zumos comerciales, smoothies o alimentos procesados.	-1	
15	Cuando desayuno consumo alimentos no procesados o mínimamente procesados (fruta, frutos secos, huevos o pan de trigo integral).	+1	
16	Como masas industriales (caramelos, galletas, snacks o chocolate) y dulces (postres crujientes, gominolas, caramelos o mermeladas) varias veces a la semana.	-1	

*P: Puntuación.

Anexo 9. Consentimiento informado



Universidad de Concepción
Departamento de Psicología
“Ambiente alimentario familiar, dieta y estado nutricional de preescolares en Chile”
Investigador Responsable: Ps. Caterin Romero Hernández

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) participante:

Usted ha sido invitado/a a participar en el estudio “Ambiente alimentario familiar, dieta y estado nutricional de preescolares en Chile” el cual es parte de un proyecto de investigación para optar al grado de Magíster en Psicología, a cargo de la Ps. Caterin Romero Hernández, estudiante del programa de Magíster en Psicología del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción.

A. Propósito de la investigación: Establecer la relación entre el ambiente alimentario familiar (alfabetización nutricional, prácticas alimentarias y clima familiar), dieta y estado nutricional de preescolares en Chile.

B. Descripción de su participación: Si usted decide ser parte del estudio, se le pedirá que acepte su participación a través del presente consentimiento informado. Su participación consistirá en contestar un cuestionario que tardará un tiempo estimado de 30 minutos aproximadamente.

C. Posibles riesgos: Un eventual riesgo podría ser que se sintiera incómodo/a mientras contesta al cuestionario. No obstante, usted es libre de dejar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar ningún tipo de explicación.

D. Beneficios: La información que usted aporte será de gran valor para la investigación respecto al ambiente alimentario familiar y su posible influencia en el desarrollo de malnutrición por exceso en niños y niñas de edad preescolar.

E. *Confidencialidad y resguardo de la información*: Toda la información derivada de su participación será manejada con estricta confidencialidad. Sólo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos por usted proporcionados. La información será resguardada según todos los requerimientos que las leyes chilenas explicitan (ley 20.120). Asimismo, tanto en el análisis como en la publicación y difusión científica de los resultados, no se identificará la identidad de ninguno de los/as participantes ni su respectiva organización, para así resguardar el anonimato. La información que entregue mediante su participación sólo será utilizada con fines científicos y relativos a esta investigación y no será usada con fines ajenos a los explícitamente expresados en este documento.

F. *Voluntariedad*: La participación en esta investigación es absolutamente voluntaria y usted puede retirarse en cualquier momento del estudio, sin que ello tenga ninguna consecuencia.

G. *Derechos del/de la participante*: Cualquier pregunta que yo quisiera hacer con relación a mi participación en este estudio será contestada por la investigadora a cargo: Caterin Romero Hernández, en el correo electrónico cromero2019@udec.cl. Para cualquier duda que no me haya sido satisfactoriamente resuelta por el investigador responsable me podré dirigir a Claudia Muñoz Oliva, Coordinadora del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Concepción. Correo: secrevid@udec.cl.

El presente estudio al cual ha sido invitado a participar se adscribe a la última versión de la declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial y al Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo el consentimiento para participar en el estudio: **“Ambiente alimentario familiar, dieta y estado nutricional de preescolares en Chile”**.

Comprendo y acepto la información que se entregó anteriormente y declaro conocer los objetivos del estudio.

En atención a estas consideraciones, libremente marque la que corresponda.

Yo ACEPTO

Yo NO ACEPTO

Firma participante

Firma investigadora a cargo

Anexo 10. Resultado de las regresiones del modelo SEM

Tabla 12

Resultados completos de las regresiones del modelo SEM

Predictor		Resultado β (Std.all)	IC 95% [min – max]	p
AA	SMT	0.014	[-0.021 – 0.026]	.799
	SMS	-0.056	[-0.050 – 0.022]	.379
	Md	0.221	[0.048 – 0.147]	< .001*
	Mt	0.112	[-0.001 – 0.109]	.052
	ER	-0.073	[-0.051 – 0.013]	.272
	P	0.025	[-0.040 – 0.061]	.682
	RWC	0.039	[-0.052 – 0.102]	.494
	Dieta	0.099	[-0.003 – 0.058]	.078
CF	SMT	0.148	[0.010 – 0.097]	.014*
	SMS	0.163	[0.022 – 0.130]	.004*
	Md	0.232	[0.096 – 0.266]	< .001*
	Mt	0.162	[0.031 – 0.215]	.005*
	ER	-0.207	[-0.151 – -0.031]	.004*
	P	-0.085	[-0.169 – 0.020]	.197
	RWC	-0.033	[-0.169 – 0.074]	.534
	Dieta	0.061	[-0.023 – 0.074]	.240
SMT	Dieta	0.137	[0.054 – 0.303]	.005*
SMS	Dieta	0.012	[-0.085 – 0.108]	.809
Md	Dieta	0.406	[0.191 – 0.324]	< .001*
Mt	Dieta	-0.002	[-0.055 – 0.053]	.968

Predictor	Resultado β (Std.all)	IC 95% [min – max]	p	
ER	Dieta	-0.019	[-0.126 – 0.084]	.685
P	Dieta	-0.124	[-0.146 – -0.016]	.015*
RWC	Dieta	-0.054	[-0.064 – 0.019]	.292
Sexo_num	Dieta	-0.029	[-0.598 – 0.309]	.516
	IMC	0.018	[-0.473 – 0.695]	.728
EducPa_num	Dieta	-0.124	[-1.740 – -0.277]	.008*
	IMC	-0.082	[-1.530 – 0.031]	.055
Dieta	IMC	-0.097	[-0.232 – 0.003]	.066

Anexo 11. Covarianzas del modelo SEM

Tabla 13

Covarianzas del modelo SEM

Variable 1	Variable 2	r (Std.all)	IC 95% [min – max]	p
AA	CF	0.292	[8.000 – 21.347]	< .001*
	Sexo_num	-0.009	[-0.539 – 0.431]	.866
	EducPa_num	-0.062	[-0.480 – 0.105]	.223
CF	Sexo_num	-0.037	[-0.365 – 0.165]	.466
	EducPa_num	-0.036	[-0.241 – 0.100]	.483
Sexo_num	EducPa_num	-0.027	[-0.019 – 0.011]	.583
SMT	SMS	0.210	[0.566 – 1.521]	< .001*
	Md	0.136	[0.169 – 1.813]	.019*
	Mt	0.095	[-0.087 – 1.701]	.080
	ER	0.003	[-0.377 – 0.405]	.958
	P	0.241	[0.996 – 2.626]	< .001*
	RWC	0.211	[1.417 – 3.659]	< .001*
SMS	Md	0.005	[-0.943 – 1.039]	.924
	Mt	-0.021	[-1.406 – 0.926]	.697
	ER	-0.176	[-1.625 – -0.391]	.002*
	P	0.232	[1.348 – 3.290]	< .001*
	RWC	0.223	[1.908 – 5.215]	< .001*
Md	Mt	0.146	[0.679 – 4.074]	.006*
	ER	-0.031	[-1.130 – 0.643]	.574
	P	0.067	[-0.408 – 2.413]	.174

Variable 1	Variable 2	r (Std.all)	IC 95% [min – max]	p
	RWC	0.167	[1.587 – 6.257]	.001*
Mt	ER	0.016	[-0.792 – 1.103]	.759
	P	-0.039	[-2.478 – 1.150]	.482
	RWC	0.131	[0.554 – 6.404]	.017*
ER	P	0.239	[1.126 – 2.952]	< .001*
	RWC	0.106	[-0.230 – 3.252]	.097
P	RWC	0.186	[1.808 – 7.287]	.001*

Anexo 12. Interceptos del modelo SEM

Tabla 14

Interceptos del modelo SEM

Predictor	Resultado	β (Std.all)	IC 95% [min – max]	p
(Intercepto) SMT		4.668	[7.595 – 10.748]	< .001*
SMS		3.565	[7.044 – 11.424]	< .001*
Md		1.142	[1.118 – 7.938]	.008*
Mt		1.549	[3.639 – 10.776]	< .001*
ER		4.023	[7.071 – 11.429]	< .001*
P		3.174	[9.227 – 15.978]	< .001*
RWC		3.032	[14.142 – 24.658]	< .001*
Dieta		-0.185	[-3.065 – 2.404]	.734
IMC		6.098	[16.707 – 18.690]	< .001*
AA		6.111	[55.443 – 57.380]	< .001*
CF		6.519	[34.442 – 35.530]	< .001*
Sexo_num		0.923	[0.413 – 0.510]	< .001*
EducPa_num		0.355	[0.082 – 0.144]	< .001*

Anexo 13. Varianza total y residual de las variables del modelo SEM

Tabla 15

Varianza total y residual de las variables del modelo SEM

Variable	Varianza residual (no explicada)	% no explicada (Std.all)	IC 95% [min – max]	p
SMT	3.710	97.7%	[3.184 – 4.200]	< .001*
SMS	6.581	97.6%	[5.610 – 7.497]	< .001*
Md	14.151	86.7%	[11.773 – 16.343]	< .001*
Mt	18.699	95.1%	[16.522 – 20.579]	< .001*
ER	4.802	94.3%	[3.794 – 5.793]	< .001*
P	15.202	99.3%	[13.254 – 16.944]	< .001*
RWC	39.453	99.8%	[33.959 – 44.443]	< .001*
Dieta	4.667	71.2%	[3.842 – 5.187]	< .001*
IMC	8.262	98.6%	[5.665 – 11.522]	< .001*
AA (exógena)	85.230	100%	[73.720 – 97.200]	< .001*
CF (exógena)	28.821	100%	[21.556 – 37.661]	< .001*
Sexo_num (exógena)	0.248	100%	[0.242 – 0.250]	< .001*
EducPa_num (exógena)	0.099	100%	[0.075 – 0.123]	< .001*