

# AUTORREGULACIÓN EN LA INFANCIA: EL PRIMER PASO HACIA HÁBITOS SALUDABLES



---

## Resultados Proyecto FONIS SA23I0167:

Efectividad de la terapia parental apoyada con psicomotricidad clínica en la autorregulación de niños y niñas con sobrepeso u obesidad para incrementar hábitos saludables

# AUTORREGULACIÓN EN LA INFANCIA: EL PRIMER PASO HACIA HÁBITOS SALUDABLES

## CONTENIDOS:

### 7 PARTE I COMPRENDER LA OBESIDAD INFANTIL DESDE UNA MIRADA INTEGRAL

- 8 **CAPÍTULO 1**  
INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN OBESIDAD INFANTIL: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES, ROL DE LA FAMILIA Y ESTRATEGIAS INTERDISCIPLINARIAS
- 20 **CAPÍTULO 2**  
MÁS ALLÁ DE LA ALIMENTACIÓN: COMPRENDER LA OBESIDAD INFANTIL DESDE LA AUTORREGULACIÓN

### 35 PARTE II DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS DE INTERVENCIÓN

- 36 **CAPÍTULO 3**  
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTORREGULACIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES EN NIÑAS, NIÑOS Y SUS FAMILIAS
- 50 **CAPÍTULO 4**  
MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS SECUNDARIOS DEL PROYECTO FONIS SA23I0167
- 60 **CAPÍTULO 5**  
IMPLEMENTACIÓN, ADHERENCIA Y ESCALAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: APRENDIZAJES DEL PROYECTO FONIS SA23I0167 PARA FORTALECER INTERVENCIONES EN OBESIDAD INFANTIL
- 74 **CAPÍTULO 6**  
MODELOS INTEGRALES PARA EL ABORDAJE DE LA MALNUTRICIÓN POR EXCESO INFANTIL: CENTRO DE PROMOCIÓN Y NUTRICIÓN INFANTIL (CPNI), COMUNA EL BOSQUE, SANTIAGO
- 90 **CAPÍTULO 7**  
RESULTADOS CENTRO DE PROMOCIÓN Y NUTRICIÓN: APRENDIZAJES DEL PROCESO

### 103 PARTE III PROMOCIÓN INTEGRAL DE HÁBITOS SALUDABLES: ARTICULACIÓN ENTRE FAMILIA, ESCUELA Y APS

- 104 **CAPÍTULO 8**  
MOVIMIENTO, AUTORREGULACIÓN Y BIENESTAR EN LA ESCUELA: APORTES DE LA PSICOMOTRICIDAD EDUCATIVA FRENTE AL SEDENTARISMO EN LAS INFANCIAS
- 114 **CAPÍTULO 9**  
HACIA UNA PERSPECTIVA INTEGRAL DEL BIENESTAR INFANTIL: RECOMENDACIONES PARA LA FAMILIA, LA ESCUELA, LA SALUD Y LA COMUNIDAD

## Introducción General



**La obesidad infantil constituye uno de los problemas de salud pública más relevantes de las últimas décadas, tanto por su magnitud epidemiológica como por sus consecuencias físicas, psicológicas, familiares y sociales. Su aumento sostenido en Chile y en el mundo ha puesto en evidencia las limitaciones de los enfoques centrados exclusivamente en la conducta individual, la prescripción nutricional o el balance energético. Si bien la alimentación y la actividad física son dimensiones fundamentales, la malnutrición por exceso en la infancia no puede comprenderse al margen de los contextos familiares, escolares, comunitarios, territoriales y culturales en los que niñas y niños desarrollan sus hábitos cotidianos.**

En este escenario emerge una pregunta que atraviesa la presente guía: ¿por qué, pese al aumento de programas, intervenciones y estrategias de promoción de salud, los resultados en obesidad infantil continúan siendo limitados y heterogéneos? Esta interrogante invita a revisar críticamente los modelos tradicionales de abordaje y a preguntarse qué dimensiones del desarrollo infantil y de la vida cotidiana han quedado insuficientemente consideradas en las estrategias de intervención.

Durante décadas, gran parte de los esfuerzos en salud han tendido a focalizarse en la modificación de conductas alimentarias y en el aumento de actividad física, priorizando indicadores biomédicos y metas conductuales. Sin embargo, múltiples experiencias clínicas y comunitarias han mostrado que los procesos de cambio en salud infantil no dependen únicamente de la información o de la voluntad individual, sino también de factores emocionales, regulatorios, vinculares y contextuales que participan activamente en la construcción y sostenimiento de los hábitos saludables.

Desde esta perspectiva, la presente guía sistematiza los fundamentos, diseño, implementación, evaluación y proyecciones del proyecto FONIS SA23I0167, titulado Efectividad de la terapia parental apoyada con psicomotricidad clínica en la autorregulación de niñas y niños con sobrepeso u obesidad para incrementar hábitos saludables. Esta iniciativa se orientó a desarrollar y evaluar una intervención integral centrada en la autorregulación infantil, el fortalecimiento del vínculo familiar y la promoción de hábitos saludables, articulando la psicomotricidad clínica, el trabajo terapéutico con madres, padres y cuidadores, y una comprensión multidimensional de la obesidad infantil. El proyecto surge a partir del reconocimiento de que la obesidad en la infancia no puede entenderse únicamente como una condición biomédica, sino como una expresión compleja de procesos corporales, emocionales, relacionales y sociales. En este marco, la autorregulación ocupa un lugar central, ya que permite comprender cómo niñas y niños organizan sus emociones, impulsos, conductas alimentarias, experiencias corporales y vínculos con otros. Desde esta mirada, la autorregulación no es entendida exclusivamente como una habilidad individual, sino como un proceso dinámico que se construye en interacción con el cuerpo, los vínculos y los contextos cotidianos.

En consecuencia, hábitos relacionados con la alimentación, el sueño, el movimiento, el uso de pantallas y la participación en actividades familiares, escolares y comunitarias pueden comprenderse como expresiones regulatorias que se desarrollan en experiencias concretas de cuidado, organización familiar y participación social. Del mismo modo, la familia se concibe como un espacio decisivo en la construcción y sostenimiento de los hábitos, no únicamente porque facilita o dificulta la adherencia a las recomendaciones de salud, sino porque constituye un entorno de modelamiento, contención, comunicación y regulación compartida.

A partir de esta comprensión, la guía articula distintos niveles de análisis. En primer lugar, aborda los fundamentos conceptuales de las intervenciones psicosociales en obesidad infantil, destacando el rol de los determinantes sociales, los entornos obesogénicos, la familia y los modelos ecológicos. Posteriormente, desarrolla la relación entre autorregulación, corporalidad, hábitos saludables y experiencias vinculares, integrando aportes provenientes de la psicomotricidad clínica, las terapias parentales y los enfoques interdisciplinarios de intervención.

Asimismo, la guía presenta el diseño e implementación de experiencias terapéuticas y comunitarias desarrolladas en contextos reales, incorporando tanto sus fundamentos como los aprendizajes derivados de su aplicación clínica y territorial. En este contexto, la experiencia del Centro de Promoción y Nutrición Infantil de la comuna de El Bosque aporta antecedentes relevantes respecto de la necesidad de dispositivos intensivos, interdisciplinarios y territorialmente pertinentes para el abordaje de la malnutrición por exceso.

Junto con ello, se incorporan estrategias de evaluación y análisis de resultados que consideran indicadores antropométricos, conductuales, emocionales, ejecutivos y alimentarios. Esta aproximación busca comprender la obesidad infantil más allá del peso corporal o del índice de masa corporal, integrando dimensiones regulatorias, familiares y contextuales que permitan observar trayectorias diferenciadas de cambio y heterogeneidad en las respuestas a las intervenciones.

Otro eje relevante de la guía corresponde a la relación entre cuerpo, movimiento, escuela y bienestar. Desde la psicomotricidad educativa, se plantea que la promoción de hábitos saludables no puede reducirse únicamente al aumento de minutos de actividad física, sino que requiere recuperar el placer del movimiento, el juego corporal, la expresividad motriz y la experiencia vincular. En este sentido, la escuela se posiciona como un espacio privilegiado para la promoción de salud, especialmente cuando reconoce el cuerpo como dimensión central del aprendizaje, la convivencia, la autorregulación y el desarrollo integral.

Finalmente, la guía proyecta los aprendizajes del proyecto hacia las políticas públicas, la Atención Primaria de Salud y el diseño de modelos escalables de intervención. La experiencia sistematizada muestra que enfrentar la obesidad infantil exige articular salud, educación, familia, comunidad y territorio, así como fortalecer los equipos interdisciplinarios, mejorar los sistemas de seguimiento y considerar las condiciones sociales y emocionales de las familias en los procesos de intervención.

De esta manera, la presente guía propone una forma de comprender e intervenir en obesidad infantil que sitúa a niñas y niños en el centro de sus experiencias corporales, emocionales y vinculares, reconociendo a las familias, comunidades y contextos cotidianos como actores fundamentales en la construcción de hábitos saludables y trayectorias de bienestar más sostenibles y humanizadoras.



## PARTE I

### COMPRENDER LA OBESIDAD INFANTIL DESDE UNA MIRADA INTEGRAL

¿Qué dimensiones han quedado  
insuficientemente consideradas  
en el abordaje tradicional de la  
obesidad infantil?



# CAPÍTULO 1

## INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN OBESIDAD INFANTIL: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES, ROL DE LA FAMILIA Y ESTRATEGIAS INTERDISCIPLINARIAS

- A. Palma. Trabajadora Social.
- K. Saavedra. Trabajadora Social.
- N. Pizarro Chandía. Trabajador Social.

### Highlights:

- La obesidad infantil es un fenómeno multidimensional que integra factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales.
- Los entornos obesogénicos condicionan las conductas, desplazando la responsabilidad desde el individuo hacia el contexto.
- La familia es el eje central del cambio, siendo clave en la adherencia y sostenimiento de hábitos.
- Las intervenciones más efectivas son multicomponentes e interdisciplinarias.
- La evidencia aún presenta desafíos, especialmente en resultados biomédicos como el IMC.

### Claves:

- **Modelo ecológico y multidimensional:** Determinantes sociales de la salud, entornos obesogénicos e interacción de niveles.
- **Centralidad de la familia:** Co-regulación, modelamiento y organización de hábitos.
- **Modelo de las Seis C:** Cell, Child, Clan, Community, Country, Culture + dimensiones NAP, ROP y Tiempo.

### Introducción

La obesidad infantil es un problema de salud de alta relevancia epidemiológica, clínica y social. Desde una perspectiva biomédica, se define como una enfermedad crónica caracterizada por una acumulación excesiva de grasa que puede resultar perjudicial para la salud, al incrementar el riesgo de diabetes tipo II, cardiopatías, alteraciones en la salud ósea y reproductiva, además de aumentar el riesgo de determinados cánceres (Organización Mundial de la Salud, 2026). Así, la obesidad es una condición que no sólo afecta el presente de niños, niñas y adolescentes, sino también su trayectoria de salud futura.

Sin embargo, la mirada no debe ser exclusivamente biomédica. Por el contrario, propone una comprensión multidimensional, en la que la obesidad es entendida como un fenómeno complejo, influido por una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales (Ministerio de Salud, 2023). Esta forma de conceptualización se vincula directamente con el enfoque de determinantes sociales de la salud, en la medida en que permite identificar cómo múltiples condiciones del entorno inciden en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. Desde esta perspectiva, las intervenciones no pueden reducirse a recomendaciones alimentarias aisladas ni a la responsabilización individual de los sujetos, sino que deben incorporar la complejidad de los contextos en los cuales se configuran los hábitos de vida.

Esta tensión ha llevado progresivamente a cuestionar modelos centrados exclusivamente en la modificación de conductas individuales, abriendo espacio a perspectivas que reconocen la importancia de los vínculos, las experiencias emocionales, las dinámicas familiares y las condiciones cotidianas en la construcción de hábitos saludables. Desde esta mirada, la obesidad infantil no puede entenderse únicamente como un problema alimentario o conductual, sino como un fenómeno que involucra procesos regulatorios complejos, desarrollados en interacción con el entorno familiar, escolar y comunitario.

En este contexto resulta imprescindible subrayar la importancia de los entornos obesogénicos, es decir los contextos que fomentan la ingesta calórica elevada y el sedentarismo (OMS, 2016). En esta definición se consideran los alimentos disponibles, asequibles, accesibles y promocionados, así como las oportunidades para realizar actividad física y las normas sociales en torno a la alimentación y la actividad física (OMS, 2016). Esta noción es especialmente relevante porque desplaza el análisis desde el individuo hacia las condiciones de posibilidad que facilitan o dificultan los comportamientos saludables. En otras palabras, la obesidad infantil aparece asociada no sólo a elecciones personales, sino también a la oferta alimentaria, a la organización de los espacios, a la publicidad, a las rutinas cotidianas y a las desigualdades sociales.

En términos de magnitud de la obesidad cabe señalar que más de 390 millones de niños, niñas y adolescentes de entre 5 y 19 años tenían sobrepeso u obesidad en 2022 (OMS, 2026). En Chile en 2022 el 22,44 % de los menores de 6 años presentaban sobrepeso y el 14,06 % obesidad (DEIS, 2021 en MINSAL, 2023). Además, según una proyección para 2035 se estima un aumento del 2,7 % en obesidad en menores de 5 años (World Obesity Federation, 2023). Estos datos resultan alarmantes al tener en cuenta las consecuencias de la obesidad infantil: una alta continuidad hacia la adultez, impacto físico, psicológico y social a lo largo de la vida, asociación con enfermedades crónicas, menor esperanza de vida y costos económicos significativos (Deal et al., 2020; OMS, 2016). En consecuencia, la obesidad infantil se sitúa no como una condición transitoria o menor, sino como un problema de salud pública con efectos persistentes y multidimensionales.

Si se considera la obesidad infantil como un fenómeno complejo, entonces su abordaje no puede ser unidimensional. Sobre esta base, las intervenciones deben ser multidisciplinarias e interdisciplinarias, con participación activa de la familia y con una fuerte atención a los contextos sociales y comunitarios.

### De la conceptualización biomédica a una comprensión multidimensional de la obesidad

La comprensión de la obesidad puede ser a partir de distintas capas explicativas. La perspectiva biomédica permite delimitar la enfermedad y sus consecuencias sobre la salud (Organización Mundial de la Salud, 2026). No obstante, la perspectiva multidimensional amplía el foco hacia los múltiples determinantes que participan en su desarrollo y mantenimiento (Ministerio de Salud, 2023).

Entender la obesidad como resultado de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales significa reconocer que el peso corporal y los hábitos asociados no dependen exclusivamente de la voluntad individual. En este sentido, los niños, niñas y adolescentes están insertos en contextos familiares, escolares, comunitarios y culturales que modelan su relación con la alimentación, la actividad física, el sueño, el ocio y las rutinas cotidianas. En este marco, una intervención efectiva requiere dialogar con más de un nivel de realidad: el comportamiento individual, las interacciones familiares, los recursos comunitarios y las políticas públicas.

La referencia a los entornos obesogénicos refuerza esta idea. La alimentación no depende sólo de saber qué es saludable, sino de si existen alimentos saludables disponibles y accesibles; la actividad física no depende sólo de la motivación, sino también de la existencia de espacios seguros y oportunidades reales para moverse; las normas culturales y la publicidad también configuran preferencias, aspiraciones y prácticas (OMS, 2016, como se citó en MINSAL, 2023). De este modo, las intervenciones multidisciplinarias en obesidad no se justifican únicamente por la coexistencia de varios factores de riesgo, sino por la interacción constante entre estos factores.

### La centralidad de la familia en la obesidad infantil

Los miembros de la familia son actores fundamentales en la configuración y promoción de conductas relacionadas con la salud de niños y niñas, especialmente hábitos alimentarios y actividad física (Ash et al., 2017). La relevancia de la familia es un eje central porque comprender la dinámica entre sus miembros sería fundamental para prevenir y controlar la obesidad infantil (Park et al., 2023).

La participación familiar, particularmente la de padres y madres, constituye un componente esencial en los programas de intervención, sobre todo en las primeras etapas de la vida. La razón es que los niños tienen mayor probabilidad de adoptar nuevos comportamientos saludables cuando estos son promovidos, sostenidos y modelados desde el núcleo familiar (Tamayo et al., 2021) y los niños suelen aprender a modelar sus conductas dietéticas a partir de las prácticas de sus padres (Perdew et al., 2021). Por ello, la familia no sólo es un entorno de cuidado, sino también un espacio de aprendizaje cotidiano en el que se consolidan rutinas, preferencias, normas y estilos de vida. En este contexto, la familia no sólo participa en la organización de rutinas o en la promoción de conductas saludables, sino también en procesos de regulación emocional y co-regulación cotidiana. Las formas de comunicación, contención emocional, organización del tiempo y resolución de conflictos pueden influir significativamente en la manera en que niñas y niños desarrollan hábitos relacionados con la alimentación, el movimiento, el descanso y el uso de pantallas.

Sin embargo, la eficacia de las intervenciones no depende únicamente de que los padres “participen”, sino de que la dinámica familiar en su conjunto sea incorporada en el proceso. Aquí dimensiones como la comunicación, el apoyo emocional, los conflictos y las normas familiares son factores que pueden influir de manera significativa sobre los comportamientos asociados a la alimentación y al ejercicio (Tamayo et al., 2021; Perdew et al., 2021). En otras palabras, la familia no es pensada sólo como un medio logístico para implementar recomendaciones, sino como una estructura relacional que puede facilitar o dificultar el cambio.

En este sentido, las intervenciones familiares pueden fortalecer las relaciones, modificar las interacciones entre los miembros de la familia y promover comportamientos saludables en los niños. Así, el trabajo con familias permitiría pasar desde una lógica prescriptiva hacia una lógica de transformación de prácticas y vínculos. De esta manera, la implicación de los padres constituye un factor crítico para la eficacia de los tratamientos contra la obesidad infantil (Ash et al., 2017; Park et al., 2023; Aceves-Martins et al., 2022).

En suma, enfatizar en la familia al momento de tratar la obesidad cumple al menos tres funciones fundamentales. Primero, aporta una explicación sobre cómo se adquieren y sostienen los hábitos relacionados con la salud. Segundo, justifica que las intervenciones no se focalicen sólo en el niño o niña, sino en el sistema familiar. Tercero, abre la puerta a modalidades de intervención distintas: programas exclusivos para padres, programas conjuntos entre padres e hijos, y estrategias orientadas a modificar la dinámica familiar.

### El modelo de Seis C como marco para comprender e intervenir

Un eje teórico fundamental al momento de pensar en intervenciones es el modelo de Seis C de Harrison et al. (2011). Este modelo entrega un marco ecológico y del desarrollo que busca explicar los múltiples factores que contribuyen al sobrepeso y la obesidad infantil desde la infancia hasta la adolescencia. Su utilidad radica en que organiza los determinantes del fenómeno en seis esferas interrelacionadas: célula, niño/a, familia, comunidad, país y cultura.

La primera esfera, Cell, refiere a factores genéticos y biológicos, tales como la predisposición hereditaria y genes asociados al apetito y al metabolismo. La segunda, Child, se relaciona con características individuales y conductuales del niño o niña, como la autorregulación, la exposición a medios y el sueño. La tercera, Clan, comprende las dinámicas parentales, las prácticas de alimentación, las rutinas familiares y la comunicación entre padres e hijos. La cuarta, Community, remite a influencias del entorno inmediato fuera del hogar, incluyendo el cuidado infantil, la escuela, los pares, la disponibilidad de alimentos y los espacios para actividad física. La quinta, Country, incorpora las políticas públicas e instituciones que afectan la alimentación, la actividad física y la salud. Finalmente, la sexta, Culture, alude a las normas sociales y culturales sobre alimentación, ejercicio, cuerpo y salud, junto con el papel de los medios y la publicidad (Harrison et al., 2011).

El valor de este modelo, es que subraya que estos factores no operan de manera aislada, sino que interactúan dinámicamente a lo largo del tiempo. Por ello, no basta con identificar “causas” separadas; es necesario comprender cómo se combinan y se modifican en las distintas etapas del desarrollo infantil. El modelo incorpora además tres dimensiones adicionales: NAP, ROP y Tiempo (Harrison et al., 2011).

La dimensión NAP (nutrition, activity, personal/relational attributes) reconoce que el estado de peso depende de la interacción entre la nutrición, la actividad física y las características personales y relacionales. Esto permite integrar, en una misma lectura, la

ingesta alimentaria, el gasto energético y las particularidades psicológicas y sociales del niño o niña. Así, esta dimensión ayuda a explicar la obesidad como resultado de un balance o desbalance entre ingesta y gasto energético, pero incorporando además la dimensión relacional (Harrison et al., 2011).

La dimensión ROP (resources, opportunities, practices) distingue entre los recursos y oportunidades disponibles y las prácticas cotidianas. Esta distinción es particularmente importante para una mirada interdisciplinaria porque muestra que cambiar comportamientos no depende sólo de la educación o motivación, sino también de las condiciones estructurales que hacen viables esos cambios, por ejemplo: promover el consumo de frutas puede fracasar si en el vecindario no hay acceso a frutas frescas a precios accesibles. Así, la intervención debe articular el cambio de prácticas con la transformación o al menos el reconocimiento de los contextos que las condicionan (Harrison et al., 2011).

La dimensión Tiempo representa el equivalente al chronosystem de Bronfenbrenner (1986) y remite a la variación de las influencias según la edad y etapa de desarrollo, puesto que a medida que los niños crecen, aumenta su agencia e influencia sobre el entorno. Además, los factores relevantes cambian según el momento vital: en la infancia se destacan la lactancia, la introducción de sólidos y las políticas de guarderías; en la etapa preescolar, la regulación del sueño, las rutinas familiares y la exposición a medios; en la etapa escolar, el entorno escolar, las decisiones de pares y la publicidad; y en la adolescencia, las políticas de venta en colegios, el marketing dirigido a jóvenes y las normas culturales sobre la imagen corporal (Bronfenbrenner, 1986; Harrison et al., 2011). Esta dimensión temporal refuerza la necesidad de diseñar intervenciones situadas y acordes al desarrollo.

Desde el punto de vista de las intervenciones multidisciplinarias, el modelo de Seis C ofrece una estructura especialmente útil porque permite mapear distintos niveles de acción: clínico, conductual, familiar, comunitario, institucional y cultural. Eso lo convierte en un marco pertinente para articular el trabajo de distintas disciplinas y sectores. La relevancia de este modelo para la presente guía radica en que permite comprender la obesidad infantil como un fenómeno dinámico y relacional, en el que las trayectorias de salud se configuran a partir de múltiples interacciones entre cuerpo, vínculos, contextos y experiencias cotidianas. Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para el desarrollo de intervenciones integrales que buscan promover cambios sostenibles más allá de la prescripción conductual aislada.

### Modelos y teorías utilizadas en las intervenciones

En la literatura revisada, la teoría social cognitiva, el modelo ecológico y la teoría de sistemas son ampliamente utilizados (Chai et al., 2022; Rossiter et al., 2021). También se mencionan teorías de la autodeterminación, del aprendizaje y del cambio conductual (Abdin et al., 2021; Redsell et al., 2021). Este punto es importante porque sugiere que la multidisciplinariedad no sólo se expresa en la combinación de componentes prácticos, sino también en la diversidad de marcos conceptuales que informan el diseño de las intervenciones.

La presencia de teorías ecológicas y sistémicas resulta coherente con la relevancia atribuida a la familia, la comunidad y los contextos. A la vez, la mención de teorías del cambio conductual, del aprendizaje y de la autodeterminación sugiere que las intervenciones buscan no sólo modificar hábitos observables, sino también influir sobre la motivación, la adherencia, las habilidades y la capacidad de sostener cambios en el tiempo. En conjunto, esto refuerza la idea de que las intervenciones en obesidad infantil requieren más de una lógica explicativa y más de un repertorio metodológico.

La literatura señala que: las intervenciones centradas en la familia muestran mayor eficacia en la reducción de comportamientos obesogénicos (Ahmed et al., 2023); se utilizan entrevistas motivacionales y programas educativos nutricionales (Collado-Soler et al., 2023); y existe poca evidencia estadísticamente significativa respecto de la disminución del IMC (Flynn et al., 2022). Esta observación es relevante porque obliga a diversificar los tipos de resultados esperados en este tipo de intervenciones: cambios en comportamientos, cambios en dinámicas familiares y cambios antropométricos ya que no todas las intervenciones generan efectos del mismo tipo.

### Ejemplos internacionales de intervenciones multidisciplinarias

En este apartado se entregarán tres ejemplos concretos de intervención, útiles para comprender cómo se operacionaliza un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario en obesidad infantil.

#### INTERVENCIÓN DIRIGIDA A PADRES: ESTUDIO DE LOS TRES PILARES

El primer ejemplo corresponde al Estudio de los Tres Pilares de Marsh et al. (2019), descrito como un programa piloto de seis semanas dirigido a padres de niños y niñas de 2 a 4 años en Nueva Zelanda. Su objetivo es prevenir la obesidad infantil mediante la promoción de rutinas familiares y relaciones positivas entre padres e hijos. El énfasis está puesto en tres rutinas familiares protectoras frente a la obesidad: sueño nocturno adecuado, participación regular en comidas familiares, y restricción del tiempo de pantalla junto con promoción del juego libre (Marsh et al., 2019).

La intervención incluye un taller presencial intensivo de medio día, dirigido por un facilitador comunitario entrenado, e incorpora teoría sobre desarrollo infantil y el marco CARE. Este marco orienta a los padres en cinco pasos: identificar actividades desconectantes, diseñar una rutina simple, incorporar actividades conectantes, reducir factores de caos en el hogar e implementar un pequeño cambio inmediato. Además, el programa contempla acceso a una plataforma web durante seis semanas y materiales de apoyo como un planificador de comidas, una vela para ritualizar las cenas, un libro infantil para la rutina de sueño y un cuaderno de dibujo con crayones para promover el juego libre (Marsh et al., 2019).

Este ejemplo muestra con claridad que una intervención multidisciplinaria no se limita a “educar” sobre nutrición. Integra conocimientos sobre desarrollo infantil, rutinas familiares, vínculos parento-filiales, sueño, uso de pantallas y juego. Además, combina un componente presencial, un componente digital y materiales concretos para la vida cotidiana. El foco está puesto tanto en el comportamiento observable como en la calidad de las interacciones familiares.

#### INTERVENCIÓN “HEALTHY KIDS & FAMILIES”

El segundo ejemplo es el programa Healthy Kids & Families (HKF) de Rosal et al. (2023), presentado como una intervención de prevención de obesidad infantil destinada a familias en contextos socioeconómicamente desfavorecidos de Massachusetts, Estados Unidos. Sus componentes principales son una intervención educativa y de acompañamiento, cambios de conducta en padres e hijos, y apoyo comunitario y familiar (Rosal et al., 2023).

Las sesiones son dirigidas por community health workers, adaptadas cultural y lingüísticamente, y orientadas a promover estilos de vida saludables mediante alimentación equilibrada, actividad física regular y rutinas familiares. En el caso de los niños, se busca fomentar el consumo saludable, aumentar la actividad física y reducir las conductas sedentarias. En los padres, el objetivo es modificar prácticas de alimentación, establecer rutinas y apoyar a través del modelaje de conductas saludables. Cabe destacar

que el uso de community health workers favorece la cercanía cultural, la confianza y la adherencia al programa en familias con alta vulnerabilidad social (Rosal et al., 2023).

Este caso permite observar que el carácter multidisciplinario también incluye una dimensión de mediación comunitaria y pertinencia sociocultural. La intervención no sólo articula nutrición y actividad física, sino que incorpora estrategias de acompañamiento, adaptación cultural y vínculo de confianza con la comunidad. Esto es especialmente significativo en contextos de desigualdad social, donde la efectividad de una intervención puede depender en gran medida de su capacidad de adecuarse a los lenguajes, experiencias y condiciones de vida de las familias.

### **INTERVENCIÓN “COMMUNITIES FOR HEALTHY LIVING”**

El tercer ejemplo es Communities for Healthy Living (CHL) de Beckerman-Hsu et al. (2020), diseñado como un programa comunitario, familiar y participativo para prevenir la obesidad en niños y niñas preescolares de familias de bajos ingresos en Boston, Cambridge y Somerville, Estados Unidos. El objetivo general es prevenir la obesidad en preescolares y promover el bienestar familiar a través de un enfoque centrado en la familia, desarrollado bajo principios de investigación-acción participativa comunitaria (Beckerman-Hsu et al., 2020).

Uno de sus componentes principales es Parents Connect for Healthy Living (PConnect), un programa de diez semanas de clases presenciales sobre salud y empoderamiento, dirigido a padres y cuidadores. El programa es co-facilitado por un miembro del personal del centro y un padre o madre, previa capacitación de tres días en contenidos y habilidades de facilitación, e incluye reuniones semanales de coaching con un miembro del equipo de investigación para reflexionar sobre las sesiones y planificar mejoras (Beckerman-Hsu et al., 2020).

La intervención incorpora además apoyo nutricional mejorado mediante recursos y protocolos para mejorar la comunicación entre el centro y las familias acerca de la salud infantil. Se introducen cartas para explicar los resultados de crecimiento y salud y ofrecer consejos prácticos sobre hábitos saludables, junto con formación adicional para el personal sobre cómo hablar de nutrición y salud con las familias. Finalmente, incluye una campaña mediática con materiales impresos sobre alimentación, bebidas, actividad física, sueño y reducción del tiempo de pantalla, así como un mapa de recursos del vecindario en línea para facilitar la identificación de servicios locales que apoyen hábitos saludables (Beckerman-Hsu et al., 2020).

Este ejemplo es particularmente expresivo del enfoque interdisciplinario porque combina participación familiar, articulación con instituciones, acompañamiento reflexivo, comunicación en salud, apoyo nutricional y recursos comunitarios. Además, el uso de principios de investigación-acción participativa comunitaria introduce una dimensión colaborativa en la que las familias y el personal no aparecen como receptores pasivos, sino como agentes que co-construyen el proceso.

En conjunto, estas experiencias permiten observar un desplazamiento progresivo desde modelos centrados exclusivamente en la educación en salud hacia estrategias que incorporan acompañamiento familiar, pertinencia sociocultural, fortalecimiento vincular y transformación de rutinas cotidianas. Más que intervenir únicamente sobre conductas específicas, estas propuestas buscan modificar las condiciones relacionales y contextuales que sostienen los hábitos en la vida diaria.

### **Efectividad de las intervenciones**

La revisión sistemática de literatura de Denova-Gutiérrez et al. (2023), que revisó 331 intervenciones en niños de entre 6 y 12 años, informa que el 61,6 % de estas intervenciones incluía actividad física e intervenciones nutricionales o dietéticas. La evidencia sugeriría que las intervenciones multicomponentes que combinan actividad física, nutrición y cambios de comportamiento parecen ser las más efectivas para prevenir y reducir el sobrepeso y la obesidad infantil (Denova-Gutiérrez et al., 2023).

No obstante, también hay que advertir sobre una brecha en la calidad metodológica de los estudios primarios y en el desarrollo de revisiones sistemáticas, lo que dificultaría establecer recomendaciones sólidas. Por ello, existe la necesidad de futuros informes y estudios primarios con metodologías más robustas que permitan generar evidencia más consistente (Denova-Gutiérrez et al., 2023). Esta observación introduce un matiz importante que trata de que aunque los enfoques multicomponentes e interdisciplinarios aparecen como promisorios, la solidez de la base empírica sigue siendo un desafío.

Del mismo modo, es importante señalar que hay poca evidencia estadísticamente significativa en la disminución del IMC (Flynn et al., 2022), aun cuando las intervenciones familiares muestran mayor eficacia en la reducción de comportamientos obesogénicos (Ahmed et al., 2023). En lugar de invalidar estas intervenciones, este hallazgo invita a considerar la complejidad del cambio en obesidad infantil y la necesidad de seguimientos longitudinales.

### **Discusión: hacia una comprensión de las intervenciones multidisciplinarias**

La literatura revisada permite sostener que las intervenciones multidisciplinarias en obesidad infantil comparten varias características. En primer lugar, asumen una comprensión compleja del problema, alejada del reduccionismo biomédico. En segundo lugar, sitúan a la familia como escenario clave de cambio. En tercer lugar, integran múltiples componentes: educación nutricional, actividad física, modificación conductual, trabajo sobre rutinas, apoyo comunitario, pertinencia cultural y fortalecimiento de vínculos. En cuarto lugar, reconocen que el contexto importa, y que las oportunidades reales para desarrollar hábitos saludables están distribuidas desigualmente (Ministerio de Salud, 2023; Harrison et al., 2011; Denova-Gutiérrez et al., 2023).

La literatura también sugiere que el diseño de las intervenciones debe apoyarse en bases teóricas y en enfoques contextualizados. Esta afirmación es especialmente relevante para políticas públicas, atención primaria y programas de salud comunitarios. No se trata sólo de aplicar técnicas, sino de contar con marcos que permitan comprender por qué determinados componentes podrían ser pertinentes, para quienes lo serían y en qué condiciones podrían producir resultados.

En ese sentido, la multidisciplinariedad puede entenderse aquí como la convergencia de distintos saberes y prácticas: biomédicos, nutricionales, psicológicos, comunitarios, familiares y socioecológicos. La interdisciplinariedad, en cambio, aparece cuando esos saberes no sólo coexisten, sino que se articulan en torno a un mismo problema y a una comprensión compartida de su complejidad. Los ejemplos revisados muestran justamente esa articulación: el trabajo sobre rutinas familiares no está separado del desarrollo infantil; la educación en salud no está separada del acompañamiento comunitario; la promoción de hábitos no está separada de la comunicación entre instituciones y familias.

Tras este escenario, emerge con fuerza la necesidad de avanzar hacia modelos de intervención que integren dimensiones corporales, emocionales y regulatorias en el abordaje de la obesidad infantil. Esto implica reconocer que los procesos de cambio en salud no dependen exclusivamente de la información o motivación individual, sino también de la capacidad de niñas, niños y familias para construir formas más estables de organización cotidiana, regulación emocional y participación en experiencias saludables.

### Conclusiones

Es posible concluir que las intervenciones multidisciplinares en obesidad infantil se sostienen en una comprensión amplia del fenómeno, en la cual la obesidad es al mismo tiempo una condición biomédica y un problema influido por determinantes sociales, familiares, culturales y ambientales (Organización Mundial de la Salud, 2026; Ministerio de Salud, 2023). Esta comprensión justifica que las estrategias de intervención combinen múltiples componentes y convoquen distintos niveles de acción.

La literatura asigna a la familia un papel decisivo. Padres, madres y cuidadores no sólo influyen en los hábitos alimentarios y de actividad física de los niños, sino que constituyen agentes de cambio fundamentales. Por ello, las intervenciones más relevantes son aquellas que incorporan activamente a las familias, ya sea mediante programas dirigidos exclusivamente a padres o mediante dispositivos conjuntos entre padres e hijos (Ash et al., 2017; Park et al., 2023; Tamayo et al., 2021; Perdeu et al., 2021; Webber-Ritchey et al., 2021).

Asimismo, el modelo de Seis C ofrece un marco particularmente útil para ordenar la complejidad del problema y para orientar intervenciones que consideren factores biológicos, individuales, familiares, comunitarios, políticos y culturales, además de su variación a lo largo del tiempo y del desarrollo (Bronfenbrenner, 1986; Harrison et al., 2011).

Finalmente, es posible establecer que las intervenciones multicomponentes, especialmente aquellas que articulan nutrición, actividad física y cambio conductual, parecen ser las más efectivas. No obstante, es importante subrayar la necesidad de fortalecer la calidad metodológica de la evidencia y de desarrollar estudios con mayor robustez cuantitativa y seguimiento longitudinal (Denova-Gutiérrez et al., 2023; Flynn et al., 2022). Desde esa perspectiva, el campo de las intervenciones multidisciplinares en obesidad infantil aparece como un ámbito relevante, promisorio y aún en consolidación.

## Preguntas y desafíos:

### Preguntas clave

- ¿Cómo diseñar intervenciones que consideren la complejidad del entorno y no solo el comportamiento individual?
- ¿Cómo abordar las dinámicas familiares más allá de la participación superficial?
- ¿Qué indicadores priorizar: conductuales, relacionales o biomédicos?

### Desafíos del campo

- Superar el reduccionismo biomédico.
- Fortalecer la adherencia y sostenibilidad.
- Mejorar la calidad de la evidencia.
- Articular niveles de intervención.
- Incorporar pertinencia sociocultural.



## REFERENCIAS

- Abdin, S., Heath, G., & Welch, R. K. (2021). Health professionals' views and experiences of discussing weight with children and their families: A systematic review of qualitative research. *Child Care Health And Development*, 47(4), 562-574. <https://doi.org/10.1111/cch.12854>
- Aceves-Martins, M., Lopez-Cruz, L., Garcia-Botello, M., Yunuen Gutierrez-Gomez, Y., & Francisco Moreno-Garcia, C. (2022). Interventions to Treat Obesity in Mexican Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrition Reviews*, 80(3), 544-560. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuab041>
- Ahmed, U., Mahmood, M. S., Parsons, M., O'callaghan, H., Pawlik, O., Chaudhary, S., & Ahmed, M. (2023). A Systematic Review Looking at the Current Best Practices as well as Primary Care Practitioner's Views on the Diagnosis and Treatment of Childhood Obesity. *Cureus*, 15(1), 120-125. <https://doi.org/10.7759/cureus.34346>
- Ash, T., Agaronov, A., Young, T., Aftosmes-Tobio, A., & Davison, K. K. (2017). Family-based childhood obesity prevention interventions: A systematic review and quantitative content analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0571-2>
- Beckerman-Hsu, J. P., Aftosmes-Tobio, A., Gavarkovs, A., Kitos, N., Figueroa, R., Kalyoncu, Z. B., Lansburg, K., Yu, X., Kazik, C., Vigilante, A., Leonard, J., Torrico, M., Jurkowski, J. M., & Davison, K. K. (2020). Communities for Healthy Living (CHL) A Community-based Intervention to Prevent Obesity in Low-Income Preschool Children: Process Evaluation Protocol. *Trials*, 21(1), 674. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04571-0>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Chai, L. K., Farletti, R., Fathi, L., & Littlewood, R. (2022). A Rapid Review of the Impact of Family-Based Digital Interventions for Obesity Prevention and Treatment on Obesity-Related Outcomes in Primary School-Aged Children. *NUTRIENTS*, 14(22), 4837. <https://doi.org/10.3390/nu14224837>
- Collado-Soler, R., Alferrez-Pastor, M., Torres, F. L., Trigueros, R., Aguilar-Parra, J. M., & Navarro, N. (2023). A Systematic Review of Healthy Nutrition Intervention Programs in Kindergarten and Primary Education. *NUTRIENTS*, 15(3), 541. <https://doi.org/10.3390/nu15030541>
- Deal, B. J., Huffman, M. D., Binns, H., & Stone, N. J. (2020). Perspective: Childhood Obesity Requires New Strategies for Prevention. *Advances in Nutrition (Bethesda, Md.)*, 11(5), 1071-1078. <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa040>
- Denova-Gutierrez, E., Mendez-Sanchez, L., Araiza-Nava, B., Gonzalez-Rocha, A., Shamah, T., Bonvechio, A., Barquera, S., & Rivera, J. (2022). Overview of systematic reviews of health interventions that aim to prevent and treat overweight and obesity among children. *SYSTEMATIC REVIEWS*, 11(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02047-7>
- Flynn, A. C., Suleiman, F., Windsor-Aubrey, H., Wolfe, I., O'Keefe, M., Poston, L., & Dalrymple, K. (2022). Preventing and treating childhood overweight and obesity in children up to 5 years old: A systematic review by intervention setting. *Maternal And Child Nutrition*, 18(3), e13354. <https://doi.org/10.1111/mcn.13354>
- Harrison, K., Bost, K. K., McBride, B. A., Donovan, S. M., Grigsby-Toussaint, D. S., Kim, J., Liechty, J. M., Wiley, A., Teran-Garcia, M., & Jacobsohn, G. C. (2011). Toward a Developmental Conceptualization of Contributors to Overweight and Obesity in Childhood: The Six-Cs Model. *Child Development Perspectives*, 5(1), 50-58. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2010.00150.x>
- Marsh, S., Gerritsen, S., Taylor, R., Galland, B., Parag, V., & Maddison, R. (2019). Promotion of Family Routines and Positive Parent-Child Interactions for Obesity Prevention: Protocol for the 3 Pillars Study Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 8(4), e12792. <https://doi.org/10.2196/12792>
- Ministerio de Salud. (2023). Estrategia para Detener la Aceleración del Sobrepeso y Obesidad en la Niñez y Adolescencia 2023-2030. [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Estrategia-Nacional-Para-Detener-La-Aceleracion-Del-Sobrepeso-Y-Obesidad-En-Nna-2023-2030\\_.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Estrategia-Nacional-Para-Detener-La-Aceleracion-Del-Sobrepeso-Y-Obesidad-En-Nna-2023-2030_.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/206450>

- Organización Mundial de la Salud. OMS (2026, marzo 1). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/206450>
- Park, S. H., Cormier, E., Grove, K., Kelley, S. J., & Faith, M. S. (2023). Health-related behaviors and weight-related outcomes within sibling pairs: A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, e154-e163. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.08.004>
- Perdew, M., Liu, S., & Naylor, P.-J. (2021). Family-based nutrition interventions for obesity prevention among school-aged children: A systematic review. *Translational Behavioral Medicine*, 11(3), 709-723. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa082>
- Redsell, S. A., Slater, V., Rose, J., Olander, E. K., & Matvienko-Sikar, K. (2021). Barriers and enablers to caregivers' responsive feeding behaviour: A systematic review to inform childhood obesity prevention. *OBSIDITY REVIEWS*, 22(7), e13228. <https://doi.org/10.1111/obr.13228>
- Rosal, M. C., Lemon, S. C., Borg, A., Lopez-Cepero, A., Sreedhara, M., Silfee, V., Pbert, L., Kane, K., & Li, W. (2023). The Healthy Kids & Families study: Outcomes of a 24-month childhood obesity prevention intervention. *Preventive Medicine Reports*, 31, 102086. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.102086>
- Rossiter, C., Cheng, H., Appleton, J., Campbell, K. J., & Denney Wilson, E. (2021). Addressing obesity in the first 1000 days in high risk infants: Systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 17(3), e13178. <https://doi.org/10.1111/mcn.13178>
- Tamayo, M. C., Dobbs, P. D., & Pincu, Y. (2021). Family-Centered Interventions for Treatment and Prevention of Childhood Obesity in Hispanic Families: A Systematic Review. *Journal of Community Health*, 46(3), 635-643. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00897-7>
- Webber-Ritchey, K. J., Mueller, M., & Carter, J. S. (2021). Examining current physical activity interventions in Black school-age children and parents: A systematic review. *Preventive Medicine*, 153, 106814. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106814>
- World Obesity Federation. (2023). World obesity atlas 2023. <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023>

## CAPÍTULO 2

### MÁS ALLÁ DE LA ALIMENTACIÓN: COMPRENDER LA OBESIDAD INFANTIL DESDE LA AUTORREGULACIÓN

- A. Palma Contreras. Doctora en Psicología. Trabajadora Social. Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-6281-1509>
- J. Larraín-Valenzuela. Doctora en Psicología. Psicóloga. Fonoaudióloga. Centro de investigación para la mejora de los aprendizajes (CIMA), Facultad de Educación, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0001-6038-2483>

#### Highlights:

- La obesidad infantil no puede comprenderse únicamente desde la alimentación o el peso corporal.
- La autorregulación constituye un mecanismo transversal en la construcción de hábitos saludables.
- La autorregulación se desarrolla en interacción con el cuerpo, los vínculos y los contextos cotidianos.
- Las intervenciones familiares e integrativas permiten favorecer procesos regulatorios más sostenibles.
- El abordaje de la obesidad infantil requiere modelos interdisciplinarios, longitudinales y territorialmente articulados.

#### Claves:

- La obesidad infantil como fenómeno multidimensional.
- La alimentación como función nutricional, emocional y regulatoria.
- La autorregulación como mecanismo transversal en la obesidad infantil.
- Funciones ejecutivas y hábitos saludables.
- La autorregulación como proceso corporal, vincular y contextual.
- La intervención familiar e integrativa como estrategia terapéutica.
- Evaluación multidimensional de la obesidad infantil.
- El seguimiento longitudinal como condición para comprender el cambio.
- Los determinantes sociales de la adherencia terapéutica.
- La necesidad de modelos interdisciplinarios y territorialmente articulados.

#### Introducción

La obesidad infantil ha sido abordada históricamente desde modelos centrados en la alimentación, el balance energético y el control del peso corporal. Sin embargo, distintas investigaciones han mostrado que las dificultades para construir y sostener hábitos saludables no dependen únicamente del acceso a información nutricional o de la modificación aislada de conductas, sino también de procesos emocionales, regulatorios, corporales y relacionales que participan activamente en la vida cotidiana de niñas, niños y sus familias. Desde esta perspectiva, comprender la obesidad infantil implica ampliar la mirada biomédica tradicional e integrar dimensiones vinculadas al cuerpo, las emociones, el entorno familiar y las experiencias regulatorias.

Respecto al problema de investigación asociado a la obesidad y el sobrepeso, Cordella (2010) en su modelo clásico explica que es un fenómeno que afecta la integración físico-psico-relacional porque está influenciado por la regulación emocional asociada al control de la ingesta alimentaria (Eje hipotálamo-hipófisis adrenal) con su entramado con el Sistema de Recompensa (Cordella & Moore, 2015). Al existir una desregulación en la ingesta se modifica la silueta corporal por el aumento de peso y se producen modificaciones de la percepción de apetito y saciedad (Cordella, 2010). Además, se reporta un Patrón Adaptativo Obesogénico, cuyo efecto colateral es el aumento de peso (Cordella & Moore, 2015) que modela una imagen corporal que puede ser vivida con vergüenza e influye en la valoración de sí mismo, desencadenando emociones como enojo o angustia (Cordella & Moore, 2015). Según este modelo, la obesidad sería "consecuencia de un sistema de regulación de estrés que utiliza la ingesta como solución inmediata al desequilibrio del bienestar" (p. 98).

Esta comprensión permite reconocer que la alimentación no sólo cumple una función nutricional, sino también emocional y regulatoria. En este sentido, los hábitos alimentarios pueden transformarse en estrategias de alivio frente al estrés, la ansiedad o el malestar emocional, especialmente en contextos donde existen dificultades para elaborar y simbolizar dichas experiencias. Sin duda, el modelo de Cordella (2010) entrega las bases de la problemática de salud, pero se necesita incorporar más evidencia que integre conceptualizaciones físicas-psicológicas-relacionales ligadas al desempeño conductual, al funcionamiento cognitivo y las implicancias en el entorno (familiar, educativo, entre otros).

Este capítulo tiene por objetivo analizar la obesidad infantil desde una perspectiva centrada en la autorregulación, integrando aportes teóricos sobre regulación emocional, funciones ejecutivas, vínculos familiares y experiencias corporales. Asimismo, presenta la experiencia del proyecto FONIS SA23I0167, destacando sus fundamentos metodológicos, principales resultados y desafíos para futuras intervenciones integrativas en obesidad infantil.

#### Autorregulación y funcionamiento cotidiano

Teniendo en cuenta el marco entregado por Cordella (2010), la autorregulación permite profundizar la comprensión del Patrón Adaptativo Obesogénico, en tanto ofrece una vía conceptual para analizar cómo niñas y niños modulan sus emociones, impulsos, respuestas corporales y conductas alimentarias frente a condiciones de estrés, recompensa o malestar cotidiano.

En relación a problemática propia del niño/a con obesidad o sobrepeso, Liang et al. (2014) sostienen que las tasas de obesidad infantil han aumentado drásticamente en las últimas décadas, y que las dificultades en la capacidad neurocognitiva se relacionan con el diagnóstico de obesidad en población adulta, reportándose menor evidencia en infantes y adolescentes. Ellos encontraron una relación negativa entre funcionamiento neurocognitivo (funciones ejecutivas, atención, rendimiento viso-espacial y habilidades motoras) y la condición de obesidad de la población. Revisiones de la literatura sostienen que las funciones ejecutivas serían

parte de la capacidad autorregulatoria y cuando son deficientes se asocian con el aumento de la ingesta alimentaria desinhibida y menor actividad física (Larraín-Valenzuela et al., 2022).

Esto concuerda con Schlam et al. (2013), quienes en su estudio longitudinal con niños/as de 4 años encontraron que la capacidad autorregulatoria asociada a tareas de retraso de la gratificación inmediata puede predecir el índice de masa corporal (IMC) 30 años después. Por su parte, Graziano et al. (2010) concluyeron que las habilidades tempranas de autorregulación (regulación emocional, atención sostenida, control inhibitorio, sensibilidad de la recompensa, entre otros) son predictivas del IMC pediátrico. Por ello, realizar intervenciones que incorporen la autorregulación como un aspecto central es imprescindible a la hora de tratar el sobrepeso y la obesidad.

La autorregulación consiste en la capacidad de los individuos para modificar su comportamiento en virtud de las exigencias de situaciones específicas (Baumeister & Heatherton, 1996; González, 2007; Larraín-Valenzuela et al., 2022). Diferentes autores argumentan que la autorregulación reúne procesos en los que las personas inician, ajustan, interrumpen, detienen o cambian pensamientos, sentimientos o acciones con el fin de lograr la realización de metas o planes personales, o para mantener los estándares actuales (Baumeister & Heatherton, 1996; González, 2007).

Desde esta perspectiva, la autorregulación no puede comprenderse únicamente como una habilidad cognitiva individual, sino como un proceso dinámico que involucra dimensiones biológicas, emocionales, corporales y relacionales. Esto implica reconocer que niñas y niños desarrollan su capacidad regulatoria en interacción con sus vínculos, rutinas, experiencias corporales y contextos cotidianos.

Específicamente, la autorregulación es multifactorial (biológica, hereditaria y experiencial) porque se configura en el tiempo por una confluencia de variables contextuales y epigenéticas (Bridgett et al., 2013; Eisenberg et al., 2004; Fridman et al., 2020; Posner & Rothbart, 1998, 2009). Es un proceso cognitivo, altamente sensible a los cambios del entorno, porque genera una respuesta ajustada a los requerimientos del contexto (Nigg, 2017; Ruff & Rothbart, 2001; Larraín-Valenzuela et al., 2022). Así, es posible establecer que la autorregulación infantil no emerge aisladamente, sino en interacción con prácticas parentales, rutinas alimentarias, respuestas adultas al malestar, disponibilidad emocional, organización del tiempo familiar, límites, hábitos compartidos y modelamiento conductual.

Se ha evidenciado que los procesos de autorregulación pueden explicar la variabilidad de los resultados de intervenciones eficientes que implican un bienestar en salud asociado a cambio de estilos de vida relacionados con la obesidad (Teixeira et al. 2015), por ello es un tema a abordar en las intervenciones con niños que presentan sobrepeso u obesidad.

Cabe señalar que la psicomotricidad clínica permite trabajar la relación entre cuerpo, emoción, movimiento, límites, percepción corporal, simbolización, juego, vínculo y regulación. Esto es importante porque el capítulo sostiene que la obesidad no puede abordarse solo desde la alimentación, sino también desde la experiencia corporal y relacional.

### **Metodología y evaluación del proyecto FONIS SA23I0167**

El proyecto FONIS SA23I0167, titulado "Efectividad de la terapia parental apoyada con psicomotricidad clínica en la autorregulación de niños y niñas con sobrepeso u obesidad para incrementar hábitos saludables", se diseñó desde una perspectiva multi-

dimensional e integrativa de la obesidad infantil, reconociendo que este fenómeno no puede ser comprendido únicamente desde indicadores antropométricos, sino también desde dimensiones emocionales, conductuales, ejecutivas, corporales y relacionales.

En coherencia con esta perspectiva, el proyecto se orientó a desarrollar y evaluar una intervención centrada en la autorregulación infantil, el fortalecimiento del vínculo familiar y la promoción de hábitos saludables, integrando componentes de psicomotricidad clínica, trabajo terapéutico con madres, padres y cuidadores, y acompañamiento interdisciplinario.

### **Diseño del estudio**

El estudio utilizó un diseño cuasi experimental con grupo intervención y grupo control, incorporando tres momentos de medición: evaluación inicial (T1), evaluación post intervención (T2) y seguimiento (T3).

Este diseño permitió observar trayectorias de cambio en distintos dominios asociados a la salud y la autorregulación infantil, considerando tanto la evolución temporal de los participantes como las diferencias entre grupos. Asimismo, el enfoque longitudinal buscó capturar cambios que habitualmente no son observables cuando las intervenciones se evalúan únicamente desde indicadores biomédicos de corto plazo.

La intervención se estructuró a partir de un modelo terapéutico integrativo que articuló trabajo corporal, emocional y vincular. Desde esta lógica, el dispositivo clínico consideró tanto el espacio terapéutico de niñas y niños como el acompañamiento parental y familiar, entendiendo que la adherencia y la construcción de hábitos saludables dependen también de los procesos de co-regulación, sostén emocional y organización cotidiana de las familias.

En este sentido, la intervención no se limitó a promover cambios conductuales aislados, sino que buscó favorecer experiencias relacionales y corporales que facilitaran procesos de autorregulación más complejos y sostenibles en el tiempo.

### **Evaluación multidimensional**

El proyecto adoptó una estrategia de evaluación multidimensional, incorporando indicadores antropométricos, emocionales, conductuales, ejecutivos y alimentarios.

Entre las dimensiones evaluadas se incluyeron: Composición corporal y zIMC; Funcionamiento ejecutivo; Autorregulación conductual; Regulación alimentaria; Salud mental y sintomatología emocional; Hábitos alimentarios; Actividad física; Sueño; Uso de pantallas; Variables familiares y contextuales.

Esta aproximación respondió a la necesidad de evaluar la obesidad infantil desde una comprensión ecológica y relacional, considerando que los cambios en salud no siempre se expresan inmediatamente en el peso corporal, sino también en modificaciones de las dinámicas familiares, la regulación emocional, la organización cotidiana y la adherencia a hábitos saludables.

Uno de los aportes metodológicos relevantes del proyecto fue la construcción de un Score de Autorregulación, elaborado a partir de indicadores provenientes del BRIEF-2 y del CEBQ, integrando dimensiones de función ejecutiva y regulación alimentaria.

Este índice permitió operacionalizar la autorregulación como un constructo compuesto y multidimensional, integrando aspectos

vinculados al control inhibitorio, flexibilidad cognitiva, automonitoreo y respuestas alimentarias asociadas a saciedad, alimentación emocional y respuesta frente a la comida.

### Estrategia analítica

Para el análisis de resultados se utilizaron modelos lineales mixtos y modelos robustos, los cuales permitieron considerar la estructura longitudinal de los datos y la variabilidad individual de los participantes.

Los modelos incorporaron: Efectos fijos asociados al período de medición y a las condiciones de intervención. Interacciones entre período e intervención. Variables de control como edad y sexo. Covariables relacionadas con ansiedad, adaptabilidad y variables familiares.

El uso de modelos mixtos permitió abordar la heterogeneidad clínica y contextual presente en la muestra, considerando que las trayectorias de cambio en obesidad infantil suelen presentar alta variabilidad interindividual. Asimismo, los modelos robustos permitieron disminuir la influencia de valores extremos y fortalecer la interpretación de resultados en presencia de datos no balanceados.

Los resultados muestran efectos diferenciados según las dimensiones analizadas. En los modelos lineales mixtos se observaron asociaciones relevantes entre variables psicológicas, actividad física, intervención familiar y trayectorias de cambio en distintos scores de salud.

Particularmente, los análisis sugieren que variables como ansiedad, uso de pantallas y autorregulación presentan un papel relevante en la comprensión de las trayectorias antropométricas y conductuales.

Aunque algunos resultados estadísticos fueron limitados o dispares, especialmente debido a fenómenos de atrición, pérdida de participantes y datos incompletos, los hallazgos permitieron identificar tendencias clínicamente relevantes respecto al papel de la autorregulación y de las dinámicas familiares en la construcción de hábitos saludables.

### Aportes y proyecciones metodológicas

El proyecto permitió avanzar hacia una comprensión más compleja de la obesidad infantil, integrando dimensiones corporales, emocionales y vinculares en un mismo modelo de intervención y evaluación.

Asimismo, la experiencia acumulada evidenció desafíos relevantes para futuras investigaciones, entre ellos: Mejorar estrategias de seguimiento longitudinal. Reducir la pérdida de participantes entre mediciones. Fortalecer la adherencia terapéutica. Incrementar el tamaño muestral. Robustecer modelos multivariados y análisis de perfiles clínicos.

A pesar de estas limitaciones, el proyecto aporta evidencia relevante respecto a la necesidad de desarrollar intervenciones integrativas y familiares en obesidad infantil, especialmente aquellas centradas en procesos de autorregulación, experiencias corporales y vínculos familiares. Del mismo modo, abre posibilidades para futuras investigaciones orientadas a identificar perfiles diferenciales de respuesta terapéutica, trayectorias regulatorias y factores asociados a adherencia y sostenibilidad de hábitos saludables.

### Resultados

Los análisis realizados mediante modelos ANOVA de medidas repetidas evidenciaron que los principales cambios asociados a la intervención se concentraron en dimensiones vinculadas a la autorregulación y al funcionamiento ejecutivo cotidiano. En el SENA, se observó una interacción significativa entre grupo y momento de evaluación en el índice global de dificultades psicológicas ( $F = 4.67$ ;  $p = .037$ ) y en la dimensión de somatización ( $F = 5.49$ ;  $p = .024$ ), sugiriendo trayectorias diferenciales entre el grupo intervenido y el grupo control a lo largo del tiempo. Asimismo, se identificaron tendencias cercanas a significancia en problemas emocionales, funciones ejecutivas y ansiedad. Por su parte, los resultados del BRIEF mostraron efectos significativos en inhibición ( $F = 4.39$ ;  $p = .042$ ), organización de materiales ( $F = 9.63$ ;  $p = .003$ ), regulación conductual global ( $F = 5.20$ ;  $p = .027$ ) e índice global ejecutivo ( $F = 5.75$ ;  $p = .021$ ), indicando mejoras específicas en procesos de control inhibitorio, organización cotidiana y regulación ejecutiva en el grupo intervenido. En conjunto, los hallazgos sugieren que la intervención impactó principalmente capacidades regulatorias y ejecutivas más que sintomatología psicopatológica general.

### Discusión

Los resultados obtenidos son consistentes con el marco teórico de la intervención, centrado en el fortalecimiento de la autorregulación a través de experiencias corporales, vinculares y familiares. Más que producir cambios amplios en sintomatología emocional o conductual severa, la intervención parece haber favorecido procesos asociados al control inhibitorio, la organización cotidiana y la regulación conductual, dimensiones estrechamente relacionadas con la capacidad de sostener hábitos saludables en el tiempo. En este sentido, los hallazgos observados en el BRIEF adquieren especial relevancia, considerando que las funciones ejecutivas constituyen un mecanismo central para la modulación de conductas alimentarias, rutinas y adherencia a estilos de vida saludables. Asimismo, el aumento observado en algunas dimensiones del SENA, particularmente en somatización y puntaje global, podría interpretarse no necesariamente como un deterioro clínico, sino como un incremento en la conciencia corporal, emocional y en la capacidad de observación parental posterior a la intervención. Esto resulta coherente con modelos de intervención psicocorporal y psicomotriz, donde el fortalecimiento de la interocepción y la simbolización emocional puede inicialmente aumentar el reconocimiento y reporte de malestares previamente menos identificados.

No obstante, los hallazgos también evidencian las dificultades metodológicas y clínicas asociadas a la evaluación de intervenciones complejas en obesidad infantil. En primer lugar, los instrumentos disponibles para medir cambios regulatorios, emocionales y vinculares presentan limitaciones importantes, tanto por su alto costo como por la escasa disponibilidad de herramientas capaces de captar procesos clínicos profundos en población infantil. Si bien cuestionarios como el SENA y el BRIEF aportan información relevante respecto al funcionamiento cotidiano y ejecutivo, corresponden principalmente a medidas de reporte parental, las cuales no siempre logran caracterizar la complejidad de los cambios subjetivos, corporales y relacionales que pueden emerger en este tipo de intervenciones. Esto plantea la necesidad de incorporar en futuras investigaciones estrategias multimétodo y evaluaciones más ecológicas que permitan integrar observación clínica, indicadores relacionales, medidas corporales y seguimiento longitudinal.

Del mismo modo, los resultados refuerzan la importancia de considerar la adherencia terapéutica y la intensidad de las intervenciones como variables fundamentales en el abordaje de la obesidad infantil. Los procesos de cambio asociados a hábitos, regulación emocional y dinámicas familiares requieren tiempos prolongados de acompañamiento y dispositivos terapéuticos capaces de sostener la participación de las familias en contextos cotidianos complejos. En este sentido, las dificultades de asistencia, continuidad y permanencia observadas durante el proyecto no deben interpretarse únicamente como falta de motivación

individual, sino también como expresión de desigualdades estructurales, sobrecarga familiar y barreras sociales vinculadas a los determinantes sociales de la salud. La obesidad infantil se configura así como un fenómeno profundamente atravesado por condiciones de vulnerabilidad, acceso desigual a recursos, organización del tiempo familiar, redes de apoyo y oportunidades de participación en actividades saludables.

Desde esta perspectiva, el presente estudio corresponde a una experiencia piloto que aporta antecedentes relevantes para el diseño de intervenciones integrales centradas en la autorregulación, pero que también evidencia la necesidad de desarrollar investigaciones de mayor duración y seguimiento longitudinal. Asimismo, se vuelve fundamental avanzar hacia modelos de trabajo intersectoriales que permitan articular información y estrategias con otros programas de salud pública, como el Programa Elige Vida Sana, fortaleciendo la continuidad de cuidados y evitando la fragmentación de las intervenciones. En conjunto, estos hallazgos muestran que el abordaje de la obesidad infantil requiere modelos terapéuticos más complejos, sostenidos y territorialmente articulados, capaces de acompañar a niñas, niños y sus familias en procesos regulatorios y de construcción de hábitos saludables a largo plazo.

## Conclusión

En síntesis, este capítulo permite sostener que la obesidad infantil no puede ser comprendida únicamente desde la alimentación, el balance energético o la modificación del peso corporal. La evidencia y el marco conceptual revisados muestran que se trata de un fenómeno multidimensional, en el que convergen procesos emocionales, corporales, neurocognitivos, familiares y contextuales. Desde esta perspectiva, el modelo de Cordella permite comprender la obesidad como parte de un sistema de regulación del estrés en el que la ingesta puede operar como una respuesta inmediata frente al desequilibrio del bienestar, articulando regulación emocional, sistema de recompensa, percepción corporal y experiencia relacional (Cordella, 2010; Cordella & Moore, 2015).

En este marco, la autorregulación constituye un eje especialmente relevante para ampliar la comprensión de la obesidad infantil. Esta no remite solo a una habilidad cognitiva individual, sino a un proceso dinámico mediante el cual niñas y niños ajustan pensamientos, emociones, impulsos y conductas frente a las exigencias del entorno (Baumeister & Heatherton, 1996; González, 2007; Larraín-Valenzuela et al., 2022). Los antecedentes revisados muestran que las funciones ejecutivas, el control inhibitorio, la atención, la sensibilidad a la recompensa y la regulación emocional se relacionan con trayectorias de peso, ingesta alimentaria, actividad física y construcción de hábitos saludables (Graziano et al., 2010; Liang et al., 2014; Schlam et al., 2013). Por ello, abordar la obesidad infantil desde la autorregulación permite desplazar la mirada desde el control externo de la conducta hacia la comprensión de los procesos que sostienen, dificultan o transforman los hábitos en la vida cotidiana.

Los hallazgos del proyecto FONIS SA2310167 son coherentes con esta perspectiva. La intervención, centrada en terapia parental apoyada con psicomotricidad clínica, mostró cambios principalmente en dimensiones asociadas al funcionamiento ejecutivo y la regulación conductual, particularmente en inhibición, organización de materiales, regulación conductual global e índice global ejecutivo. Estos resultados sugieren que las intervenciones integrativas pueden incidir en capacidades regulatorias relevantes para la organización cotidiana y la mantención de hábitos saludables, aun cuando sus efectos no siempre se expresen de manera inmediata o lineal en indicadores antropométricos. En este sentido, los resultados refuerzan la importancia de considerar la autorregulación como un mecanismo transversal en la comprensión e intervención de la obesidad infantil.

Asimismo, el capítulo muestra que la autorregulación infantil se desarrolla en interacción con el cuerpo, el movimiento, el juego,

los vínculos familiares y las rutinas cotidianas. Por ello, la psicomotricidad clínica adquiere pertinencia en la medida en que permite trabajar la relación entre experiencia corporal, emoción, simbolización, límites, percepción de sí y regulación. Del mismo modo, el componente parental y familiar resulta central, ya que niñas y niños no construyen hábitos saludables de manera aislada, sino en contextos de co-regulación, disponibilidad emocional, modelamiento conductual, organización del tiempo familiar y prácticas cotidianas compartidas. Esta perspectiva es consistente con la literatura que vincula interacción familiar, estilos parentales, prácticas alimentarias y autorregulación infantil con la prevención y abordaje de la obesidad (Anderson & Keim, 2016; Baker et al., 2019; Larsen et al., 2015; Rivadeneira-Valenzuela et al., 2021; Van Hulst et al., 2022).

Desde el punto de vista metodológico, la experiencia del proyecto evidencia tanto aportes como desafíos. La evaluación multidimensional permitió integrar indicadores antropométricos, ejecutivos, emocionales, alimentarios, familiares y conductuales, lo que resulta pertinente para estudiar un fenómeno complejo. Sin embargo, los resultados también muestran las dificultades asociadas a la evaluación de intervenciones complejas: pérdida de participantes, datos incompletos, heterogeneidad clínica y contextual, dependencia de reportes parentales y limitaciones de los instrumentos disponibles para captar cambios corporales, subjetivos y vinculares. Por ello, futuras investigaciones deberían fortalecer los diseños longitudinales, incorporar estrategias multimétodo, robustecer los análisis de perfiles clínicos y mejorar las condiciones de adherencia y seguimiento.

Finalmente, el capítulo permite afirmar que el abordaje de la obesidad infantil requiere intervenciones sostenidas, familiares, interdisciplinarias y territorialmente articuladas. Las dificultades de asistencia, continuidad y permanencia no pueden ser interpretadas únicamente como falta de motivación individual, sino también como expresión de condiciones familiares, sociales y territoriales que afectan la posibilidad real de sostener procesos terapéuticos y cambios de hábitos. En consecuencia, avanzar en intervenciones centradas en autorregulación implica también considerar los determinantes sociales de la adherencia, la continuidad de cuidados y la articulación con programas de salud pública. Desde esta perspectiva, la obesidad infantil exige modelos capaces de acompañar trayectorias prolongadas de cambio, sensibles a las condiciones de vida de niñas, niños y sus familias, y orientados no solo a modificar conductas, sino a fortalecer capacidades regulatorias, vínculos y experiencias corporales que hagan más sostenibles los hábitos saludables.

**Figura 1**  
Modelo integrativo de autorregulación en obesidad infantil



El esquema representa la autorregulación como un proceso dinámico y multidimensional que articula dimensiones corporales, emocionales, neurocognitivas, vinculares y contextuales en la comprensión de la obesidad infantil. A partir del proyecto FONIS SA23I0167, se propone un modelo de intervención interdisciplinario que integra psicomotricidad clínica grupal, trabajo parental y vincular, promoción de hábitos saludables y acompañamiento terapéutico, favoreciendo procesos de autorregulación, bienestar físico-psico-relacional y adherencia terapéutica en niñas, niños y sus familias.

### Preguntas:

- ¿Cómo permite la autorregulación ampliar la comprensión de la obesidad infantil más allá de la alimentación, el peso corporal y el balance energético?
- ¿De qué manera la ingesta alimentaria puede operar como una estrategia de regulación emocional frente al estrés, la ansiedad o el malestar infantil?
- ¿Qué relación se observa entre funciones ejecutivas, control inhibitorio, organización cotidiana y construcción de hábitos saludables en niños y niñas con sobrepeso u obesidad?
- ¿Cómo influyen los vínculos familiares y los procesos de co-regulación en la capacidad infantil para sostener cambios en alimentación, actividad física, sueño y uso de pantallas?
- ¿Qué aportes ofrece la psicomotricidad clínica para comprender e intervenir en procesos corporales, emocionales y regulatorios asociados a la obesidad infantil?
- ¿Por qué los cambios en autorregulación y funcionamiento ejecutivo pueden ser clínicamente relevantes, aun cuando no se expresen inmediatamente en reducciones significativas del peso corporal?
- ¿Qué limitaciones presentan los instrumentos de reporte parental para captar cambios subjetivos, corporales y relacionales en intervenciones complejas?
- ¿Cómo pueden interpretarse los aumentos en somatización o reporte de malestar después de una intervención psicocorporal: como deterioro clínico o como mayor conciencia corporal y emocional?
- ¿Qué factores familiares, sociales y territoriales dificultan la adherencia y permanencia de niñas, niños y cuidadores en intervenciones de obesidad infantil?
- ¿Qué condiciones metodológicas se requieren para evaluar de manera más robusta intervenciones integrativas centradas en autorregulación infantil?



## Desafíos:

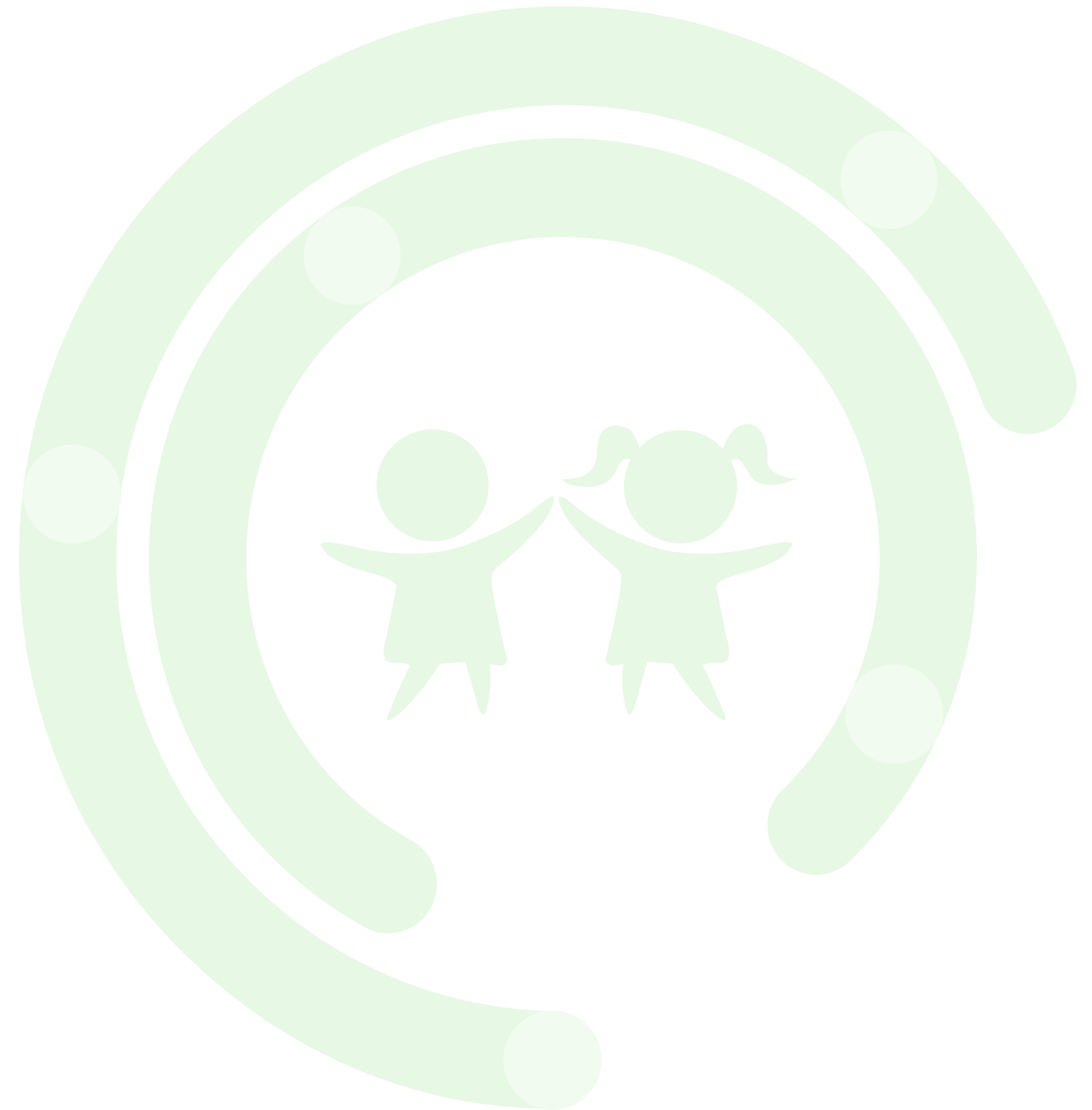
- Superar el reduccionismo biomédico en obesidad infantil.
- Fortalecer intervenciones centradas en autorregulación.
- Incorporar a las familias como agentes de co-regulación.
- Desarrollar evaluaciones multimétodo.
- Mejorar el seguimiento longitudinal.
- Aumentar la adherencia terapéutica.
- Incrementar el tamaño muestral y robustecer los análisis.
- Interpretar los resultados más allá de la significancia estadística.
- Articular las intervenciones con programas y territorios.
- Avanzar hacia modelos interdisciplinarios sostenibles.



## REFERENCIAS

- Anderson, S. E., & Keim, S. A. (2016). Parent-child interaction, self-regulation, and obesity prevention in early childhood. *Current Obesity Reports*, 5(2), 192–200. <https://doi.org/10.1007/s13679-016-0208-9>
- Baker, S., Morawska, A., & Mitchell, A. (2019). Promoting children's healthy habits through self-regulation via parenting. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(1), 52–62. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00280-6>
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Barros, L., Goes, A. R., & Pereira, A. I. (2015). Parental self-regulation, emotional regulation and temperament: Implications for intervention. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 295–306. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200013>
- Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry*, 7(1), 1–15. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli0701\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0701_1)
- Bergland, A., Olsen, C. F., & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4), e1723. <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Boerhout, C., Swart, M., van Busschbach, J. T., & Hoek, H. W. (2016). Effect of aggression regulation on eating disorder pathology: RCT of a brief body and movement oriented intervention. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 114–121. <https://doi.org/10.1002/erv.2429>
- Bridgett, D. J., Oddi, K. B., Laake, L. M., Murdock, K. W., & Bachmann, M. N. (2013). Integrating and differentiating aspects of self-regulation: Effortful control, executive functioning, and links to negative affectivity. *Emotion*, 13(1), 47–63. <https://doi.org/10.1037/a0029536>
- Calmels, D. (2003). ¿Qué es la psicomotricidad? *Lumen*.
- Carrasco-Solís, M. E., Fernández-Alcántara, M., Fernández-Ávalos, M. I., Gómez-Vida, J. M., Pérez-láñez, R., & Laynez-Rubio, C. (2022). Percepción parental de los factores relacionados con la obesidad y el sobrepeso en hijos/as adolescentes: Un estudio cualitativo. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 26(3), 178–188. <https://doi.org/10.14306/renhyd.26.3.1658>
- Cordella, P. (2010). *Anorexia, bulimia, obesidad: Experiencia y reflexión con pacientes y familias*. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Cordella, P., & Moore, C. (2015). Patrón adaptativo obesogénico cerebral: Una propuesta para comprender y evaluar la obesidad en la práctica clínica. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(1), 60–69. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182015000100008>
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Reiser, M., Cumberland, A., Shepard, S. A., Valiente, C., Losoya, S. H., Guthrie, I. K., & Thompson, M. (2004). The relations of effortful control and impulsivity to children's resiliency and adjustment. *Child Development*, 75(1), 25–46. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00652.x>
- Elias, C. L., & Berk, L. E. (2002). Self-regulation in young children: Is there a role for sociodramatic play? *Early Childhood Research Quarterly*, 17(2), 216–238. [https://doi.org/10.1016/S0885-2006\(02\)00146-1](https://doi.org/10.1016/S0885-2006(02)00146-1)
- ElGarhy, S., & Liu, T. (2016). Effects of psychomotor intervention program on students with autism spectrum disorder. *School Psychology Quarterly*, 31(4), 491–506. <https://doi.org/10.1037/spq0000164>
- Endevelt, R., Elkayam, O., Cohen, R., Peled, R., Tal-Pony, L., Michaelis Grunwald, R., Valinsky, L., Porath, A., & Heymann, A. D. (2014). An intensive family intervention clinic for reducing childhood obesity. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(3), 321–328. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.03.130243>
- Fridman, R., Eden, S., & Spektor-Levy, O. (2020). Nascent inquiry, metacognitive, and self-regulation capabilities among preschoolers during scientific exploration. *Frontiers in Psychology*, 11, 1790. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01790>
- García, K. (2018). Influencia de los factores psicológicos y familiares en el mantenimiento de la obesidad infantil. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(2), 221–237. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.2.503>

- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2017). BRIEF-2. Evaluación conductual de la función ejecutiva. TEA Ediciones.
- González, H. (2007). La autorregulación y su desarrollo en la primera infancia. En A. González del Yerro & H. Gutiérrez (Eds.), *La participación de la escuela en la formación* (pp. 53–86). Editorial Educación y Desarrollo.
- Graziano, P. A., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2010). Toddler self-regulation skills predict risk for pediatric obesity. *International Journal of Obesity*, 34(4), 633–641. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.288>
- Heynen, E., van der Kamp, J., Aarts, E., & Stuive, I. (2017). The effects of psychomotor therapy on children with emotional and behavioral problems: A systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 1–17. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0173-6>
- Larraín-Valenzuela, J., Mardones, F., Ansoleaga, E., & Kausel, L. (2022). Conceptualization, tasks and neurobiological correlates of self-regulation in children and adolescents: A systematic review of the literature (2015–2020). *The Open Psychology Journal*, 15(1). <https://doi.org/10.2174/18743501-v15-e2205090>
- Larsen, J. K., Hermans, R. C. J., Sleddens, E. F. C., Engels, R. C. M. E., Fisher, J. O., & Kremers, S. P. J. (2015). How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior: Interacting sources of influence? *Appetite*, 89, 246–257. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.012>
- Lebron, C. N., Lee, T. K., Park, S. E., St. George, S. M., Messiah, S. E., & Prado, G. (2018). Effects of parent-adolescent reported family functioning discrepancy on physical activity and diet among Hispanic youth. *Journal of Family Psychology*, 32(3), 333–342. <https://doi.org/10.1037/fam0000386>
- Liang, J., Matheson, B. E., Kaye, W. H., & Boutelle, K. N. (2014). Neurocognitive correlates of obesity and obesity-related behaviors in children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 38(4), 494–506. <https://doi.org/10.1038/ijo.2013.142>
- Nigg, J. T. (2017). Annual research review: On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 361–383. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12675>
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2009). Toward a physical basis of attention and self-regulation. *Physics of Life Reviews*, 6(2), 103–120. <https://doi.org/10.1016/j.plrev.2009.02.001>
- Rivadeneira-Valenzuela, P., Bustos-Medina, L., & González-Casanova, I. (2021). Estilos parentales y obesidad infantil: Una aproximación desde el contexto familiar chileno. *Revista Chilena de Nutrición*, 48(4), 598–607. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182021000400598>
- Ruff, H. A., & Rothbart, M. K. (2001). *Attention in early development: Themes and variations*. Oxford University Press.
- Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2013). The promotion of self-regulation through parenting interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0129-z>
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2019). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 337–357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
- Savina, E. (2014). Does play promote self-regulation in children? *Early Child Development and Care*, 184(11), 1692–1705. <https://doi.org/10.1080/03004430.2013.875541>
- Schlam, T. R., Wilson, N. L., Shoda, Y., Mischel, W., & Ayduk, O. (2013). Preschoolers' delay of gratification predicts their body mass 30 years later. *The Journal of Pediatrics*, 162(1), 90–93. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.06.049>
- Teixeira, P. J., Carraca, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J.-M., De Bourdeaudhuij, I., Lakerveld, J., & Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: A systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*, 13, 84. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0323-6>
- Van Hulst, A., Barnett, T. A., Gauvin, L., Daniel, M., Kestens, Y., & Henderson, M. (2022). Associations between family functioning and obesity in children and adolescents: A systematic review. *Child: Care, Health and Development*, 48(1), 3–16. <https://doi.org/10.1111/cch.12911>





## PARTE II

### DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS DE INTERVENCIÓN

¿Cómo transformar la comprensión integral de la obesidad infantil en modelos concretos de intervención y evaluación?



## CAPÍTULO 3

### DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTORREGULACIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES EN NIÑAS, NIÑOS Y SUS FAMILIAS

- P. Nieto. Psicóloga. Psicomotricista. Educadora de Párvulos. Centro Mi Espacio Educativo. Personal técnico Proyecto FONIS SA23I0167.
- P. Ortúzar. Psicóloga. Psicomotricista. Personal técnico Proyecto FONIS SA23I0167.
- J. Larraín-Valenzuela. Directora Principal FONIS SA23I0167. Doctora en Psicología. Psicóloga. Fonoaudióloga. Centro de investigación para la mejora de los aprendizajes (CIMA), Facultad de Educación, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0001-6038-2483>

#### Highlights:

- La obesidad infantil debe comprenderse desde una perspectiva relacional, corporal y emocional.
- La autorregulación se construye en interacción con otros.
- El cuerpo y el juego espontáneo son herramientas terapéuticas centrales.
- La participación familiar es un componente esencial de las intervenciones.
- La adherencia terapéutica está profundamente influida por condiciones sociales y estructurales.

#### Claves:

En este capítulo, la autorregulación se comprende como un proceso dinámico de organización emocional, corporal, cognitiva y relacional que permite a niñas y niños modular sus estados internos, regular sus impulsos, sostener la atención, tolerar la frustración y ajustar su conducta en función de las demandas del entorno. Esta definición integra tres planos complementarios: la autorregulación asociada a la modulación de activación fisiológica y respuesta al estrés; la mentalización, entendida como la capacidad de reconocer estados mentales propios y ajenos; y la regulación tónico-emocional, propia de la psicomotricidad, que considera el tono, la postura, el movimiento y la acción corporal como expresiones de la vida afectiva.

La ansiedad cumple un rol relevante en la aparición y mantenimiento de conductas alimentarias disfuncionales. El juego espontáneo favorece procesos de simbolización, creatividad y regulación emocional.

La psicomotricidad terapéutica permite intervenir sobre experiencias emocionales inscritas corporalmente.

La mentalización fortalece la capacidad de comprender estados emocionales propios y ajenos, favoreciendo regulación y empatía. Las intervenciones familiares permiten abordar patrones vinculares y experiencias transgeneracionales asociadas al sufrimiento psíquico.

La adherencia terapéutica debe comprenderse como un fenómeno relacional y no únicamente conductual.

Los determinantes sociales de la salud influyen directamente en la continuidad y sostenibilidad de los procesos terapéuticos.

#### Contexto y fundamentos del modelo de intervención

La alta prevalencia de malnutrición por exceso en la infancia en Chile constituye un problema de salud pública de carácter estructural. De acuerdo con el Mapa Nutricional 2024, más del 50% de los estudiantes presenta sobrepeso u obesidad, con cifras particularmente críticas en niveles como prekínder y quinto básico. Este escenario evidencia la necesidad de desarrollar modelos de intervención que trasciendan enfoques centrados exclusivamente en la dimensión nutricional.

Desde una perspectiva socioecológica, la obesidad infantil no puede comprenderse exclusivamente como el resultado de decisiones individuales vinculadas a alimentación o actividad física, sino como un fenómeno configurado por múltiples determinantes sociales, familiares y territoriales que condicionan las posibilidades concretas de cuidado y regulación cotidiana (Schroeder et al., 2018). Factores como la organización del tiempo familiar, las condiciones laborales de los cuidadores, la disponibilidad de recursos, el acceso a espacios seguros para el juego y la actividad física, las redes de apoyo, la oferta alimentaria del entorno y las experiencias de desigualdad y estigmatización corporal participan activamente en la cons-

trucción de hábitos y trayectorias de salud. En consecuencia, las intervenciones orientadas a promover hábitos saludables requieren abordar simultáneamente los procesos subjetivos de niñas y niños y las condiciones familiares, institucionales y comunitarias en las que dichos hábitos se producen y sostienen.

Por otra parte, la evidencia contemporánea indica que la ansiedad infantil constituye un predictor relevante del estado nutricional y emocional, siendo la autorregulación emocional y conductual un factor clave en la configuración de hábitos alimentarios (Trompeter et al., 2024). La conducta alimentaria, por tanto, no puede entenderse únicamente como una elección individual, sino como una respuesta compleja que articula dimensiones emocionales, cognitivas, corporales y relacionales.

A partir de esta comprensión, se propone una intervención que integra psicomotricidad terapéutica grupal y terapia vincular familiar dentro de un modelo de Terapia Sistémica Breve orientado simultáneamente al niño o niña y a su contexto relacional. La Terapia Sistémica Breve aporta un encuadre focalizado y estratégico para identificar patrones relacionales que mantienen el malestar y movilizar recursos familiares orientados al cambio. La terapia vincular familiar, en tanto, profundiza en las experiencias afectivas y modalidades relacionales construidas de manera transgeneracional que implica experiencias emocionales no elaboradas pueden incidir en los vínculos tempranos y en las dinámicas actuales de cuidado (Messing, 2011, 2017, 2020). En conjunto, ambos enfoques permiten articular objetivos clínicos concretos con procesos de elaboración emocional y reparación vincular. Esta integración resulta especialmente pertinente en contextos de mayor complejidad psicosocial, donde la evidencia sugiere que los cambios terapéuticos más sostenidos requieren continuidad relacional y trayectorias longitudinales de cuidado, más allá de intervenciones breves aisladas (Knekt et al., 2016).

El proyecto FONIS SA23I0167, titulado "Efectividad de la terapia parental apoyada con psicomotricidad clínica en la autorregulación de niños y niñas con sobrepeso u obesidad para incrementar hábitos saludables", surge precisamente desde esta necesidad de desarrollar dispositivos clínicos integrales que articulen salud mental, corporalidad, vínculo familiar y promoción de hábitos saludables, especialmente en contextos de alta complejidad biopsicosocial.

### **La ansiedad como eje transversal en los trastornos de la conducta alimentaria**

La evidencia reciente refuerza la comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como fenómenos complejos donde la ansiedad cumple un papel central tanto en su origen como en su mantenimiento. La revisión sistemática y meta-análisis de Trompeter et al. (2024) confirma una relación bidireccional entre ansiedad y TCA: los síntomas ansiosos pueden anticipar la aparición de conductas alimentarias disfuncionales y estas, a su vez, intensificar la ansiedad posterior. Este vínculo se expresa con mayor fuerza en adolescentes y en contextos donde la presión social sobre la imagen corporal es elevada.

Esta perspectiva se complementó con las experiencias clínicas que vinculan la experiencia de conducta alimentaria deja de comprenderse únicamente desde el control nutricional y pasa a entenderse como un entramado complejo en la que intervienen emociones, historia vincular, regulación corporal, relaciones familiares y condiciones de vida. En niñas y niños con malnutrición por exceso, comer puede adquirir funciones regulatorias: calmar la ansiedad, compensar estados de tensión, organizar transitoriamente el malestar o responder a rutinas familiares donde la alimentación ocupa un lugar central en la expresión de cuidado, premio, consuelo o control.

A partir de esta comprensión, el modelo propuesto incorpora la psicomotricidad terapéutica grupal y la Terapia Sistémica

Breve como estrategias orientadas a favorecer la expresión simbólica del conflicto corporal y la disminución de la ansiedad asociada al control alimentario. El juego grupal, la dramatización y las actividades de resignificación corporal se consolidan como herramientas terapéuticas que permiten al niño o niña reconstruir su vínculo con el cuerpo, fortalecer la autoestima y desarrollar recursos de autorregulación emocional en interacción con otros.

Desde la clínica psicomotriz, la resignificación corporal se entiende como el proceso mediante el cual el cuerpo deja de ser vivido exclusivamente como objeto de evaluación, vergüenza, torpeza, control o estigma, y comienza a ser experimentado como territorio de placer, acción, expresión, competencia, vínculo y cuidado. Esta resignificación no se reduce a mejorar la imagen corporal; implica transformar la relación afectiva y simbólica con el propio cuerpo a través de experiencias corporales seguras, lúdicas y relacionales (Larraín Valenzuela, et al. 2025).

### **La autorregulación y la terapia grupal basada en el juego espontáneo**

La evidencia contemporánea reafirma que el juego espontáneo grupal constituye una vía privilegiada para el desarrollo de la autorregulación emocional y conductual en la infancia. Desde la perspectiva histórico-cultural de Vygotsky, el juego no es solo una actividad recreativa, sino un espacio simbólico donde el niño ensaya roles, negocia significados y aprende a modular sus emociones en interacción con otros.

El estudio de Bredikyte y Brandisauskiene (2023), publicado en *Frontiers in Psychology*, demuestra que los niveles de juego de simulación y autorregulación están estrechamente correlacionados: cuanto más complejo es el rol asumido, mayor es la capacidad del niño para controlar impulsos y emociones. La edad y las habilidades de juego emergen como predictores relevantes del desarrollo autorregulatorio, confirmando que el juego espontáneo constituye un verdadero laboratorio emocional y social.

En esta misma línea, el Freud Centre (2024) propone estrategias terapéuticas basadas en juegos cooperativos y dramatizaciones que fortalecen la gestión emocional y la tolerancia a la frustración. Los adultos actúan como facilitadores del juego y no como directores de la experiencia, permitiendo que los niños construyan autonomía, creatividad y resiliencia.

Desde la perspectiva del presente proyecto, esta evidencia se articula con la psicomotricidad terapéutica grupal y la Terapia Sistémica Breve, consolidando un modelo que aborda simultáneamente la dimensión corporal, emocional y relacional. El juego espontáneo se concibe como una herramienta de intervención que favorece la expresión simbólica del conflicto, la reparación emocional (Winnicott, 2013), la reconstrucción del vínculo con el cuerpo y la integración de la experiencia emocional en el grupo.

De este modo, la autorregulación deja de entenderse como un objetivo exclusivamente conductual y pasa a concebirse como un proceso dinámico que se construye en la interacción, la cooperación y la creatividad compartida.

### **Intervención psicomotriz: el cuerpo como eje de regulación**

Comprender la autorregulación desde una perspectiva relacional implica también reconocer el papel del cuerpo en la elaboración emocional. Desde esta mirada, la psicomotricidad terapéutica constituye uno de los pilares del modelo, siendo definida como una intervención somatopsíquica que utiliza el juego espontáneo como vía de elaboración emocional. El

cuerpo no es solo un medio de expresión, sino el lugar donde se inscriben experiencias afectivas, relacionales y simbólicas (Aucouturier, 2005, 2025).

El enfoque se sustenta en la propuesta de Aucouturier (2005, 2025), quien plantea que el juego espontáneo permite reparar angustias y favorecer la integración somatopsíquica a través del placer, la acción y la simbolización. En este marco, el juego constituye una condición fundamental para el desarrollo de la subjetividad y la regulación emocional.

Asimismo, los aportes de Winnicott (1965, 2006, 2013) refuerzan esta perspectiva al señalar que es en el juego donde el niño puede desplegar su creatividad, explorar su mundo interno y descubrir su propio self. La intervención psicomotriz se orienta, por tanto, a generar las condiciones necesarias para que el juego sea posible, particularmente en aquellos niños y niñas que presentan dificultades de regulación emocional, impulsividad o inhibición.

En este modelo se distinguen tres tipos de mediación psicomotriz. La mediación tónica se orienta a modular estados de activación corporal mediante presencia, ritmo, distancia, contacto, pausa, respiración, sostén y regulación del tono (Larraín-Valenzuela y Nieto, 2020). La mediación espacio-temporal organiza la experiencia del cuerpo en relación con límites, recorridos, secuencias, turnos, tiempos de espera, inicio y cierre de la acción. La mediación simbólica facilita que la acción corporal pueda transformarse en representación, relato, juego dramático, dibujo, metáfora o palabra, permitiendo elaborar afectos que inicialmente aparecen como descarga motriz, impulsividad, inhibición o angustia corporal.

### **Integración del abordaje familiar y grupal**

La evidencia contemporánea converge en reconocer que los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia y adolescencia corresponden a fenómenos relacionales que requieren un abordaje integral, donde la familia, el grupo terapéutico y el juego espontáneo actúan como ejes complementarios de intervención.

Gorrell, Simic y Le Grange (2024) destacan la convergencia entre los modelos de terapia familiar y Family-Based Treatment (FBT), enfatizando principios de colaboración, regulación emocional y participación activa de madres, padres y cuidadores. La incorporación de actividades grupales y lúdicas fortalece la cohesión familiar y promueve procesos de autorregulación infantil, permitiendo que niñas y niños experimenten pertenencia y seguridad en un entorno compartido.

Desde esta perspectiva, el presente modelo articula la psicomotricidad terapéutica grupal con el abordaje familiar sistémico, integrando el juego espontáneo como mediador simbólico entre cuerpo y emoción. El juego grupal facilita la expresión de conflictos internos, la resignificación corporal y la construcción de recursos de regulación emocional. En este sentido, la autorregulación no se enseña únicamente mediante instrucciones verbales o pautas conductuales; se construye a través de experiencias repetidas de co-regulación, espera, turnos, negociación, contacto con límites, reconocimiento emocional y transformación simbólica de la tensión.

### **La mentalización como eje terapéutico**

La mentalización, concepto desarrollado por Fonagy et al. (2002, 2019, 2023), constituye un eje fundamental en la comprensión y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en infancia y adolescencia. Este enfoque se centra en la capacidad de reconocer y reflexionar sobre los estados mentales propios y ajenos —emociones, pensamientos, deseos e

intenciones— como base para la regulación emocional y la empatía.

En el contexto terapéutico, la mentalización permite transformar la relación entre niñas, niños y sus familias en un espacio de reflexión compartida, donde las conductas alimentarias dejan de ser vistas únicamente como actos de oposición o control y pasan a comprenderse como expresiones de sufrimiento emocional y relacional.

El modelo *Mentalization-Based Treatment with Families* (MBT-F), descrito por Asen y Fonagy (2021), propone estrategias orientadas a fortalecer la capacidad mentalizadora en madres, padres e hijos mediante el diálogo, la curiosidad y la validación emocional. La familia se transforma así en un sistema que aprende a pensar sobre sus propias emociones y las de los demás, disminuyendo la reactividad y favoreciendo la contención emocional.

Este enfoque se complementa con el modelo MBT-ED (*Mentalization-Based Treatment for Eating Disorders*), que integra la psicoterapia individual y familiar para abordar déficits de mentalización y vínculos inseguros frecuentemente asociados a los TCA. Según Kelton-Locke (2016), la restauración de la confianza epistémica —la capacidad de creer en la mente del otro como fuente válida de conocimiento y afecto— constituye un elemento esencial para la recuperación.

En el marco del presente proyecto, la mentalización se articula con la psicomotricidad terapéutica grupal y la Terapia Sistémica Breve, configurando un modelo que combina reflexión emocional, acción corporal y simbolización. El juego grupal y las dinámicas familiares se transforman en escenarios donde niñas y niños pueden explorar sus emociones, comprender las de los otros y reconstruir su vínculo con el cuerpo desde una perspectiva empática y no punitiva.

La participación familiar en este contexto deja de ser un complemento opcional y se convierte en un componente indispensable del abordaje terapéutico integral. La familia actúa como red de apoyo emocional y estructural, favoreciendo la adherencia terapéutica, la reorganización de dinámicas relacionales y la construcción de vínculos más seguros (Hampl et al., 2023).

### **Terapia vincular familiar: el trabajo con madres y padres**

De manera complementaria, el modelo incorpora un componente de terapia vincular familiar grupal inspirado en la propuesta terapéutica de Messing (2020), cuyo objetivo es promover bienestar emocional a través de la reparación y reconexión con la propia historia vincular.

Este enfoque se sustenta en la premisa de que las dificultades observadas en niñas y niños se inscriben en dinámicas familiares y trayectorias transgeneracionales que requieren ser elaboradas. Los síntomas infantiles dejan así de comprenderse exclusivamente como un problema individual y pasan a concebirse como expresiones de procesos relacionales más amplios.

La terapia vincular aborda conceptos como conexión emocional y simetría inconsciente, entendida como la tendencia a reproducir patrones emocionales no elaborados en la relación con los hijos e hijas. Uno de sus objetivos centrales consiste en favorecer la recuperación del "lugar de hijo/a" en los adultos, permitiendo diferenciar la propia historia de la de sus hijos/as y disminuyendo la transmisión implícita de experiencias traumáticas o no elaboradas.

En el dispositivo implementado, este componente permitió que madres, padres y cuidadores revisaran no solo sus prácticas

de crianza, sino también los afectos, temores, mandatos corporales, experiencias de vergüenza y formas de control que podían influir en la relación con la alimentación, el cuerpo y la autonomía de niñas y niños.

### Dispositivo integrativo de intervención

El modelo se implementa a través de un dispositivo integrado que articula dos espacios terapéuticos paralelos: por un lado, sesiones de psicomotricidad grupal con niñas y niños; por otro, sesiones grupales con madres, padres y cuidadores de esos mismos participantes. Esta organización permite abordar simultáneamente procesos individuales y relacionales.

Adicionalmente, se desarrollan sesiones vinculares grupales en las que participan conjuntamente niñas, niños y adultos significativos, generando espacios de encuentro, juego y elaboración compartida. Estas instancias fortalecen el vínculo y facilitan la transferencia de los aprendizajes al contexto cotidiano.

El trabajo con madres y padres se desarrolla mediante estrategias orientadas a construir un vínculo terapéutico basado en confianza, cuidado mutuo y validación emocional. Para ello se incorporan preguntas abiertas, ejercicios de respiración consciente, mindfulness, intervenciones psicocorporales y técnicas de arteterapia que facilitan la expresión simbólica y la reflexión emocional.

Cada sesión incluía espacios para compartir experiencias semanales, identificar emergentes emocionales y trabajar habilidades de regulación frente a conflictos cotidianos. En algunas instancias, se recurría a intervenciones corporales orientadas a reconocer las zonas del cuerpo asociadas a ansiedad o angustia, utilizando respiración consciente y focalización corporal como estrategias de regulación.

La intervención se sostuvo sobre un encuadre claro y compartido, incluyendo acuerdos respecto a asistencia, respeto, confidencialidad y funcionamiento grupal. Este encuadre no solo organizó el dispositivo terapéutico, sino que constituyó un elemento estructurante que favoreció seguridad emocional, confianza y continuidad del proceso.

El dispositivo propuesto puede comprenderse como una intervención multicomponente e integrada. Su dimensión psicomotriz se orienta al trabajo desde el cuerpo, el juego y la experiencia sensoriomotriz como vías de regulación y encuentro vincular; su dimensión familiar incorpora activamente a madres, padres y cuidadores en el proceso terapéutico; mientras que el enfoque sistémico permite comprender las dinámicas relacionales y los patrones de interacción que organizan el malestar y las posibilidades de cambio. A su vez, la perspectiva vincular aborda las experiencias afectivas y trayectorias transgeneracionales que inciden en las modalidades de cuidado y en la construcción de los vínculos tempranos. Finalmente, el dispositivo asume una dimensión comunitaria y socioecológica, reconociendo que la participación terapéutica y la posibilidad de sostener hábitos saludables se encuentran profundamente condicionadas por redes de apoyo, instituciones, condiciones materiales de vida y determinantes sociales de la salud.

### Intervención con niñas y niños

La intervención con niñas y niños se realizó en grupos pequeños de psicomotricidad terapéutica. Descalzos y sentados en círculo en el suelo, se les invitaba a compartir experiencias de la semana, conectarse con su sentir, pensar y corporalidad. Posteriormente, a partir de sus propias propuestas de juego, se construían colectivamente las actividades grupales.

En las primeras sesiones era frecuente observar importantes dificultades de autorregulación, impulsividad y necesidad de descarga motriz inmediata. Uno de los juegos recurrentes consistía en derribar un muro de cubos, existiendo como norma compartida que todos tenían derecho a botarlo juntos.

Desde la psicomotricidad terapéutica, el juego espontáneo constituye el espacio donde el psicomotricista realiza mediaciones corporales y simbólicas que permiten paulatinamente expresar, elaborar y reparar conflictos emocionales (Mila, 2018). El proceso se sostenía en normas explícitas e implícitas asociadas al cuidado de sí mismo, del otro y del espacio compartido.

En este contexto, la norma no opera solo como límite externo, sino como organizador de la experiencia corporal y grupal. Esperar el turno, coordinar una acción colectiva, detenerse, escuchar al otro o transformar la descarga motriz en juego compartido son operaciones clínicas que favorecen la regulación tónico-emocional, la simbolización y la convivencia.

### Implementación en contexto real: aciertos, obstáculos y desafíos

La implementación del modelo evidenció múltiples desafíos asociados a contextos de alta complejidad biopsicosocial. Las historias familiares se encontraban atravesadas por vulnerabilidad social, pobreza, experiencias traumáticas, enfermedades crónicas, cesantía y sobrecarga laboral.

En niñas y niños se observaron situaciones de bullying, negligencia parental, riesgo de abuso sexual, abuso sexual y diversas comorbilidades como TDAH, trastorno del espectro autista y trastornos del desarrollo intelectual. Asimismo, las distintas etapas evolutivas —segunda infancia, preadolescencia y adolescencia— implicaban necesidades regulatorias y vinculares particulares.

Dentro de los procesos clínicos observados, uno de los casos permitió resignificar experiencias traumáticas a partir de una pesadilla recurrente. A través del arteterapia y de mediaciones psicomotrices fue posible representar el miedo y la rabia mediante la destrucción simbólica del “monstruo de las pesadillas”, favoreciendo la elaboración emocional.

Otro caso ilustrativo corresponde a un niño de ocho años, rotulado como “el niño problema” tanto en la casa como en el colegio. Presentaba conductas desafiantes, agresivas e impulsivas. Su juego recurrente —“la guerra de cubos” y “la escondida empática”— permitió explorar la ansiedad, el miedo a ser destruido y el temor a no ser encontrado. A partir de estas experiencias comenzaron a surgir asociaciones entre emociones y conducta alimentaria: “cuando me siento así me da mucha hambre”. En las sesiones vinculares, madre e hijo/o pudieron jugar y hablar sobre su sufrimiento psíquico, observándose paralelamente avances en la capacidad de regulación y mentalización materna. Las niñas y niños que presentaban mayor asistencia mostraban también avances más significativos, expresando frecuentemente su deseo de asistir y su malestar cuando no podían participar.

La adherencia terapéutica constituyó uno de los principales desafíos para el equipo. Factores como clima adverso, horarios incompatibles, trabajos esporádicos, monoparentalidad y ausencia de redes de apoyo dificultaban la asistencia sostenida a las sesiones. En muchos casos, las familias debían priorizar necesidades básicas de subsistencia antes que la continuidad terapéutica.

Estos hallazgos muestran que la adherencia no puede ser interpretada únicamente como motivación individual o compro-

miso familiar. En contextos de precariedad, la posibilidad de asistir a una intervención depende de condiciones materiales concretas: disponibilidad de tiempo, transporte, cuidado de otros hijos, estabilidad laboral, salud de los cuidadores, clima, horarios escolares y confianza en las instituciones. Por ello, la continuidad terapéutica debe analizarse como resultado de la interacción entre vínculo clínico y determinantes sociales.

En el trabajo con adultos emergieron también experiencias de sufrimiento psíquico importante. Varias madres relataron historias de bullying, violencia psicológica y sobreprotección parental. A través de ejercicios de respiración, relajación y espacios grupales de contención pudieron expresar dolor emocional y comenzar procesos de mayor autocuidado y regulación.

Otros adultos lograron identificar cómo sus propias historias de infancia influían en sus dinámicas de crianza y en sus dificultades vinculares actuales. En algunos casos, el trabajo terapéutico permitió resignificar experiencias depresivas, retomar proyectos personales y fortalecer vínculos familiares.

En síntesis, factores biopsicosociales incidieron profundamente en la complejidad y riqueza de esta experiencia de intervención terapéutica grupal con niñas, niños y sus familias. Asimismo, se identificaron dificultades en la coordinación con escuelas, CESFAM y otros dispositivos territoriales, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias intersectoriales para la implementación de intervenciones complejas.

Entre los principales desafíos identificados se encuentran la necesidad de fortalecer la articulación entre escuelas, CESFAM, OLN y centros especializados en infancia; generar horarios compatibles con dinámicas escolares y laborales; considerar las condiciones climáticas y cambios de horario; contar con espacios físicos adecuados para terapias grupales; y desarrollar instancias permanentes de supervisión clínica y coordinación interdisciplinaria.

### Alcances del modelo de intervención

A pesar de las dificultades observadas durante la implementación, el modelo permitió identificar cambios clínicos significativos en distintos niveles. En niñas y niños se observaron mejoras en regulación emocional, expresión afectiva y participación social. En madres y padres se evidenciaron procesos de mayor conciencia emocional, comprensión vincular, disponibilidad afectiva y aumento de la capacidad de mentalización.

En varios casos, la intervención facilitó procesos de elaboración emocional y reparación vincular que impactaron positivamente en la relación entre adultos y niñas/os. Estos hallazgos sugieren que el abordaje integrado constituye una vía pertinente para la promoción de salud mental, autorregulación y hábitos saludables tanto en infancia como en la adultez.

El alcance principal del modelo no reside solo en la modificación de conductas alimentarias, sino en la creación de condiciones subjetivas, familiares y corporales para que niñas y niños puedan desarrollar formas más elaboradas de reconocer, expresar y regular sus estados internos. Desde esta perspectiva, los hábitos saludables se entienden como prácticas encarnadas y relacionales, sostenidas por vínculos, rutinas, sentidos y condiciones de vida.

### La adherencia terapéutica como componente relacional del tratamiento

La adherencia terapéutica en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en niñas, niños y adolescentes no depende exclusivamente de la estructura del programa clínico, sino también de la calidad del vínculo terapéutico y del grado de participación familiar.

McGrath y Jewell (2024) destacan que la adherencia mejora cuando madres y padres asumen un rol activo en la recuperación y participan en la toma de decisiones terapéuticas. La implicación familiar, la comunicación abierta y la percepción de eficacia del tratamiento constituyen factores decisivos para sostener la continuidad del proceso.

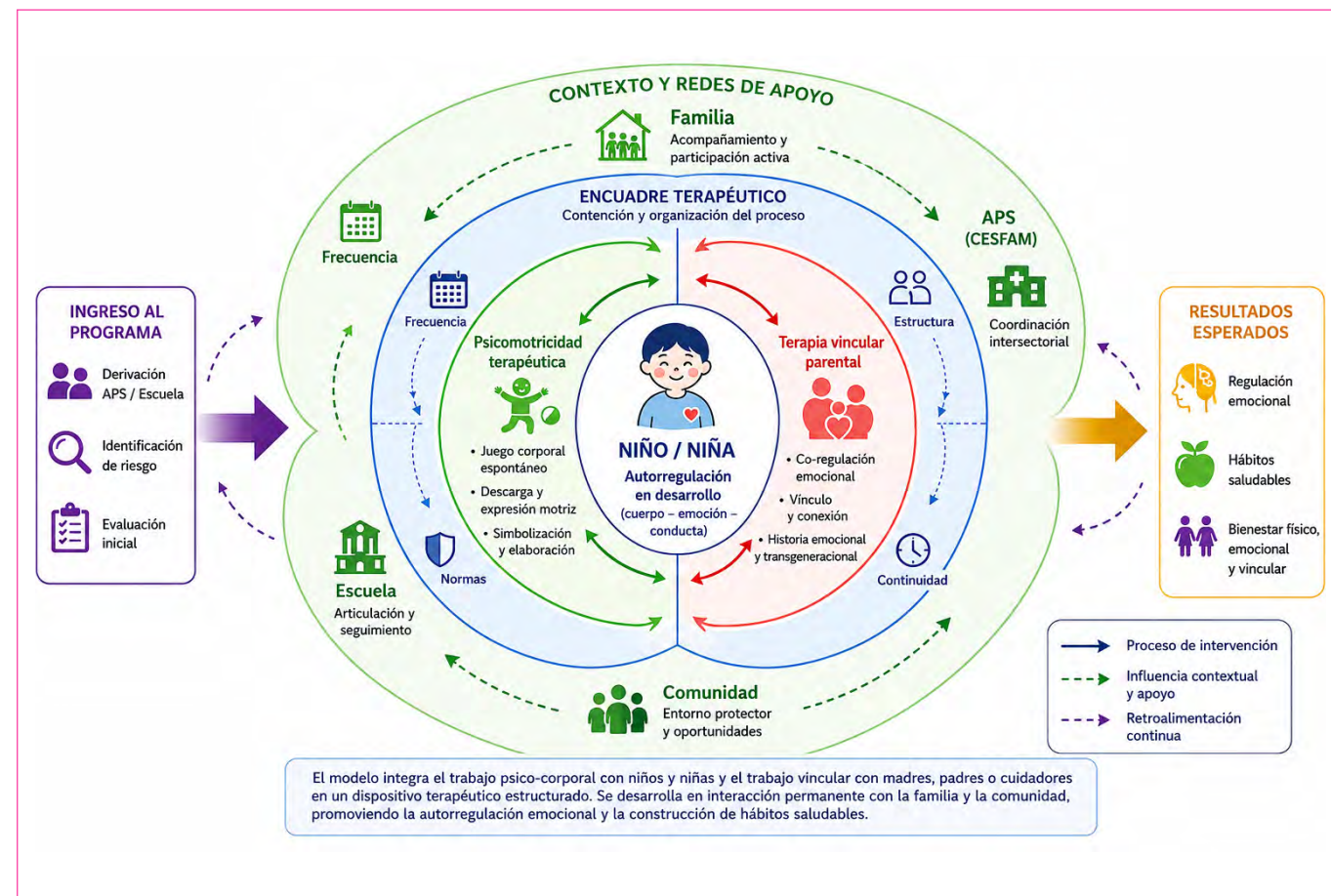
Desde esta perspectiva, la adherencia se entiende como un fenómeno relacional y no como mera obediencia al tratamiento. Implica la construcción de confianza, validación emocional y participación activa de las familias en la resignificación del cuerpo y de la conducta alimentaria.

El modelo implementado en el proyecto FONIS SA23I0167 favoreció espacios permanentes de interacción entre niñas, niños, madres, padres y cuidadores, fortaleciendo redes de apoyo y promoviendo experiencias colectivas de contención. En este contexto, la adherencia dejó de entenderse únicamente como permanencia en el tratamiento y pasó a concebirse como expresión de vínculo, comprensión y esperanza compartida.

Sin embargo, el modelo también muestra que la adherencia requiere condiciones institucionales y comunitarias que la hagan posible. La flexibilidad horaria, la coordinación intersectorial, la continuidad del equipo, la adecuación territorial y la sensibilidad frente a las condiciones de vida de las familias son componentes clínicos, no elementos externos al tratamiento.

Figura 1

Modelo integrado de intervención psico-corporal y vincular que articula el trabajo con las niñas y los niños con sus familias en un dispositivo terapéutico estructurado, en interacción con el contexto comunitario, orientado a la promoción de la autorregulación y hábitos saludables.



## Preguntas y desafíos:

### Preguntas clave

- ¿Cómo construir dispositivos terapéuticos capaces de integrar cuerpo, juego, vínculo y autorregulación en niñas y niños con malnutrición por exceso?
- ¿De qué manera las intervenciones grupales pueden favorecer procesos de simbolización emocional y regulación conductual en infancia?
- ¿Cómo incorporar activamente a madres, padres y cuidadores en procesos terapéuticos sin transformarlos únicamente en agentes de control conductual?
- ¿Qué estrategias clínicas permiten sostener la adherencia terapéutica en contextos familiares de alta complejidad biopsicosocial?
- ¿Cómo desarrollar evaluaciones más sensibles a cambios regulatorios, vinculares y corporales que no siempre son captados por instrumentos tradicionales?
- ¿Qué lugar ocupa el juego espontáneo en la construcción de procesos terapéuticos sostenibles en infancia?

### Desafíos del campo

- Fortalecer la articulación entre equipos clínicos, escuelas y dispositivos comunitarios vinculados a infancia.
- Generar horarios y formatos de intervención compatibles con las dinámicas laborales y familiares de los cuidadores.
- Desarrollar estrategias de acompañamiento que consideren las condiciones de vulnerabilidad social y emocional de las familias participantes.
- Contar con espacios físicos adecuados para el desarrollo de intervenciones grupales psicocorporales.
- Incorporar supervisión clínica y trabajo interdisciplinario permanente en dispositivos terapéuticos complejos.
- Avanzar hacia metodologías de evaluación multimétodo que integren observación clínica, corporalidad, vínculo y autorregulación.
- Sostener dispositivos terapéuticos longitudinales que permitan acompañar procesos regulatorios y vinculares en el tiempo.
- Diseñar estrategias territoriales de adherencia que contemplen transporte, horarios, redes de cuidado, coordinación escolar y apoyo comunitario.
- Precisar indicadores clínicos que permitan distinguir cambios en autorregulación neurofisiológica, mentalización, regulación tónico-emocional y prácticas familiares de co-regulación.

## REFERENCIAS

- Asen, E., & Fonagy, P. (2021). *Mentalization-based treatment with families*. Guilford Press.
- Aucouturier, B. (2005). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Graó.
- Aucouturier, B. (2025). *La totalidad del cuerpo: Sus carencias y las compensaciones simbólicas*. Educación y terapia. Corpora.
- Bredikyte, M., & Brandisauskiene, A. (2023). Pretend play as the space for development of self-regulation: Cultural-historical perspective. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1186512. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1186512>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press. <https://psycnet.apa.org/record/2002-17653-000>
- Gorrell, S., Simic, M., & Le Grange, D. (2024). Toward the integration of family therapy and family-based treatment for eating disorders. In P. Robinson, T. Wade, B. Herpertz-Dahlmann, F. Fernandez-Aranda, J. Treasure, & S. Wonderlich (Eds.), *Eating disorders* (pp. 1119–1135). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-46096-8\\_59](https://doi.org/10.1007/978-3-031-46096-8_59)
- Hampl, S. E., Hassink, S. G., Skinner, A. C., Armstrong, S. C., Barlow, S. E., Bolling, C. F., Avila Edwards, K. C., Hamre, R., Joseph, M. M., Lunsford, D., Mendonca, E., Michalsky, M. P., Mirza, N., Ochoa, E. R., Sharifi, M., Staiano, A. E., Weedn, A. E., Flinn, S. K., Lindros, J., & Okechukwu, K. (2023). Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 151(2), Article e2022060640. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060640>
- Kelton-Locke, S. (2016). Eating disorders, impaired mentalization and attachment: Implications for child and adolescent family treatment. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 15(4), 337–356. <https://doi.org/10.1080/15289168.2016.1257239>
- Knekt, P., Virtala, E., Härkänen, T., Vaarama, M., Lehtonen, J., & Lindfors, O. (2016). The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological Medicine*, 46(6), 1175–1188. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002718>
- Messing, C. (2011). ¿Por qué es tan difícil ser padres de hoy? Editorial Noveduc.
- Messing, C. (2017). *Cómo sienten y piensan los niños de hoy*. Editorial Noveduc.
- Messing, C. (2020). *Terapia vincular – familiar. Un nuevo abordaje de las patologías actuales*. Editorial Noveduc.
- McGrath, A., & Jewell, T. (2024). Family therapy in the treatment of child and adolescent eating disorders. *Cutting Edge Psychiatry in Practice*, 6(1), 194–200. <https://doi.org/10.65031/ykld2895>
- Mila, J. (2018). *Psicomotricidad: Intervenciones en el campo adulto. Prevención, educación y terapia psicomotriz* (1.ª ed.). Corpora.
- Larraín-Valenzuela, J., & Nieto-Basaure, P. (2020). Aportes en psicomotricidad clínica: Acompañamiento psicomotriz dentro del contexto de pandemia. *Convergencias. Revista de educación*, 3(6), 39–54. <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/convergencias/article/view/4035>
- Schroeder, K., McCormick, R., Perez, A., & Lipman, T. H. (2018). The role and impact of community health workers in childhood obesity interventions: a systematic review and meta-analysis: Community health workers. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(10), 1371–1384. <https://doi.org/10.1111/obr.12714>
- Trompeter, N., Dârvariu, ., Brieva-Tolozá, A. V., Opitz, M.-C., Rabelo-da-Ponte, F. D., Sharpe, H., Desrivières, S., Schmidt, U., & Micali, N. (2025). The prospective relationship between anxiety symptoms and eating disorder symptoms in adolescence: A systematic review and meta-analysis of a bi-directional relationship. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 1691–1718. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02601-9>
- Winnicott, D. W. (2006). *Acerca de los niños*. Paidós.
- Winnicott, D. W. (2013). *Realidad y juego*. Gedisa.





## CAPÍTULO 4

### MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS SECUNDARIOS DEL PROYECTO FONIS SA23I0167

- C. Pino, Phd (c) Doctorado en Ciencias de la Complejidad Social. Centro de Investigación de Complejidad Social (CICS), Facultad de Gobierno, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-6455-9837>
- A. Palma Contreras. Doctora en Psicología. Trabajadora Social. Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-6281-1509>
- J. Larraín-Valenzuela. Directora Principal FONIS SA23I0167. Doctora en Psicología. Psicóloga. Fonoaudióloga. Centro de investigación para la mejora de los aprendizajes (CIMA), Facultad de Educación, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0001-6038-2483>

#### Highlights:

- El proyecto adoptó una evaluación multidimensional, considerando composición corporal, funcionamiento ejecutivo, salud mental, sueño, alimentación, uso de pantallas y autorregulación.
- El diseño fue cuasi experimental, con grupo intervención y grupo control, y tres momentos de medición: T1, T2 y T3.
- El Score de Autorregulación se construyó combinando indicadores del BRIEF-2 y del CEBQ, integrando autorregulación conductual-ejecutiva y regulación alimentaria.
- Los análisis descriptivos muestran diferencias entre grupo control e intervención, pero las pruebas estadísticas evidencian resultados limitados y dispares.
- Los modelos mixtos robustos muestran el papel relevante de la ansiedad, el uso de pantallas y la autorregulación en relación con el zIMC, aunque los resultados están afectados por atrición y datos incompletos.

#### Claves:

- **Evaluación multidimensional de la obesidad infantil:** El capítulo parte de la premisa de que la obesidad infantil no puede evaluarse solo desde lo antropométrico, sino que requiere integrar **dimensiones físicas, emocionales, cognitivas y conductuales**.
- **Autorregulación como constructo compuesto:** La autorregulación se operacionaliza mediante un índice que combina función ejecutiva —inhibición, flexibilidad y automonitoreo— con regulación alimentaria —respuesta a la comida, alimentación emocional, lentitud al comer y saciedad—.
- **Modelos lineales mixtos y modelos robustos:** El análisis considera la estructura longitudinal de los datos y la variabilidad individual, utilizando modelos normales y robustos para enfrentar la influencia de valores extremos.

#### Introducción

El proyecto FONIS SA23I0167 adoptó un enfoque de evaluación multidimensional, fundamentado en la premisa de que la obesidad infantil no puede analizarse desde una perspectiva exclusivamente nutricional o antropométrica. La evidencia disponible indica que este fenómeno debe comprenderse como la interacción de factores físicos, emocionales, cognitivos y conductuales que se articulan dinámicamente a lo largo del desarrollo (Kar et al., 2014; Lindberg et al., 2020). Desde esta perspectiva, el enfoque de evaluación contempló tanto la salud física y la composición corporal como el funcionamiento ejecutivo, la sintomatología psicoemocional y los hábitos conductuales relacionados con el sueño, la alimentación y el uso de pantallas.

El proyecto utilizó un diseño cuasi experimental mediante la implementación de una intervención de terapia parental apoyada con psicomotricidad clínica en un grupo de intervención, en comparación con un grupo control. Para ambos grupos se organizaron tres momentos de evaluación: una medición inicial (T1, mes 1), una evaluación intermedia (T2, mes 4) y una evaluación de cierre (T3, mes 10). Esta arquitectura permitió analizar las trayectorias de cambio individual a lo largo de la intervención y comparar dichas trayectorias entre grupos. Dada la edad de los participantes y las características del fenómeno estudiado, las mediciones incluyeron tanto la participación de niñas y niños usuarios/as del programa como de sus padres o cuidadores principales, incorporando medidas objetivas obtenidas mediante dispositivos clínicos y reportes conductuales provenientes de fuentes familiares.

El diseño de investigación tuvo como propósito estimar la efectividad del programa de terapia parental apoyada con psicomotricidad clínica. En este sentido, la evaluación cumplió una función tanto descriptiva como inferencial, orientada a generar evidencia aplicable al diseño y fortalecimiento de intervenciones en salud infantil en contextos de atención primaria (Bacardí-Gascón et al., 2007; Pan American Health Organization, 2014).

## Instrumentos utilizados

Con el propósito de comprender la obesidad infantil desde una perspectiva integral, el proyecto incorporó instrumentos destinados a evaluar dimensiones corporales, emocionales, cognitivas y conductuales. Todos los instrumentos fueron aplicados en los tres momentos de medición descritos previamente, tanto en el grupo intervención como en el grupo control.

### DIMENSIÓN CORPORAL Y ANTROPOMÉTRICA

#### 1. Composición corporal: InBody 270

La evaluación física se realizó mediante el analizador de composición corporal InBody 270, basado en tecnología de bioimpedancia eléctrica multifrecuencia. Este dispositivo permite obtener estimaciones de masa grasa, masa muscular, agua corporal total e índice de masa corporal (IMC) de manera no invasiva y con alta reproducibilidad en condiciones clínicas habituales. Su validez y confiabilidad en población pediátrica han sido documentadas en estudios previos (Larsen et al., 2021). Los z-scores de IMC fueron calculados conforme a los estándares de la Organización Mundial de la Salud, ajustados por edad y sexo para población chilena (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2017).

### DIMENSIÓN CONTEXTUAL Y HáBITOS COTIDIANOS

#### 1. Uso de pantallas: encuesta a cuidadores

El tiempo de exposición a pantallas fue evaluado mediante una encuesta breve administrada a los cuidadores principales, compuesta por preguntas sobre el tiempo de exposición durante días de semana y fines de semana. Las respuestas fueron posteriormente reclasificadas en dos categorías: menos o igual a dos horas diarias y más de dos horas diarias. Este punto de corte se definió conforme a las recomendaciones internacionales de la Academia Americana de Pediatría y estudios previos sobre uso de pantallas en población infantil (Delfino et al., 2017; Haghjoo et al., 2022).

#### 2. Calidad del sueño: PSQI

La calidad del sueño fue evaluada mediante el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI; Buysse et al., 1989), instrumento que examina dimensiones relacionadas con calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia habitual, perturbaciones nocturnas y disfunción diurna. La inclusión de este instrumento responde a la evidencia que vincula las alteraciones del sueño con el desarrollo y mantenimiento de la obesidad infantil, así como con procesos de desregulación emocional y uso excesivo de pantallas (Verma et al., 2025; Zhang et al., 2016).

### DIMENSIÓN EMOCIONAL Y CONDUCTUAL

#### 1. Sintomatología psicoemocional: SENA

La evaluación de salud mental infantil se realizó mediante el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA; Sánchez-Sánchez et al., 2016), en su versión dirigida a padres y cuidadores. Este instrumento permitió evaluar indicadores emocionales y conductuales relevantes para el proyecto, incluyendo ansiedad, regulación emocional, hiperactividad, impulsividad y recursos personales. Diversos estudios respaldan su consistencia interna, estabilidad temporal y estructura factorial (Fernández-Pinto et al., 2015). En el contexto del presente estudio, el índice de ansiedad del SENA emergió como uno de los predictores psicoemocionales más relevantes de las variables antropométricas, reforzando la importancia de incorporar dimensiones emocionales en la comprensión de la obesidad infantil (Lindberg et al., 2020).

### FUNCIÓN EJECUTIVA Y AUTORREGULACIÓN

#### 1. Función ejecutiva: BRIEF-2

El funcionamiento ejecutivo fue evaluado mediante el Behavioral Rating Inventory of Executive Function (BRIEF-2; Gioia et al., 2017), en su versión para padres. Este instrumento permitió examinar distintos componentes regulatorios asociados a inhibición, flexibilidad cognitiva, monitoreo conductual y regulación emocional. Sus resultados se expresan mediante puntuaciones T diferenciadas por sexo y edad, permitiendo comparaciones con población de referencia. La incorporación del BRIEF-2 fue especialmente relevante considerando el papel de las funciones ejecutivas en la organización conductual, el control inhibitorio y la construcción de hábitos saludables durante la infancia.

#### 2. Conducta alimentaria: CEBQ

Los patrones de conducta alimentaria fueron evaluados mediante el Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ; Wardle et al., 2001). Este instrumento evalúa dimensiones relacionadas con respuesta a la comida, saciedad, alimentación emocional, ingesta lenta y neofobia alimentaria, permitiendo identificar perfiles conductuales asociados a mayor riesgo de sobrepeso y obesidad. Su incorporación respondió a la necesidad de comprender la alimentación no solo desde el consumo calórico, sino también desde dimensiones emocionales y autorregulatorias de la relación con la comida, particularmente relevantes en contextos de vulnerabilidad social y emocional (Yáñez et al., 2015).

## Evaluación de autorregulación

La autorregulación constituyó una de las variables centrales del proyecto, dada su relevancia teórica y clínica en el desarrollo de hábitos saludables en población infantil con sobrepeso u obesidad. Con el propósito de operacionalizar este constructo, se construyó un índice compuesto que integró dos dimensiones complementarias: la autorregulación conductual-ejecutiva, evaluada mediante el BRIEF-2, y la regulación alimentaria, evaluada a través del CEBQ.

### ESTRUCTURA DEL SCORE DE AUTORREGULACIÓN

El índice se definió como el promedio simple de dos subcomponentes estandarizados:

$$\text{Score de Auto Regulación} = (\text{Score de BRIEF-2 de Inhibición, Flexibilidad y Automonitoreo} + \text{Score CEBQ}) / 2$$

El componente BRIEF-2 capturó aspectos de autorregulación conductual a partir de tres subescalas: inhibición (INH), flexibilidad (FLE) y monitoreo/automonitoreo (MTR). Para su construcción se realizaron tres procedimientos. Primero, las puntuaciones fueron invertidas, debido a que en el BRIEF-2 un mayor puntaje refleja peor funcionamiento ejecutivo. Posteriormente, las puntuaciones fueron estandarizadas mediante z-scores dentro de cada momento de evaluación (T1, T2 y T3). Finalmente, el componente se calculó como el promedio simple de las tres subescalas estandarizadas.

### REGULACIÓN ALIMENTARIA

El componente CEBQ integró cuatro subescalas relacionadas con regulación alimentaria: respuesta a la alimentación (FR), alimentación emocional (EF), lentitud al comer (SR) y respuesta a la saciedad (SE). Las dimensiones FR y EF fueron invertidas, ya que mayores puntajes representan menor regulación alimentaria. En cambio, las dimensiones SR y SE conservaron su dirección original. Posteriormente, todas las subescalas fueron estandarizadas dentro de cada momento de evaluación y promediadas para construir el componente final.

### INTERPRETACIÓN DEL ÍNDICE

El Score de Autorregulación fue construido como un promedio de z-scores con media igual a cero y desviación estándar igual a uno. De esta forma, valores negativos indican una autorregulación bajo la media del grupo mientras que valores positivos indican una autorregulación por encima de la media, con un rango esperado de aproximadamente -3 a +3.

### Indicadores conductuales de cambio

#### ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

**Tabla 4.1**

N, media y desviación estándar de los/as participantes en T1

Variable	Control (grupo=0)			Intervención (grupo=1)		
	N	M	DE	N	M	DE
IMC z-score	30	2.77	0.67	36	2.64	0.84
Tiempo de pantalla	17	1.65	0.49	27	1.81	0.4
Score de autorregulación	15	-0.01	0.68	28	-0.1	0.38
SENA ANS	30	54.03	18.87	40	59.1	12.02

**Tabla 4.2**

N, media y desviación estándar de los/as participantes en T2

Variable	Control (grupo=0)			Intervención (grupo=1)		
	N	M	DE	N	M	DE
IMC z-score	17	3.13	0.73	24	2.99	1.19
Tiempo de pantalla	15	1.8	0.41	21	2	0
Score de autorregulación	10	-0.08	0.5	17	0.11	0.37
SENA ANS	22	57.59	12.1	28	58.04	13.27

**Tabla 4.3**

N, media y desviación estándar de los/as participantes en T3

Variable	Control (grupo=0)			Intervención (grupo=1)		
	N	M	DE	N	M	DE
IMC z-score	7	3.52	0.61	11	3.02	0.67
Tiempo de pantalla	11	1.91	0.3	17	2.18	0.81
Score de autorregulación	11	-0.19	0.7	15	0.13	0.32
SENA ANS	13	59.85	17.17	21	54.71	9.26

Como primera etapa de análisis, observamos las tablas 4.1, 4.2 y 4.3 con los resultados de zIMC, tiempo de pantalla, Score de autorregulación y el ítem de Ansiedad del instrumento SENA contando únicamente a los participantes que tienen esta información completa. Lo primero que se observa es la diferencia de participantes por tiempo de medición: en T1 se concentra la mayor cantidad de participantes tanto en el grupo control (n=30) como en el grupo intervención (n=36); cifras que decrecen considerablemente en T2 y T3. Con esto se observa también que el grupo intervención tiene la mayor cantidad de participantes respecto a su contraparte control en los tres tiempos de medición. Las consecuencias de estos dos fenómenos se discutirán en la siguiente sección.

Ahora bien, es posible deducir a simple vista que hay mejorías en las variables de zIMC y de autorregulación. En el primer caso se muestra que el zIMC es menor en los grupos intervención en comparación con sus respectivos controles, lo que hablaría de un efecto favorable en las variables antropométricas de los niños y niñas. En segundo lugar, el Score de Autorregulación presentaría valores más altos en los grupos de intervención en T1, T2 y T3. Para comprobar esto, se realizaron pruebas de t-test y Mann-Whitney para comprobar si hay diferencias significativas entre los grupos control e intervención. De acuerdo con la Tabla 4.4, solo el uso de pantalla en T2 tiene diferencias significativas entre el grupo control e intervención. Sin embargo, se observa que el tiempo de pantalla sería mayor en el grupo de intervención, comparado con el control.

**Tabla 4.4**

Diferencias entre los grupos control e intervención por tiempo de medición (T1, T2, y T3)

Variable	T	Control (0)		Intervención (1)		t-test		Mann-Whitney	
		N	M	N	M	t	p	p	
IMC z-score	T1	30	2.77	36	2.64	0.728	0.469	0.360	
	T2	17	3.13	24	2.99	0.489	0.628	0.455	
	T3	7	3.52	11	3.02	1.648	0.122	0.104	
Tiempo de pantalla	T1	17	1.65	27	1.81	-1.184	0.246	0.222	
	T2	15	1.8	21	2	-1.871	0.082	0.038	*
	T3	11	1.91	17	2.18	-1.237	0.229	0.334	
Autorregulación (Score)	T1	15	-0.01	28	-0.1	0.436	0.668	0.537	
	T2	10	-0.08	17	0.11	-1.078	0.298	0.286	
	T3	11	-0.19	15	0.13	-1.423	0.178	0.281	
SENA ANS	T1	30	54.03	40	59.1	-1.288	0.204	0.573	
	T2	22	57.59	28	58.04	-0.124	0.902	0.914	
	T3	13	59.85	21	54.71	0.992	0.336	0.304	

**Tabla 4.5**  
Modelos lineales mixtos normales y robustos (M1, M2 y M3)

Predictor	M1 — Normal		M1 — Robusto		M2 — Normal		M2 — Robusto		M3 — Normal		M3 — Robusto	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
(Intercepto)	<b>2.312</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>2.367</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>2.430</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>2.151</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>2.516</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>2.449</b>	<b>&lt; 0.001</b>
Evaluación (centrada)	0.115	0.278	0.097	0.054	0.171	0.311	0.040	0.523	0.117	0.233	<b>0.103</b>	<b>0.032</b>
Grupo	-0.102	0.673	-0.185	0.379	0.073	0.786	0.003	0.989	-1.141	0.102	<b>-1.057</b>	<b>0.009</b>
Sexo (Masculino)	0.415	0.090	<b>0.470</b>	<b>0.030</b>	0.369	0.196	0.336	0.211	0.434	0.092	<b>0.486</b>	<b>0.028</b>
Pantalla (>2h)	0.199	0.263	0.144	0.109	0.122	0.630	<b>0.258</b>	<b>0.014</b>	0.069	0.736	0.090	0.390
Autorregulación	-	-	-	-	-0.332	0.160	<b>-0.372</b>	<b>0.005</b>	-	-	-	-
Eval × Grupo	0.033	0.818	-0.019	0.776	0.207	0.355	<b>0.231</b>	<b>0.018</b>	0.008	0.950	-0.017	0.798
Grupo × Pantalla	-	-	-	-	-	-	-	-	0.554	0.115	<b>0.453</b>	<b>0.013</b>
N observaciones	85				62				85			
R <sup>2</sup> marginal	0.077				0.150				0.092			
R <sup>2</sup> condicional	0.823				0.768				0.869			
ICC	0.808				0.727				0.856			
Var. ID (aleatorio)	0.588				0.535				0.675			
Var. Residual	0.139				0.201				0.114			
AIC	202.720				166.460				203.190			
BIC	222.270				185.610				225.170			

Nota:  $\beta$  = coeficiente estimado; p = valor p (bootstrap). Los valores en negrita indican significancia estadística (p < 0.05). Robusto = rImmer (robustlmm). Normal = lmer.

**Tabla 4.6**  
Modelos lineales mixtos normales y Robustos, con ansiedad (M1, M2 y M3)

Predictor	M1 — Normal		M1 — Robusto		M2 — Normal		M2 — Robusto		M3 — Normal		M3 — Robusto	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
(Intercepto)	0.939	0.079	<b>1.181</b>	<b>&lt; 0.001</b>	0.979	0.249	1.037	0.074	<b>1.186</b>	<b>0.034</b>	<b>1.291</b>	<b>&lt; 0.001</b>
Evaluación (centrada)	0.031	0.760	0.032	0.466	0.083	0.644	-0.030	0.719	0.035	0.707	0.034	0.414
Grupo	-0.105	0.665	-0.149	0.483	-0.051	0.856	-0.089	0.747	-1.200	0.063	<b>-0.802</b>	<b>0.025</b>
Sexo (Masculino)	0.433	0.079	<b>0.472</b>	<b>0.034</b>	0.439	0.152	0.401	0.186	0.447	0.083	<b>0.485</b>	<b>0.030</b>
Pantalla (>2h)	0.190	0.252	<b>0.179</b>	<b>0.018</b>	0.067	0.793	<b>0.260</b>	<b>0.041</b>	0.046	0.808	0.098	0.267
Ansiedad (SENA)	<b>0.024</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.019</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.027</b>	<b>0.027</b>	<b>0.020</b>	<b>0.019</b>	<b>0.024</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.020</b>	<b>&lt; 0.001</b>
Autorregulación	-	-	-	-	0.099	0.744	-0.111	0.557	-	-	-	-
Eval × Grupo	0.152	0.276	0.085	0.152	0.243	0.301	<b>0.253</b>	<b>0.038</b>	0.126	0.320	0.081	0.159
Grupo × Pantalla	-	-	-	-	-	-	-	-	0.583	0.070	<b>0.344</b>	<b>0.024</b>
N observaciones	81				58				81			
R <sup>2</sup> marginal	0.155				0.193				0.154			
R <sup>2</sup> condicional	0.866				0.784				0.902			
ICC	0.841				0.732				0.885			
Var. ID (aleatorio)	0.588				0.536				0.667			
Var. Residual	0.111				0.196				0.087			
AIC	197.820				164.880				197.680			
BIC	219.370				185.480				221.620			

Nota:  $\beta$  = coeficiente estimado; p = valor p (bootstrap). Los valores en negrita indican significancia.

Con el propósito de analizar longitudinalmente los cambios en zIMC y considerar simultáneamente el efecto del tiempo, el grupo y las diferencias individuales de los participantes, se implementaron Modelos Lineales Mixtos (MLM) tradicionales y robustos. El zIMC fue utilizado como variable respuesta principal de los modelos planteados.

Los resultados muestran que los modelos robustos presentaron una mayor cantidad de coeficientes estadísticamente significativos en comparación con los modelos tradicionales, sugiriendo la presencia de valores extremos capaces de influir en las estimaciones convencionales. Entre los hallazgos más relevantes, se observó que el sexo masculino y el mayor tiempo de exposición a pantallas tendieron a asociarse con aumentos en el zIMC. Del mismo modo, menores niveles de autorregulación se relacionaron con mayores niveles de zIMC, particularmente en el modelo M2, el cual explicó una mayor proporción de la variabilidad observada. En relación con la intervención, el efecto del grupo mostró resultados heterogéneos entre modelos. Aunque algunos análisis sugieren disminuciones del zIMC en el grupo intervención, la interacción entre tiempo y grupo presentó resultados difíciles de interpretar, posiblemente influenciados por la disminución progresiva del tamaño muestral y el desbalance entre grupos en los distintos momentos de evaluación.

Considerando la relevancia teórica y clínica de la ansiedad en obesidad infantil, uso de pantallas y salud mental (Boers et al., 2020; Lindberg et al., 2020), se incorporó posteriormente el índice de ansiedad del SENA en nuevos modelos analíticos. Los resultados muestran que la ansiedad fue estadísticamente significativa en todos los modelos normales y robustos, evidenciando asociaciones consistentes entre mayores niveles de ansiedad y aumento del zIMC. A su vez, la inclusión de ansiedad provocó que la autorregulación perdiera significancia estadística, fenómeno que podría interpretarse considerando la estrecha relación conceptual entre regulación emocional, ansiedad y funcionamiento autorregulatorio

### Limitaciones de la medición

Una de las principales limitaciones del estudio fue la atrición progresiva de participantes a lo largo del seguimiento. Tal como se observa en las Tablas 4.1, 4.2 y 4.3, el número de participantes disminuyó considerablemente entre T1, T2 y T3, afectando tanto al grupo intervención como al grupo control. Esta pérdida de seguimiento generó datos incompletos y un desbalance progresivo entre grupos, donde el grupo intervención concentró una mayor cantidad de participantes respecto al grupo control.

Las dificultades de adherencia y seguimiento observadas no solo representan un desafío metodológico, sino también reflejan las complejas condiciones sociales, familiares y territoriales que atraviesan las intervenciones longitudinales en infancia. En este sentido, factores como disponibilidad de tiempo familiar, sobrecarga de cuidados, continuidad asistencial y condiciones de vulnerabilidad podrían influir tanto en la permanencia en los programas como en la estabilidad de las trayectorias observadas.

Asimismo, el carácter cuasi experimental del proyecto implicó limitaciones propias de los contextos reales de atención en salud infantil, donde la aleatorización estricta resulta difícil debido a la organización de los dispositivos clínicos y la participación de usuarios previamente vinculados a programas de atención. Esto podría contribuir a la aparición de resultados estadísticos aparentemente contradictorios o difíciles de interpretar, especialmente en modelos longitudinales complejos.

### Propuestas de mejora

Los resultados obtenidos permiten identificar diversos desafíos metodológicos para futuras investigaciones en obesidad infantil y autorregulación. Uno de los principales aspectos a fortalecer corresponde a la implementación de protocolos de seguimiento activo de participantes, incluyendo recordatorios sistemáticos, estrategias de contacto con familias y mecanismos de acompañamiento que reduzcan la pérdida de mediciones longitudinales. Del mismo modo, el aumento del tamaño muestral podría favorecer una mayor robustez estadística en análisis multivariados y longitudinales.

En relación con el uso de pantallas, futuras investigaciones podrían incorporar mediciones más específicas y continuas, permitiendo distinguir distintos niveles de exposición y realizar análisis dosis-respuesta más precisos. Del mismo modo, resultaría relevante avanzar en la validación chilena de instrumentos como el PSQI, el CEBQ y el BRIEF-2, fortaleciendo la interpretación clínica y culturalmente contextualizada de los resultados obtenidos.

En conjunto, las limitaciones y hallazgos descritos permiten proyectar futuras líneas de investigación orientadas a profundizar la comprensión de la relación entre autorregulación, ansiedad, hábitos cotidianos y obesidad infantil. La evidencia generada constituye un aporte relevante para el desarrollo de modelos integrales de intervención en salud infantil, particularmente en contextos de atención primaria y vulnerabilidad social.

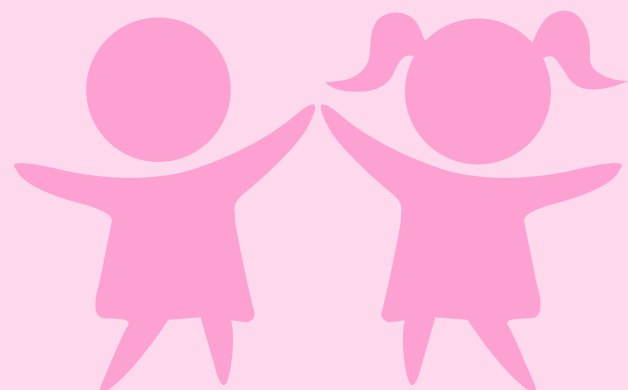
## Preguntas y desafíos:

### Preguntas clave

- ¿Cómo medir de forma integral los efectos de una intervención en obesidad infantil más allá del ZIMC?
- ¿Qué papel tienen la ansiedad, el uso de pantallas y la autorregulación en las trayectorias de cambio antropométrico?
- ¿Cómo interpretar resultados estadísticos dispares cuando existe atrición, desbalance entre grupos y datos incompletos?

### Desafíos del campo

- Reducir la pérdida de participantes entre T1, T2 y T3.
- Mejorar los protocolos de seguimiento activo para evitar datos incompletos.
- Aumentar el tamaño muestral para robustecer los análisis multivariados.
- Medir el tiempo de pantalla de forma más precisa, idealmente como variable continua o por tramos.
- Avanzar en la validación chilena de instrumentos como PSQI, CEBQ y BRIEF-2



## REFERENCIAS

- Bacardí-Gascón, M., Jiménez-Cruz, A., & Guzmán-González, V. (2007). Alta prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 64, 362–369.
- Boers, E., Afzali, M. H., & Conrod, P. (2020). Temporal Associations of Screen Time and Anxiety Symptoms Among Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(3), 206–208. <https://doi.org/10.1177/0706743719885486>
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Delfino, leandro, Dos Santos Silva, diego, Tebar, W., Zanuto, E., Codogno, J., Fernandes, R., & Christofaro, D. (2017). Screen time by different devices in adolescents: association with physical inactivity domains and eating habits. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 57. <https://doi.org/10.23736/S0022-4707.17.06980-8>
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2017). BRIEF-2. Evaluación conductual de la función ejecutiva. TEA Ediciones.
- Haghjoo, P., Siri, G., Soleimani, E., Farhangi, M. A., & Alesaeidi, S. (2022). Screen time increases overweight and obesity risk among adolescents: a systematic review and dose-response meta-analysis. *BMC Primary Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01761-4>
- Kar, S. S., Dube, R., & Kar, S. S. (2014). Childhood obesity-an insight into preventive strategies. *Avicenna Journal of Medicine*, 04(04), 88–93. <https://doi.org/10.4103/2231-0770.140653>
- Larsen, M. N., Krstrup, P., Póvoas, S. C. A., & Castagna, C. (2021). Accuracy and reliability of the InBody 270 multi-frequency body composition analyser in 10-12-year-old children. *PLoS ONE*, 16(3 March). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247362>
- Lindberg, L., Hagman, E., Danielsson, P., Marcus, C., & Persson, M. (2020). Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: A nationwide study in Sweden. *BMC Medicine*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1498-z>
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2017). Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad. In *Journal of Pediatrics* (Vol. 145, Number 4). Mosby Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.06.044>
- Pan American Health Organization. (2014). Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49139>
- Sánchez-Sánchez, F., Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Carrasco, M. A., & Del Barrio, V. (2016). SENA, Assessment System for Children and Adolescents: development process and reliability and validity evidences SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 3(2), 23–34. [www.revistapcna.com](http://www.revistapcna.com)
- Verma, A., Kumar, A., Chauhan, S., Sharma, N., Kalani, A., & Gupta, P. C. (2025). Interconnections of screen time with neuroinflammation. *Molecular and Cellular Biochemistry*, 480(3), 1519–1534. <https://doi.org/10.1007/s11010-024-05123-9>
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 963–970. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1469-7610.00792>
- Yáñez, S. B., Gómez, P. A., Del Pino, L. V., De Landa, A. D., Valenzuela, O. C., Jofré, M. F., & Santander, F. M. (2015). Dislipidemias en escolares chilenos: Prevalencia y factores asociados. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2079–2087. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8672>
- Zhang, G., Wu, L., Zhou, L., Lu, W., & Mao, C. (2016). Television watching and risk of childhood obesity: A meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 26(1), 13–18. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv213>

## CAPÍTULO 5

### IMPLEMENTACIÓN, ADHERENCIA Y ESCALAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: APRENDIZAJES DEL PROYECTO FONIS SA23I0167 PARA FORTALECER INTERVENCIONES EN OBESIDAD INFANTIL

- C. Fuentes. Educadora Diferencial. Coordinadora clínica Proyecto FONIS SA23I0167. <https://orcid.org/0009-0004-7233-7777>
- M. Rojas. Profesional vinculada a promoción de salud y abordajes comunitarios en infancia. <https://orcid.org/0009-0001-0192-3873>
- A. Palma Contreras. Doctora en Psicología. Trabajadora Social. Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-6281-1509>
- J. Larraín-Valenzuela. Directora Principal FONIS SA23I0167. Doctora en Psicología. Psicóloga. Fonoaudióloga. Centro de investigación para la mejora de los aprendizajes (CIMA), Facultad de Educación, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0001-6038-2483>

Capítulo desarrollado de manera interdisciplinaria. Josefina Larraín y Andrea Palma participaron en la articulación conceptual, integración transversal y edición académica del contenido.

#### Highlights:

- La Atención Primaria de Salud constituye un espacio estratégico para abordar la obesidad infantil desde una perspectiva familiar, comunitaria y territorial.
- El Programa Elige Vida Sana ofrece una plataforma relevante para la promoción de hábitos saludables, pero requiere complementarse con estrategias de acompañamiento, salud mental, adherencia y coordinación clínica.
- La experiencia del proyecto FONIS muestra que la efectividad de una intervención no depende solo del modelo terapéutico, sino también de las condiciones concretas que permiten sostener la participación de las familias.
- La adherencia terapéutica debe comprenderse como un fenómeno relacional, estructural y contextual, no únicamente como motivación individual o cumplimiento conductual.
- La escalabilidad de intervenciones complejas en obesidad infantil requiere financiamiento, coordinación intersectorial, equipos capacitados, seguimiento longitudinal, adaptación territorial y autocuidado de los equipos interventores.

#### Claves:

- **Atención Primaria de Salud y enfoque familiar-comunitario:** La APS constituye el primer nivel de contacto de niñas, niños y familias con el sistema sanitario, y permite articular acciones preventivas, clínicas, comunitarias y territoriales.
- **Adherencia como fenómeno relacional y estructural:** La continuidad terapéutica no depende exclusivamente de la voluntad individual, sino de condiciones familiares, laborales, habitacionales, institucionales y vinculares que facilitan o dificultan la participación.
- **Acompañamiento clínico como sostén invisible de la intervención:** La coordinación, los recordatorios, la comunicación activa, la flexibilidad horaria y la contención del equipo permiten que la intervención pueda sostenerse más allá de la sesión clínica.
- **Escalamiento situado:** Escalar una intervención no significa replicarla mecánicamente, sino adaptar sus componentes esenciales a las condiciones reales de APS, territorios, equipos y familias.

#### Introducción: La APS como lugar estratégico para intervenir la obesidad infantil

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el primer nivel de contacto de las familias con el sistema sanitario y, por lo mismo, representa un espacio privilegiado para abordar problemáticas de salud que se construyen en la vida cotidiana. La obesidad infantil es una de ellas. Su aparición, mantención y evolución no dependen únicamente de la alimentación o de la actividad física, sino de una compleja interacción entre condiciones familiares, emocionales, sociales, económicas, escolares, comunitarias y territoriales (World Health Organization, 2022). Por esta razón, su abordaje requiere dispositivos capaces de sostener una mirada integral y longitudinal (World Health Organization [WHO], 2020).

En Chile, la APS se organiza desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), que reconoce a la familia y la comunidad como dimensiones centrales del cuidado. Este modelo permite comprender que la salud de niñas y niños no puede separarse de los vínculos, rutinas, condiciones de vivienda, tiempos de cuidado, redes de apoyo y oportunidades disponibles en sus territorios (Ministerio de Salud de Chile, 2013). Desde esta perspectiva, la obesidad infantil interpela directamente al enfoque familiar-comunitario, porque exige integrar prevención, promoción, detección temprana, intervención clínica, seguimiento y articulación intersectorial.

El proyecto FONIS SA23I0167 se desarrolló precisamente en este cruce: una problemática de alta prevalencia en salud pública, una intervención centrada en niñas, niños y familias, y un sistema de APS que ya cuenta con programas orientados a la promoción de hábitos saludables. La pregunta central, por tanto, no es si la obesidad infantil debe abordarse desde APS, sino cómo fortalecer las condiciones para que las intervenciones realmente logren sostener procesos de cambio en familias que muchas veces viven en contextos de alta sobrecarga (Epstein et al., 2023).

El Programa Nacional de Salud Integral de la Infancia y la Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en APS entregan un marco relevante para esta tarea (Ministerio de Salud de Chile, 2021, 2026). A través de controles de salud, evaluación nutricional, seguimiento del crecimiento y desarrollo, orientación a cuidadores y pesquisa de factores de riesgo, la APS cuenta con una base instalada para identificar tempranamente dificultades asociadas a la malnutrición por exceso. Sin embargo, la experiencia clínica muestra que detectar el riesgo no siempre es suficiente. Entre la indicación y el cambio sostenido existe un espacio complejo: el de la adherencia, la organización familiar, la motivación, el vínculo terapéutico, la continuidad y las barreras sociales.

En este sentido, la guía desarrollada en el marco del proyecto FONIS SA23I0167 no busca reemplazar los programas existentes, sino aportar una capa clínica y metodológica complementaria. Su contribución principal consiste en mostrar que el abordaje de la obesidad infantil requiere integrar autorregulación, salud mental, trabajo parental, corporalidad, psicomotricidad clínica, evaluación multidimensional y acompañamiento activo de las familias. Esta mirada permite ampliar la comprensión de la intervención más allá de la entrega de pautas nutricionales o de actividad física, incorporando el proceso de cambio como una experiencia situada, relacional y sostenida en el tiempo.

### **Elige Vida Sana como plataforma programática y sus posibilidades de fortalecimiento**

Dentro de las estrategias de promoción y prevención en salud pública, el Programa Elige Vida Sana ocupa un lugar especialmente relevante. Su objetivo general ha sido promover hábitos saludables y disminuir factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedades crónicas, incluyendo sobrepeso, obesidad e inactividad física (Ministerio de Salud de Chile, 2019, 2020). En términos programáticos, ofrece una estructura multidisciplinaria que contempla orientación nutricional, actividad física, apoyo psicológico y acciones comunitarias, generalmente articuladas desde la APS.

Esta base programática constituye una oportunidad importante. En primer lugar, porque reconoce que la obesidad y los estilos de vida no pueden abordarse desde una única disciplina (World Health Organization, 2022). En segundo lugar, porque instala la promoción de hábitos saludables en el territorio y no solo en el espacio clínico individual. En tercer lugar, porque permite identificar a personas y familias que podrían beneficiarse de intervenciones preventivas y de acompañamiento.

Sin embargo, esta perspectiva resulta insuficiente para explicar la complejidad de las trayectorias familiares vinculadas al sostenimiento de prácticas saludables. La experiencia desarrollada en el proyecto FONIS SA23I0167 permitió observar que, en contextos familiares complejos, la posibilidad de sostener cambios asociados a alimentación, movimiento, descanso o uso de pantallas no depende únicamente del acceso a prestaciones o del conocimiento de recomendaciones sanitarias. Diversos estudios han mostrado que muchas familias conocen las orientaciones generales de salud, pero enfrentan importantes barreras estructurales, emocionales y relacionales para implementarlas cotidianamente, incluyendo extensas jornadas laborales, sobrecarga de cuidados, dificultades económicas, escasez de redes de apoyo, estrés parental y problemas de salud mental (Mandelbaum et al. 2022). En este sentido, la obesidad infantil y las dificultades asociadas a hábitos saludables requieren comprenderse desde modelos socioecológicos y multilevel, donde intervienen simultáneamente factores individuales, familiares, comunitarios e institucionales (Gittelsohn et al., 2019; Henes et al., 2025). Asimismo, la evidencia indica que las intervenciones centradas exclusivamente en pérdida de peso o prescripción conductual pueden favorecer frustración, baja adherencia y abandono terapéutico cuando no consideran expectativas realistas, bienestar emocional y sostenibilidad de los cambios en la vida cotidiana (Burgess et al., 2017). Desde esta perspectiva, Elige Vida Sana puede entenderse como una plataforma valiosa, pero perfectible. Su fortaleza está en la

promoción de hábitos y en la existencia de equipos multidisciplinarios; su desafío está en profundizar dimensiones de adherencia, continuidad, salud mental, autorregulación y acompañamiento familiar. El proyecto FONIS SA23I0167 aporta justamente en ese punto: no propone un modelo paralelo ni competitivo, sino un complemento clínico que puede fortalecer la capacidad de programas existentes para trabajar con familias que requieren más sostén para permanecer en el proceso.

La articulación entre Elige Vida Sana y una guía clínica centrada en autorregulación permitiría avanzar hacia intervenciones más sensibles a la complejidad familiar. Por ejemplo, la evaluación inicial podría no limitarse al estado nutricional, sino incluir indicadores de regulación emocional, funcionamiento ejecutivo, calidad del sueño, uso de pantallas, ansiedad, dinámica familiar y barreras de asistencia. Del mismo modo, el seguimiento no debería restringirse al cumplimiento de sesiones, sino considerar la trayectoria real de cada familia, las interrupciones, los momentos de desvinculación y las estrategias necesarias para revincular. En este marco, el proyecto FONIS SA23I0167 muestra que la continuidad del cuidado no depende únicamente de la oferta programática, sino de la existencia de un sistema de acompañamiento capaz de sostener a las familias durante el proceso. La diferencia es sustantiva: mientras un programa puede ofrecer prestaciones, un dispositivo de acompañamiento busca construir condiciones para que esas prestaciones sean posibles, habitables y significativas para quienes participan.

### **Del protocolo al sostén: El acompañamiento clínico como condición de posibilidad**

Una de las principales lecciones derivadas del proyecto FONIS SA23I0167 fue comprender que la intervención terapéutica no comienza únicamente cuando niñas, niños y familias ingresan al espacio de psicomotricidad o al dispositivo parental, sino mucho antes: en el primer contacto, en la coordinación de horarios, en la explicación del proceso, en la resolución de dudas, en los recordatorios, en la disponibilidad para reorganizar dificultades y en la construcción progresiva de una experiencia de confianza y continuidad. En este sentido, diversos estudios han mostrado que la permanencia de las familias en procesos de intervención complejos depende significativamente de la existencia de dispositivos de acompañamiento clínico sostenido, coordinación continua y vínculos longitudinales entre equipos y participantes (Tripicchio et al., 2018). Particularmente en poblaciones de alta vulnerabilidad, la incorporación de figuras de coordinación clínica, seguimiento periódico y articulación con atención primaria se ha asociado a una mejor retención y continuidad terapéutica, sugiriendo que los procesos de adherencia no dependen exclusivamente de la motivación individual, sino también de las condiciones relacionales y estructurales que permiten sostener el vínculo con la intervención.

Desde esta perspectiva, el acompañamiento clínico puede comprenderse como una dimensión estructural del tratamiento. No constituye una tarea meramente administrativa ni un apoyo logístico secundario, sino un dispositivo de sostén que posibilita que el proceso terapéutico ocurra. En contextos de alta vulnerabilidad, el encuadre clínico no se limita a la sala, al horario o a la técnica; se extiende hacia las condiciones concretas que permiten a una familia llegar, permanecer y volver. Desde la tradición clínica, el encuadre ha sido comprendido como el conjunto de constantes espaciales, temporales y relacionales que organizan la experiencia terapéutica. Sin embargo, en intervenciones familiares y comunitarias, este encuadre requiere ampliarse y flexibilizarse frente a condiciones de vida atravesadas por precariedad laboral, extensos tiempos de traslado, sobrecarga de cuidados, enfermedades, dificultades económicas y fragilidad de redes de apoyo. En estos escenarios, el encuadre necesita funcionar como una estructura suficientemente estable para ofrecer previsibilidad y seguridad, pero al mismo tiempo suficientemente flexible para responder éticamente a las realidades cotidianas de las familias.

Esta idea resulta central para comprender la adherencia. La adherencia terapéutica se encuentra estrechamente relacionada

con la calidad de la alianza terapéutica, entendida como el acuerdo en objetivos, tareas y vínculo afectivo entre terapeuta y participante. Sin duda, los procesos terapéuticos requieren una colaboración activa y significativa entre los actores involucrados, donde el vínculo constituye un elemento central del cambio (Bordin, 1979). Un ejemplo de ello corresponde a la resignificación de la inasistencia y la deserción, fenómenos que frecuentemente son interpretados como baja motivación, escaso compromiso o falta de voluntad. La experiencia del proyecto sugiere una lectura distinta: la adherencia constituye un fenómeno relacional y estructural, que depende de la percepción de sentido, del vínculo con el equipo, de la organización familiar, de la confianza en el proceso, de la disponibilidad temporal, del apoyo institucional y de la capacidad del dispositivo para responder a las barreras reales de participación.

En este sentido, la coordinación clínica actuó como un primer nivel de cuidado. Al organizar, recordar, monitorear, flexibilizar y acompañar, transmitió a las familias un mensaje de estabilidad: "este proceso tiene un lugar para ustedes". Esa función, aparentemente simple, puede ser decisiva en familias que han experimentado trayectorias de discontinuidad, desconfianza institucional o sobrecarga cotidiana. La coordinación no reemplaza la terapia, pero la hace posible.

### **Barreras estructurales para la adherencia: tiempo, vivienda, trabajo y acceso**

La evidencia muestra que la adherencia a intervenciones en obesidad se encuentra influida por múltiples factores emocionales, sociales y contextuales, incluyendo estrés, baja motivación, limitaciones físicas, presiones ambientales y dificultades de regulación emocional (Burgess et al., 2017).

Una primera barrera corresponde a la precariedad habitacional y a la inestabilidad de la vivienda. El hogar no constituye solamente un espacio material, sino el lugar donde se organizan rutinas, vínculos, descanso, alimentación, estudio, juego y cuidado. Cuando las condiciones habitacionales son inestables, hacinadas o deficitarias, se afecta la posibilidad de establecer hábitos saludables y sostener procesos regulatorios. En niñas y niños, la vivienda incide directamente en la calidad del sueño, la organización cotidiana, el acceso a alimentación adecuada, las posibilidades de movimiento y la experiencia de seguridad emocional (Observatorio Niñez Colunga & Déficit Cero, 2025).

No obstante, para efectos de esta guía, más que profundizar en indicadores nacionales de déficit habitacional, interesa destacar su impacto clínico. La precariedad de vivienda no es un dato contextual neutro: puede interferir en la asistencia, en la disposición emocional de los cuidadores, en la capacidad de planificar, en el estrés familiar y en la continuidad de las intervenciones. Por ello, cualquier programa que busque abordar obesidad infantil en contextos vulnerables debe considerar la vivienda como parte del ecosistema de cuidado.

Una segunda barrera corresponde a la precariedad laboral y a la pobreza de tiempo. Mandelbaum et al. (2022) evidencian que los profesionales de atención primaria reportan limitaciones estructurales importantes para abordar la obesidad infantil, incluyendo falta de tiempo, entrenamiento y recursos comunitario. Muchas familias enfrentan jornadas extensas, turnos variables, trabajos informales, traslados prolongados y acumulación de responsabilidades de cuidado. En estos contextos, participar en una intervención terapéutica no depende únicamente de la motivación o del reconocimiento de una necesidad de apoyo, sino de la posibilidad concreta de reorganizar una compleja economía cotidiana del tiempo, los cuidados y la energía familiar. Diversos estudios han mostrado que las familias que viven en condiciones de vulnerabilidad enfrentan extensas jornadas laborales, múltiples responsabilidades de cuidado, precariedad en las redes de apoyo y dificultades de transporte, reduciendo significativamente la

disponibilidad real para sostener procesos terapéuticos continuos (Mandelbaum et al. 2022; Tripicchio et al., 2018). Esta situación afecta particularmente a madres y cuidadoras principales, quienes frecuentemente asumen dobles o triples jornadas vinculadas al trabajo remunerado, el cuidado doméstico y la crianza, disminuyendo el margen temporal y emocional disponible para asistir a espacios de salud, incluso cuando existe preocupación activa por el bienestar de niñas y niños. Estas condiciones materiales y relacionales afectan directamente la posibilidad de sostener la participación terapéutica en el tiempo, especialmente en familias atravesadas por sobrecarga laboral, fragilidad de redes de apoyo y alta demanda cotidiana.

Una tercera barrera corresponde al acceso al sistema de salud y a la experiencia acumulada de las familias con las instituciones. Cuando las personas han vivido largas esperas, derivaciones poco claras, trato despersonalizado o respuestas fragmentadas, puede instalarse una forma de distancia o desconfianza institucional. Esta experiencia afecta la percepción de eficacia del sistema y puede disminuir la disposición a comprometerse con nuevos procesos. Por ello, la calidad del vínculo con los equipos y la claridad de la comunicación resultan fundamentales para reconstruir confianza.

Estas barreras muestran que la adherencia no puede ser abordada únicamente mediante recordatorios o exigencias de asistencia. Requiere una comprensión más amplia de las condiciones de vida. La pregunta clínica no debería ser solo "¿por qué no vinieron?", sino también "¿qué condiciones hicieron difícil venir?" y "¿qué puede hacer el dispositivo para sostener mejor la participación sin culpabilizar a las familias?".

### **Coordinación clínica y comunicación sostenida: prevenir la desvinculación**

En el proyecto FONIS SA23I0167, la coordinación clínica se organizó como una función de acompañamiento activo. Esta función incluyó el contacto inicial con las familias, la coordinación de evaluaciones, la conformación de grupos, la entrega de calendarios, el envío de recordatorios, la resolución de dudas, la anticipación de dificultades y la comunicación permanente con el equipo terapéutico.

El primer contacto con las familias permitió reconocer tempranamente las condiciones de disponibilidad. Lejos de ser una etapa meramente operativa, esta fase entregó información relevante sobre la realidad ecosistémica de cada familia: horarios laborales, redes de apoyo, personas disponibles para trasladar a niñas y niños, conflictos de agenda, dificultades de transporte y nivel inicial de comprensión del proceso. Esta información permitió ajustar la intervención y evitar que el diseño terapéutico quedara desconectado de la vida cotidiana.

La conformación de grupos también implicó desafíos importantes. La disponibilidad de los cuidadores no siempre coincidía con los horarios institucionales, lo que obligó al equipo a buscar alternativas, reorganizar tiempos y generar acuerdos posibles. Esta experiencia mostró que la flexibilidad no debe entenderse como falta de rigurosidad, sino como una condición de pertinencia. En contextos comunitarios, un dispositivo excesivamente rígido puede terminar excluyendo precisamente a las familias que más necesitan acompañamiento. Esta comprensión resulta coherente con el enfoque familiar y comunitario de la APS, que reconoce que la atención debe considerar las condiciones reales de vida, los recursos familiares y las características del territorio (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

La comunicación mediante WhatsApp cumplió una función especialmente relevante. Permitted centralizar información, enviar recordatorios, resolver dudas y sostener una presencia del equipo entre sesiones (Henes et al., 2025). Los recordatorios escalonados

y la entrega anticipada de calendarizaciones no solo facilitaron la organización logística, sino que también funcionaron como dispositivos relacionales de continuidad y disponibilidad. En familias atravesadas por alta incertidumbre cotidiana, contar con un marco temporal previsible favoreció la planificación y redujo parte de las barreras de participación. Sin embargo, la coordinación debió combinar estabilidad y flexibilidad, adaptándose a contingencias sin perder continuidad terapéutica.

Este seguimiento activo permitió prevenir la desvinculación en algunos casos y comprender mejor los motivos de inasistencia en otros. Más que fiscalizar la asistencia, la coordinación permitió cuidar el vínculo. Esta diferencia es fundamental: el seguimiento puede ser vivido como control o como acompañamiento. En el proyecto, el desafío fue construir una comunicación que no culpabilizara a las familias, sino que abriera posibilidades de continuidad.

### **El rol del profesional mediador: entre la familia, el equipo y el sistema**

La coordinación clínica también puede comprenderse como una forma de mediación. El profesional que coordina no se limita a transmitir información; traduce necesidades, ajusta expectativas, identifica barreras, cuida el encuadre y facilita el encuentro entre la familia y el dispositivo terapéutico. En contextos de alta complejidad, esta función resulta clave para reducir la distancia entre lo que el programa espera y lo que la familia puede sostener.

Desde la teoría de la alianza terapéutica, la calidad del vínculo entre participantes y equipo constituye un factor relevante para la continuidad del proceso. La confianza, la validación de la experiencia y la definición compartida de objetivos permiten que la intervención sea percibida como un recurso y no como una exigencia adicional. En el caso de familias sobrecargadas, esta diferencia puede definir la permanencia o el abandono (Epstein et al., 2023). En términos clásicos, la alianza terapéutica se sostiene sobre el acuerdo en objetivos, el acuerdo en tareas y el vínculo entre terapeuta y usuario (Bordin, 1979). Estas dimensiones permiten comprender por qué la coordinación también puede actuar como facilitadora de la adherencia terapéutica.

El profesional mediador cumple también una función de traducción cultural y social. Esto significa adaptar los protocolos a realidades concretas, sin perder los objetivos clínicos. Por ejemplo, una familia puede no asistir por una razón que desde el programa parece evitable, pero que desde su vida cotidiana resulta completamente comprensible: un turno laboral inesperado, una enfermedad de otro hijo, falta de dinero para traslado, ausencia de quien cuide a hermanos menores, agotamiento emocional o conflicto familiar. La mediación permite leer esas situaciones sin reducirlas a incumplimiento.

Asimismo, la coordinación favorece la integración del equipo terapéutico. Las fluctuaciones de asistencia, los cambios de grupo, las inasistencias sin aviso y las situaciones familiares complejas afectan directamente la planificación clínica (Mandelbaum et al., 2022). Cuando existe una coordinación activa, el equipo puede anticipar ajustes, reorganizar materiales, adaptar sesiones y sostener continuidad. Así, la coordinación protege tanto a las familias como al encuadre terapéutico.

Esta función dialoga también con enfoques de cuidado centrados en la persona y con modelos de coordinación tipo wraparound, en los cuales los procesos de intervención se organizan a partir de las necesidades concretas de niñas, niños y sus familias, articulando apoyos clínicos, comunitarios e institucionales de manera flexible y continua. La literatura ha mostrado que las problemáticas complejas, como la obesidad infantil y otras condiciones asociadas a vulnerabilidad psicosocial, requieren respuestas integradas capaces de superar la fragmentación entre sectores y dispositivos de atención (Hendriks et al., 2013). En esta línea, estudios de colaboración clínica-comunitaria muestran que la existencia de figuras

de coordinación, seguimiento longitudinal y articulación sostenida entre atención primaria, familias y redes comunitarias favorece significativamente la permanencia y continuidad terapéutica en poblaciones vulnerables (Tripicchio et al., 2018). Desde esta perspectiva, la coordinación clínica no constituye una tarea periférica ni exclusivamente administrativa, sino una condición estructural de calidad en intervenciones complejas, particularmente cuando se trabaja con niñas, niños y familias que requieren apoyos sostenidos, flexibilidad institucional y articulación continua de recursos.

### **Autocuidado del equipo y ética de la implementación**

Las intervenciones familiares en contextos de vulnerabilidad no solo movilizan a quienes participan, sino también a los equipos que las sostienen. La exposición permanente a historias de sufrimiento, inasistencias, crisis familiares, dificultades de coordinación y riesgo de deserción puede generar desgaste emocional, frustración y sobreimplicación. Por ello, el autocuidado del equipo no debe entenderse como un aspecto secundario, sino como una dimensión ética de la implementación.

En el proyecto, el trabajo de coordinación implicó contener tensiones de distintos niveles: las necesidades de las familias, los requerimientos del diseño investigativo, los tiempos institucionales, las posibilidades del equipo terapéutico y las condiciones concretas del territorio. Esta posición intermedia puede ser emocionalmente demandante, porque quien coordina recibe información sensible, gestiona urgencias, sostiene expectativas y muchas veces intenta evitar la caída del proceso.

Para resguardar la calidad de las prestaciones, resulta fundamental considerar también las condiciones institucionales y relacionales en las que trabajan los equipos de salud. La literatura muestra que los profesionales que abordan problemáticas complejas, como la obesidad infantil y los procesos de cambio conductual familiar, enfrentan importantes barreras asociadas a sobrecarga asistencial, escasez de tiempo clínico, limitaciones estructurales y sensación de baja eficacia frente a problemáticas altamente multifactoriales (Mandelbaum et al. 2022). En este contexto, el cuidado del equipo requiere espacios de comunicación interna, supervisión, distribución clara de responsabilidades y acuerdos explícitos respecto a los límites de disponibilidad horaria. En intervenciones de alta intensidad vincular, la disposición y compromiso de los profesionales puede transformarse en desgaste y sobrecarga si no existen condiciones institucionales que protejan el descanso, la continuidad y el sostén emocional de quienes intervienen. De este modo, el cuidado de los equipos constituye también una condición necesaria para sostener intervenciones de calidad, éticamente responsables y clínicamente efectivas.

La sostenibilidad de una intervención depende también de la sostenibilidad de quienes la implementan. En esta línea, los procesos de escalamiento requieren considerar no solo financiamiento, cobertura o infraestructura, sino también las condiciones de trabajo de los equipos, la formación continua y los soportes institucionales que permiten sostener intervenciones de calidad (World Health Organization, 2020).

El autocuidado organizacional incluye, por tanto, la posibilidad de compartir dificultades, elaborar emocionalmente situaciones complejas, tomar decisiones en equipo y evitar que la coordinación recaiga en una sola persona sin soporte. Esta dimensión es especialmente importante cuando se piensa en escalamiento. Un modelo que depende exclusivamente del esfuerzo extraordinario de profesionales comprometidos difícilmente será sostenible como política o programa permanente.

### Condiciones para el escalamiento: de la experiencia piloto a la transferencia territorial

Escalar una intervención compleja no significa replicarla de manera idéntica en todos los territorios. Significa identificar sus componentes esenciales y adaptarlos a distintos contextos sin perder su sentido clínico (World Health Organization, 2022). En el caso del proyecto FONIS SA23I0167, los componentes transferibles no se limitan a las sesiones de psicomotricidad o terapia parental. Incluyen también la evaluación multidimensional, la coordinación activa, el acompañamiento familiar, el trabajo interdisciplinario, el seguimiento longitudinal y la comprensión de la adherencia como fenómeno relacional.

Para que una intervención de este tipo pueda articularse con APS y programas como Elige Vida Sana, se requieren condiciones habilitantes. La primera es financiamiento sostenido. Las intervenciones familiares y grupales requieren tiempo profesional, infraestructura adecuada, materiales, coordinación y seguimiento. Si estos elementos no se financian, el modelo queda reducido a acciones aisladas (Mandelbaum et al. 2022). Este punto dialoga con las orientaciones internacionales que plantean que las intervenciones en obesidad infantil requieren ser integradas a sistemas de atención primaria, con continuidad, recursos y capacidad de seguimiento (World Health Organization, 2020).

La segunda condición es la formación de equipos. No basta con contar con profesionales de distintas disciplinas; se requiere capacitación en autorregulación, salud mental infantil, trabajo con familias, adherencia, comunicación efectiva, psicomotricidad clínica, enfoque de determinantes sociales y coordinación intersectorial. La calidad del vínculo con las familias depende en gran medida de la capacidad del equipo para escuchar, adaptar y sostener (Mandelbaum et al., 2022).

La tercera condición corresponde a la articulación intersectorial. La obesidad infantil constituye un fenómeno complejo y multi-determinado, cuyos efectos y posibilidades de intervención se distribuyen entre la vida familiar, la escuela, el barrio, los espacios recreativos, los sistemas alimentarios y los dispositivos de salud y protección social (Hendriks et al., 2013). En este contexto, la Atención Primaria de Salud no puede operar de manera aislada ni sostener por sí sola procesos de cambio conductual y relacional de largo plazo. La evidencia muestra que las respuestas fragmentadas y organizadas exclusivamente desde sectores individuales tienden a limitar la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones, particularmente frente a problemáticas complejas como la obesidad infantil. Por ello, se requiere articulación con establecimientos educacionales, programas municipales, JUNAEB, redes de infancia, organizaciones comunitarias y dispositivos de protección social, favoreciendo modelos de trabajo colaborativo que permitan construir continuidad de cuidados y sostener apoyos más allá del espacio clínico. Asimismo, la participación coordinada de escuelas, familias y comunidades resulta especialmente relevante cuando se busca promover entornos saludables y favorecer cambios sostenibles en la vida cotidiana (UNICEF, 2021).

La cuarta condición es la adaptación territorial. Una intervención que funciona en un territorio puede requerir ajustes importantes en otro. Las zonas rurales, los contextos urbanos periféricos, las comunidades indígenas, las familias migrantes y los hogares con alta precariedad presentan necesidades distintas. La pertinencia territorial no es un añadido cultural, sino una condición para la adherencia (World Health Organization, 2022).

La quinta condición corresponde a contar con sistemas de seguimiento y continuidad que permitan sostener el acompañamiento terapéutico más allá de los encuentros presenciales. En este contexto, las tecnologías digitales pueden constituir herramientas útiles para favorecer recordatorios, monitoreo, comunicación y registro de los procesos de intervención, especialmente en programas familiares y de larga duración. La literatura sugiere que las estrategias eHealth pueden fortalecer la adherencia, ampliar el

acceso y facilitar la continuidad de las intervenciones, particularmente cuando se articulan con modelos familiares y comunitarios (Henes et al., 2025). Sin embargo, estas herramientas no debiesen comprenderse como reemplazo del vínculo terapéutico, sino como recursos complementarios que permitan sostener la conexión entre equipos y familias, facilitar apoyos oportunos e identificar tempranamente riesgos de desvinculación o dificultades de adherencia. Asimismo, su implementación requiere considerar criterios de accesibilidad, alfabetización digital, resguardo ético y pertinencia contextual para evitar reproducir nuevas barreras de acceso o participación.

### Recomendaciones para fortalecer programas existentes desde los aprendizajes FONIS SA23I0167

A partir de la experiencia desarrollada, es posible proponer algunas orientaciones para fortalecer programas de promoción de hábitos saludables en APS (World Health Organization, 2022).

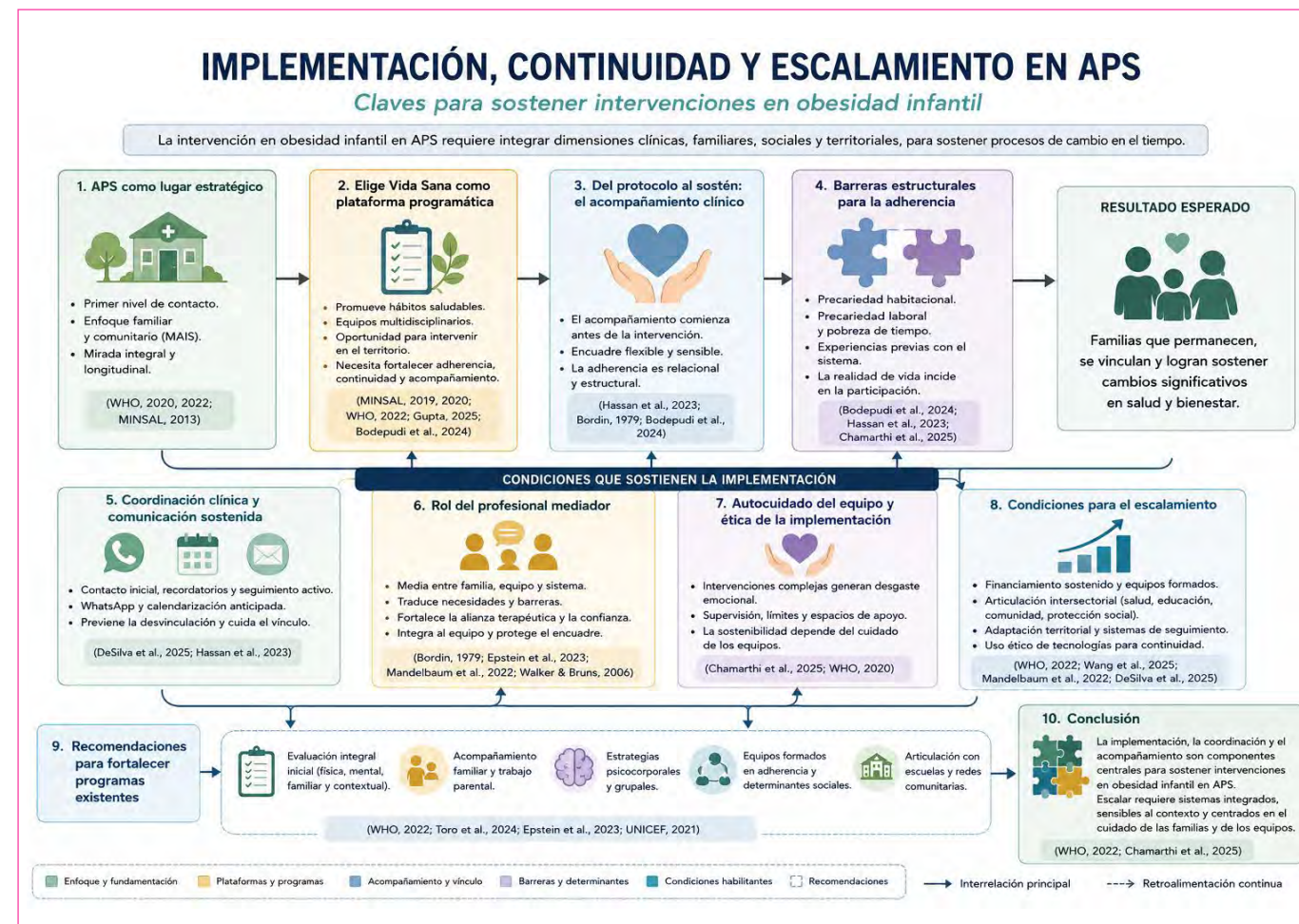
- En primer lugar, incorporar una evaluación inicial más amplia, que considere no solo indicadores antropométricos, sino también autorregulación, ansiedad, sueño, uso de pantallas, funcionamiento ejecutivo, dinámica familiar, disponibilidad horaria y barreras de asistencia. Esta recomendación es coherente con la necesidad de comprender la obesidad infantil desde un enfoque integral, donde los indicadores nutricionales sean articulados con dimensiones emocionales, familiares y conductuales (Ministerio de Salud de Chile, 2021; World Health Organization, 2020).
- En segundo lugar, incluir un componente explícito de acompañamiento familiar, con seguimiento activo, comunicación clara, calendarización anticipada y estrategias de revinculación ante inasistencias.
- En tercer lugar, fortalecer el trabajo parental, no como entrega de instrucciones, sino como espacio de reflexión sobre rutinas, regulación emocional, estrés familiar, límites, vínculo y hábitos cotidianos (Larraín et al. 2023).
- En cuarto lugar, incorporar estrategias psicocorporales y grupales que permitan trabajar la relación con el cuerpo, la expresión emocional, la simbolización y la autorregulación en niñas y niños (Epstein et al., 2023).
- En quinto lugar, formar equipos en adherencia y determinantes sociales, de modo que la inasistencia sea comprendida como información clínica y contextual, no únicamente como incumplimiento. Esta recomendación se vincula directamente con el enfoque familiar-comunitario de la APS y con la necesidad de adaptar las intervenciones a las condiciones reales de vida de las familias (Ministerio de Salud de Chile, 2013; 2021).
- En sexto lugar, integrar protocolos de autocuidado y supervisión para los equipos, especialmente cuando se trabaja con alta vulnerabilidad psicosocial.

Finalmente, articular la intervención con escuelas, redes comunitarias y programas existentes, evitando que cada dispositivo funcione de manera aislada. La continuidad del cuidado requiere que las familias no tengan que reconstruir su historia en cada lugar, sino que encuentren un sistema capaz de acompañar procesos. En este sentido, programas como Elige Vida Sana pueden constituir una plataforma relevante para integrar promoción de hábitos saludables, trabajo interdisciplinario y acompañamiento territorial, siempre que se fortalezcan sus componentes de seguimiento, adherencia y coordinación intersectorial (Ministerio de Salud de Chile, 2019, 2026; UNICEF, 2021).

Síntesis conceptual de los factores que favorecen la continuidad terapéutica y el escalamiento de intervenciones familiares en obesidad infantil desde Atención Primaria de Salud.

Figura 1

Elaboración propia basada en literatura internacional y resultados del proyecto FONIS SA23I0167.



**Conclusión**

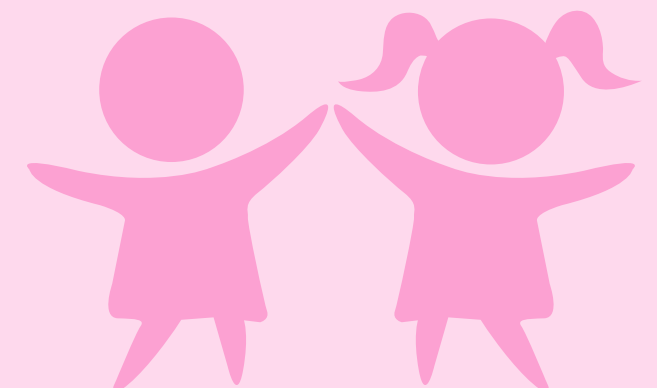
El proyecto FONIS SA23I0167 permitió observar que la obesidad infantil requiere intervenciones integrales, sostenidas y territorialmente articuladas. La APS y programas como Elige Vida Sana ofrecen una plataforma clave para la promoción de hábitos saludables, pero la experiencia muestra que la permanencia de las familias en los procesos depende de condiciones que van más allá de la oferta programática (Ministerio de Salud de Chile, 2019, 2020; World Health Organization, 2020).

La principal contribución de este capítulo es mostrar que la implementación no es un momento posterior al diseño clínico, sino parte constitutiva de la intervención. Acompañar, coordinar, recordar, adaptar, contener y cuidar son acciones que sostienen la posibilidad misma del cambio. Desde esta perspectiva, la adherencia no es solo asistencia; es vínculo, confianza, accesibilidad y continuidad.

Escalar una experiencia como esta implica reconocer que las políticas públicas no se fortalecen únicamente agregando prestaciones, sino construyendo sistemas de cuidado capaces de sostener a niñas, niños, familias y equipos en el tiempo. En ese punto, el proyecto FONIS SA23I0167 aporta una mirada situada: una intervención en obesidad infantil será más efectiva cuando logre integrar salud física, salud mental, cuerpo, familia, territorio y acompañamiento clínico en una misma trama de cuidado (World Health Organization, 2022; Mandelbaum et al., 2022).

**Preguntas:**

- ¿Qué condiciones permiten que una intervención familiar y psicocorporal pueda sostenerse en contextos de APS?
- ¿Cómo distinguir la falta de adherencia de las barreras estructurales que afectan la participación de las familias?
- ¿Qué rol debe asumir la coordinación clínica en intervenciones complejas con niñas, niños y familias?
- ¿Cómo cuidar a los equipos interventores cuando trabajan con alta carga emocional, vulnerabilidad social y riesgo de deserción?
- ¿Qué elementos del proyecto FONIS SA23I0167 podrían transferirse a programas públicos sin perder su profundidad clínica?



## REFERENCIAS

- Burgess, E., Hassmén, P., & Pumpa, K. L. (2017). Determinants of adherence to lifestyle intervention in adults with obesity: A systematic review. *Clinical Obesity*, 7(3), 123–135. <https://doi.org/10.1111/cob.12183>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Epstein, L. H., Wilfley, D. E., Kilanowski, C., Quattrin, T., Cook, S. R., Eneli, I. U., Geller, N., Lew, D., Wallendorf, M., Dore, P., Paluch, R. A., & Schechtman, K. B. (2023). Family-based behavioral treatment for childhood obesity implemented in pediatric primary care: A randomized clinical trial. *The Journal of the American Medical Association*, 329(22), 1947–1956. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.8061>
- Gittelsohn, J., Novotny, R., Trude, A. C. B., Butel, J., & Mikkelsen, B. E. (2018). Challenges and lessons learned from multi-level multi-component interventions to prevent and reduce childhood obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), E30. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010030>
- Henes, S. T., Stotz, S. A., Riggs, S. E., & Yang, H.-M. (2025). eHealth, family-based interventions, and multilevel approaches to pediatric weight management: a scoping review. *Nutrition Reviews*, 83(2), e649–e666. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuad160>
- Hendriks, A.-M., Kremers, S. P. J., Gubbels, J. S., Raat, H., de Vries, N. K., & Jansen, M. W. J. (2013). Towards health in all policies for childhood obesity prevention. *Journal of Obesity*, 2013, 632540. <https://doi.org/10.1155/2013/632540>
- Mandelbaum, J., Stein, R., & Carter, P. (2022). Interdisciplinary coordination and continuity of care in pediatric community interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5), 689–698. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2021.1961985>
- Ministerio de Salud de Chile. (2013). Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. MINSAL. Recuperado el 11 de mayo de 2026, de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2019). Programa Elige Vida Sana: Orientaciones técnicas para la implementación en Atención Primaria de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. MINSAL. Recuperado el 11 de mayo de 2026, de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Orientaciones-2019-.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2021). Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en Atención Primaria de Salud. MINSAL. <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-presenta-actualizacion-de-norma-tecnica-para-la-supervision-de-salud-integral-de-ninos-y-ninas-de-0-a-9-anos-en-aps/>
- Ministerio de Salud de Chile. (2026). Programa Nacional de Salud Integral de la Infancia. División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE). Recuperado el 11 de mayo de 2026, de [https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-salud-de-la-infancia/?utm\\_source=chatgpt.com](https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-salud-de-la-infancia/?utm_source=chatgpt.com)
- Tripicchio, G. L., Ammerman, A. S., Ward, D. S., Faith, M. S., Truesdale, K. P., Burger, K. S., Dean, K., Dumenci, L., & Davis, A. (2018). Clinical-community collaboration: A strategy to improve retention and outcomes in low-income minority youth in family-based obesity treatment. *Childhood Obesity*, 14(3), 141–148. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0266>
- UNICEF. (2021). *Obesidad infantil y políticas públicas en América Latina*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/lac>
- World Health Organization. (2020). Guideline: Implementing effective interventions for childhood obesity in primary health care. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005105>
- World Health Organization. (2022). A primary health care approach to obesity prevention and management in children and adolescents: Policy brief. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240072671>



## CAPÍTULO 6

### MODELOS INTEGRALES PARA EL ABORDAJE DE LA MALNUTRICIÓN POR EXCESO INFANTIL: CENTRO DE PROMOCIÓN Y NUTRICIÓN INFANTIL (CPNI), COMUNA EL BOSQUE, SANTIAGO

- L. Mora Pilar. Nutricionista, Universidad de Concepción. Nutricionista, Centro de Promoción y Nutrición Infantil.
- X. González Carrasco. Psicóloga, Pontificia Universidad Católica. Coordinadora, Centro de Promoción y Nutrición Infantil.
- A. Palma. Trabajadora Social. <https://orcid.org/0000-0002-6281-1509>
- J. Larrain-Valenzuela. Doctora en Psicología. Psicóloga. Fonoaudióloga. Centro de investigación para la mejora de los aprendizajes (CIMA), Facultad de Educación, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0001-6038-2483>

Capítulo desarrollado de manera interdisciplinaria. Josefina Larrain y Andrea Palma participaron en la articulación conceptual, integración transversal y edición académica del contenido.

#### Highlights:

- El CPNI surge en respuesta a una alta prevalencia comunal de malnutrición por exceso en niños, niñas y adolescentes de El Bosque.
- El centro se consolida como un dispositivo de especialidad dentro de la red comunal de salud, con modelo y financiamiento propios, inspirado en Elige Vida Sana.
- El programa tiene un enfoque integral, intensivo, familiar y comunitario, con una fase de intervención de aproximadamente seis meses y una fase de seguimiento.
- El modelo incorpora indicadores más allá del IMC, como composición corporal, porcentaje de grasa, fuerza prensil, hábitos alimentarios, sueño, pantallas y actividad física.
- Los resultados muestran avances, pero también trayectorias heterogéneas que exigen modelos de evaluación más complejos y sensibles a diferencias familiares, sociales y de adherencia.

#### Claves:

- **Modelo integral de salud infantil:** El CPNI aborda la malnutrición por exceso como fenómeno biopsicosocial, no como problema individual o exclusivamente nutricional.
- **Familia y comunidad como ejes del cambio:** El modelo reconoce a la familia como unidad de intervención y a la comunidad como espacio de sostenibilidad de hábitos.
- **Evaluación compleja y trayectorias heterogéneas:** El capítulo plantea que los promedios no capturan adecuadamente la diversidad de respuestas, por lo que se requieren modelos longitudinales, perfiles y análisis diferenciados.



#### Contexto

El desarrollo del Centro de Promoción y Nutrición Infantil (CPNI) en la comuna de El Bosque surge como respuesta a un escenario epidemiológico complejo en materia de salud infantil y adolescente, caracterizado por una alta prevalencia de malnutrición por exceso desde etapas tempranas del desarrollo. Esta realidad se ha consolidado progresivamente como uno de los principales desafíos de salud pública a nivel comunal, particularmente por su asociación con enfermedades crónicas no transmisibles y por las implicancias biopsicosociales que genera en niñas, niños, adolescentes y sus familias.

Los datos epidemiológicos comunales reflejan la magnitud de esta problemática. A diciembre de 2024, la prevalencia de malnutrición por exceso alcanzó un 40,8% en niños y niñas entre 6 y 9 años en control en la comuna de El Bosque. Asimismo, en adolescentes entre 10 y 14 años se observó un aumento significativo de la obesidad y obesidad severa durante el período inmediatamente posterior a la pandemia por SARS-CoV-2, estabilizándose posteriormente en un 25,9%. En el grupo entre 15 y 19 años también se evidenció un incremento postpandemia, alcanzando posteriormente una estabilización cercana al 18,3% (Dirección de Salud El Bosque, 2026). Complementariamente, los datos publicados por JUNAEB indican que, si bien durante el año 2025 la comuna logró disminuir parcialmente sus indicadores de malnutrición por exceso —ubicándose bajo el 52% y saliendo del grupo de las tres comunas con mayor prevalencia de la Provincia de Santiago—, la magnitud del fenómeno continúa representando un desafío sanitario prioritario. Esta variación contrasta con el escenario observado en 2024, año en que El Bosque ocupaba el segundo lugar provincial con una prevalencia de 51,4% (JUNAEB, 2026).

En este contexto, la experiencia acumulada por los equipos de salud comunales permitió reconocer que los abordajes tradicionales centrados exclusivamente en educación alimentaria o actividad física resultaban insuficientes para sostener cambios significativos en el tiempo. La realidad observada en las familias mostraba que la adherencia a las intervenciones estaba profundamente

influida por determinantes estructurales, tales como la precariedad laboral, las dificultades de acceso al sistema sanitario, las condiciones de vivienda, la organización de los cuidados, la salud mental familiar y la disponibilidad de redes de apoyo. En consecuencia, comenzó a instalarse progresivamente la necesidad de construir dispositivos de atención capaces de integrar dimensiones clínicas, familiares, comunitarias y territoriales en una misma estrategia de intervención.

Desde esta perspectiva, el CPNI emerge no solo como una respuesta asistencial frente al aumento de la malnutrición por exceso, sino como una propuesta de abordaje integral orientada a intervenir sobre las múltiples dimensiones que participan en la construcción de los hábitos y trayectorias de salud. Su desarrollo se inscribe dentro de una comprensión ecosistémica de la infancia y adolescencia, donde las prácticas alimentarias, la regulación emocional, el movimiento corporal, el descanso, la organización familiar y las condiciones sociales forman parte de una misma red de cuidado. Bajo esta lógica, la intervención deja de centrarse exclusivamente en el control del peso para avanzar hacia la construcción de procesos de salud sostenibles, contextualizados y territorialmente pertinentes.

Asimismo, el modelo desarrollado por el CPNI se articula con los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), fortaleciendo la comprensión de la salud infantil desde una perspectiva longitudinal y comunitaria. Esto implica reconocer que la promoción de hábitos saludables requiere no sólo prestaciones clínicas, sino también continuidad del cuidado, acompañamiento familiar, trabajo interdisciplinario y coordinación con redes locales de salud, educación y protección social. En este sentido, el CPNI representa una experiencia relevante de innovación territorial, orientada a generar respuestas más complejas y sostenidas frente a un fenómeno que excede ampliamente las capacidades de una intervención exclusivamente biomédica.

### Consolidación del CPNI

El Centro de Promoción y Nutrición Infantil (CPNI) no surge como una intervención aislada ni como una respuesta puntual frente al aumento de la malnutrición por exceso en la comuna de El Bosque. Su desarrollo corresponde a un proceso progresivo de construcción territorial de aproximadamente trece años, marcado por la implementación sostenida de estrategias de promoción de salud dirigidas a niñas, niños, adolescentes y sus familias. Esta trayectoria permitió acumular experiencia comunitaria, capacidades técnicas y aprendizajes institucionales que, con el tiempo, fueron configurando las bases de un modelo de intervención más complejo, interdisciplinario e integrado.

Tal como se observa en la Figura 1, el desarrollo del dispositivo responde a una evolución gradual de iniciativas locales de promoción y prevención en salud infantil. Los primeros antecedentes del modelo se relacionan con estrategias desarrolladas en jardines infantiles, establecimientos educacionales y espacios comunitarios de la comuna, orientadas principalmente a la promoción de hábitos saludables, actividad física y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Estas acciones iniciales fueron progresivamente ampliando su alcance, incorporando trabajo territorial, seguimiento familiar y articulación con distintos dispositivos de la red comunal.

De manera paralela, la implementación comunal del Programa Elige Vida Sana permitió fortalecer la experiencia local en el abordaje preventivo de la malnutrición por exceso en niños, niñas, adolescentes y población adulta. La ejecución sostenida de este programa aportó aprendizajes relevantes respecto de la promoción de hábitos saludables y del trabajo interdisciplinario en Atención Primaria de Salud (APS). Sin embargo, la experiencia territorial también permitió identificar limitaciones estructurales

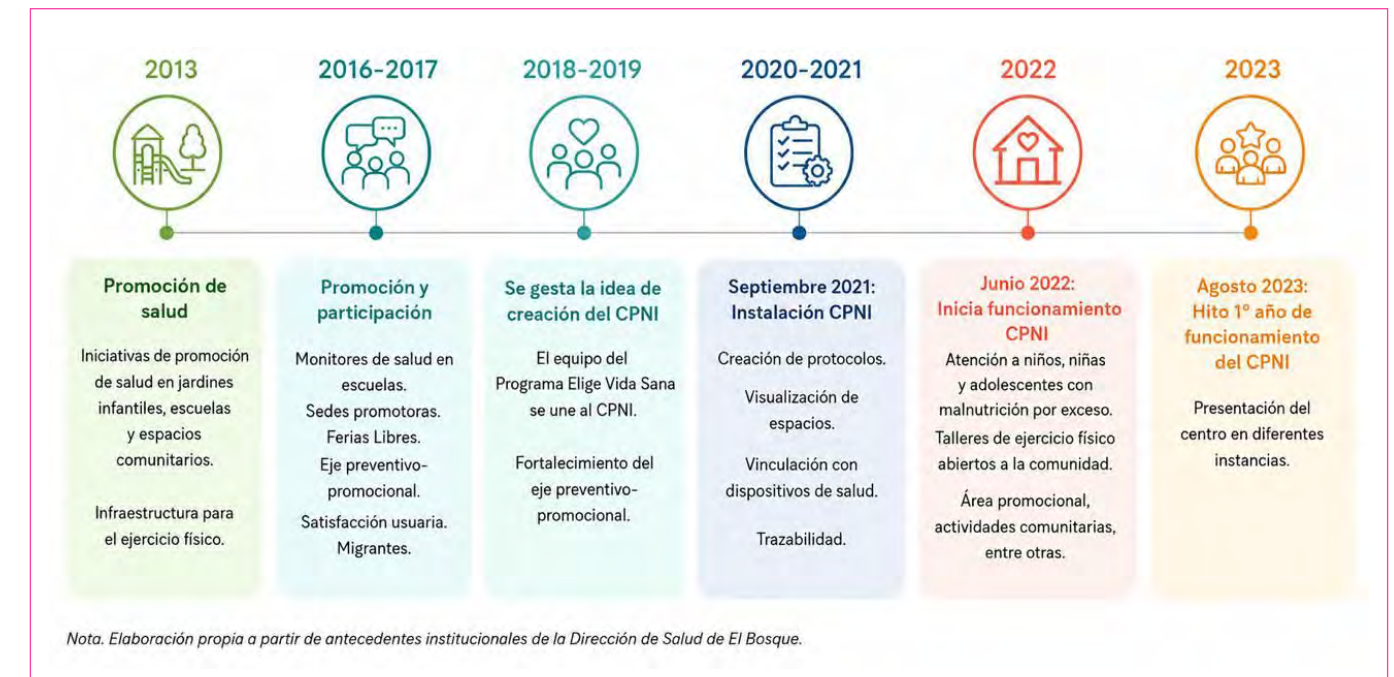
asociadas a los modelos tradicionales de atención, particularmente en familias que requerían intervenciones de mayor intensidad, frecuencia y continuidad terapéutica.

En este contexto, comenzó a evidenciarse una brecha entre las necesidades clínicas observadas en la población infantil y adolescente y las posibilidades reales de respuesta de los establecimientos de APS. Los centros de salud comunales, aun contando con programas preventivos y equipos multidisciplinarios, enfrentaban dificultades para sostener intervenciones longitudinales e intensivas, especialmente en casos de mayor complejidad biopsicosocial. Entre las principales limitaciones se encontraban la baja frecuencia posible de controles clínicos, la ausencia de espacios especializados para ejercicio físico terapéutico y la dificultad para sostener procesos de acompañamiento familiar prolongado.

Frente a esta necesidad, surge progresivamente el Programa de Abordaje Integral de la Malnutrición por Exceso Infantil, concebido como una estrategia local complementaria a las prestaciones desarrolladas por los centros de salud de la comuna. Este programa se construyó tomando como base la experiencia acumulada por las estrategias preventivas comunales y el Programa Elige Vida Sana, pero incorporando una lógica de intervención más intensiva, especializada y centrada en la continuidad del cuidado.

Figura 1

Evolución histórica del modelo territorial del Centro de Promoción y Nutrición Infantil (CPNI) en la comuna de El Bosque



Un hito central en este proceso fue la instalación formal del CPNI en septiembre de 2021 y el inicio de su funcionamiento operativo en junio de 2022. A partir de entonces, el dispositivo comenzó a consolidarse como un centro especializado dentro de la red comunal de salud, dependiente de la Dirección de Salud de la Municipalidad de El Bosque. Este proceso implicó no sólo el desarrollo de infraestructura y equipamiento, sino también la elaboración progresiva de protocolos clínicos, criterios de derivación, sistemas de seguimiento y mecanismos de articulación con la red sanitaria y comunitaria.

La consolidación del CPNI permitió avanzar hacia un modelo de atención que trasciende la lógica episódica de la consulta tradicional, incorporando seguimiento longitudinal, intervención interdisciplinaria y trabajo activo con familias. De este modo, el dispositivo comienza a configurarse como una experiencia innovadora dentro del sistema público de salud, al ofrecer una estructura de atención intermedia capaz de complementar el trabajo desarrollado por APS mediante intervenciones de mayor intensidad terapéutica y capacidad de acompañamiento.

Asimismo, el proceso de sistematización de prácticas, definición de flujos de atención y acumulación progresiva de experiencia clínica y territorial ha permitido que el modelo adquiera características potencialmente replicables. Más allá de constituir una experiencia local, el CPNI representa una forma de organización sanitaria orientada a responder a la complejidad de la malnutrición por exceso infantil desde una perspectiva integral, territorial y familiar, articulando promoción, prevención, tratamiento y acompañamiento clínico dentro de una misma arquitectura de cuidado.

### Un programa de atención integral, intensivo y familiar-comunitario: Programa de Abordaje para la Malnutrición por Exceso Infantil

El Programa de Abordaje para la Malnutrición por Exceso Infantil desarrollado por el Centro de Promoción y Nutrición Infantil (CPNI) se caracteriza por una estructura de intervención integral, intensiva y centrada tanto en niñas, niños y adolescentes como en sus contextos familiares y comunitarios. A diferencia de modelos centrados exclusivamente en la atención episódica o en la entrega de recomendaciones conductuales, el programa fue diseñado desde una comprensión amplia de la salud, considerando que la malnutrición por exceso se construye en interacción con factores biológicos, emocionales, familiares, sociales y territoriales. Desde esta perspectiva, el modelo busca intervenir no solo sobre indicadores antropométricos, sino también sobre las dinámicas cotidianas que sostienen los hábitos de vida. Esto implica comprender que la alimentación, el movimiento corporal, el descanso, el uso de pantallas, las rutinas familiares y las posibilidades de participación comunitaria forman parte de una misma trama relacional. En consecuencia, el cambio en salud es abordado como un proceso progresivo de construcción de hábitos y regulación, más que como una modificación aislada del peso corporal.

A nivel estructural, el programa contempla un plan de intervención intensiva con una duración aproximada de seis meses, seguido posteriormente de una etapa de seguimiento y mantención. Esta organización permite trabajar tanto el inicio del cambio conductual como la consolidación y sostenibilidad de los procesos en el tiempo, aspecto especialmente relevante en intervenciones dirigidas a malnutrición por exceso infantil y adolescente.

Durante la fase intensiva, niñas, niños, adolescentes y sus familias participan en intervenciones individuales y grupales desarrolladas por un equipo interdisciplinario. Tal como se presenta en la Figura 2, el modelo integra distintas áreas de trabajo clínico y promocional, incluyendo atención nutricional, intervención psicológica, ejercicio físico, trabajo familiar y actividades comunitarias. Esta estructura busca responder a la complejidad de la problemática, evitando reducir la intervención a una única dimensión del cuidado.

**Figura 2**  
Modelo integral de atención intensiva del Centro de Promoción y Nutrición Infantil (CPNI), comuna de El Bosque



El diseño del programa refleja una comprensión relacional y contextual del cambio en salud. Bajo esta lógica, las modificaciones conductuales no son abordadas únicamente desde la prescripción de hábitos saludables, sino mediante procesos de acompañamiento, resignificación y construcción progresiva de prácticas sostenibles dentro de la vida cotidiana de las familias. Esto supone reconocer que muchas de las dificultades asociadas a la alimentación, la actividad física o la organización de rutinas están profundamente influenciadas por condiciones sociales, emocionales y familiares que requieren ser consideradas dentro del proceso terapéutico.

Uno de los elementos centrales del modelo corresponde a su enfoque familiar y comunitario. El programa reconoce explícitamente a la familia como unidad de intervención y a la comunidad como espacio fundamental para la sostenibilidad del cambio. Desde esta perspectiva, las estrategias desarrolladas incluyen talleres para cuidadores, actividades familiares, uso de espacios comunitarios y vinculación activa con redes territoriales, favoreciendo tanto la adherencia como la continuidad de los procesos de intervención. Esta orientación busca evitar que los cambios logrados dependan exclusivamente del espacio clínico, promoviendo su transferencia hacia los contextos cotidianos donde niñas, niños y adolescentes desarrollan sus prácticas de vida.

Asimismo, el modelo incorpora de manera explícita las determinantes sociales de la salud, adaptando las intervenciones a las características y posibilidades concretas de cada familia. Esto implica flexibilizar estrategias, considerar barreras de acceso y ajustar la intensidad de acompañamiento según las necesidades observadas. En este sentido, el programa se diferencia de modelos más estandarizados, al priorizar la pertinencia territorial y la comprensión ecosistémica de la malnutrición por exceso.

Otro aspecto distintivo del programa corresponde a la ampliación de los indicadores utilizados para evaluar el proceso de cambio. La evaluación no se restringe exclusivamente al Z score de IMC/edad o peso/talla, sino que incorpora una mirada multidimensional del estado de salud. Entre los indicadores considerados se incluyen composición corporal, porcentaje de grasa corporal, masa libre de grasa, hábitos de sueño, tiempo de exposición a pantallas, actividad física y patrones de alimentación. Esta ampliación permite comprender la evolución de niñas, niños y adolescentes desde una perspectiva más integral, evitando interpretar el éxito terapéutico únicamente en función de la disminución del peso corporal.

En el área de actividad física, el programa incorpora además evaluación funcional mediante dinamometría para la medición de fuerza prensil de mano derecha e izquierda, integrando así indicadores de capacidad física y funcionalidad corporal. Este tipo de evaluación permite observar cambios que muchas veces no son capturados exclusivamente por los indicadores antropométricos tradicionales, fortaleciendo la comprensión de la salud desde una perspectiva más amplia.

Del mismo modo, el programa promueve activamente la vinculación con recursos territoriales y comunitarios, tales como oferta deportiva comunal, talleres culturales, espacios recreativos, huertos comunitarios y ferias libres, entre otros. Esta articulación territorial busca favorecer la continuidad de los cambios más allá del espacio clínico, fortaleciendo la integración de hábitos saludables dentro de la vida cotidiana de las familias y disminuyendo la dependencia exclusiva del dispositivo terapéutico.

Posteriormente, durante la etapa de mantención y seguimiento, el Centro de Promoción y Nutrición Infantil ofrece la posibilidad de continuidad en distintas actividades orientadas a sostener la adherencia y consolidar los hábitos adquiridos durante la fase intensiva. Entre estas estrategias se incluyen sesiones continuas de ejercicio físico, talleres temáticos para familias, espacios de cierre y egreso, actividades grupales y vinculación con la oferta comunal de actividad física y promoción de salud. Esta etapa reconoce que el cambio conductual requiere continuidad y refuerzo progresivo, especialmente en contextos familiares expuestos a múltiples factores de vulnerabilidad y sobrecarga cotidiana.

En conjunto, el Programa de Abordaje para la Malnutrición por Exceso Infantil desarrollado por el CPNI configura un modelo de atención que integra intervención clínica, promoción de salud, trabajo familiar, articulación comunitaria y acompañamiento longitudinal. Más allá de constituir únicamente una estrategia de tratamiento nutricional, el programa representa una propuesta territorial de cuidado orientada a intervenir sobre las múltiples dimensiones que participan en la construcción de las trayectorias de salud infantil y adolescente.

### **Más allá del dispositivo: un modelo articulado en red**

Uno de los aportes más relevantes del Centro de Promoción y Nutrición Infantil (CPNI) es que trasciende la lógica tradicional de intervención centrada exclusivamente en un dispositivo físico de atención. Si bien el centro opera como un nodo articulador y especializado dentro de la red comunal, su funcionamiento depende de una estructura relacional más amplia que involucra establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), hospitales, establecimientos educacionales, programas municipales y orga-

nizaciones comunitarias del territorio. En este sentido, el CPNI no se limita a entregar prestaciones clínicas, sino que actúa como un dispositivo de coordinación y continuidad del cuidado en salud infantil.

Las vías de ingreso al programa reflejan precisamente esta lógica de articulación en red. Los niños, niñas y adolescentes pueden acceder mediante derivación desde CESFAM, derivaciones intersectoriales provenientes de escuelas u otros dispositivos comunitarios, así como también por consulta espontánea de las familias. Esta multiplicidad de entradas permite ampliar la cobertura y flexibilizar el acceso, favoreciendo la detección temprana y la incorporación oportuna de casos con distintos niveles de complejidad. A su vez, el proceso de egreso no se concibe como un cierre abrupto de la intervención, sino como una transición progresiva hacia otros espacios de sostén territorial. El programa contempla la reinserción de las familias en la red comunitaria y su vinculación con talleres deportivos, actividades recreativas, oferta municipal de actividad física y otros recursos locales que permiten sostener los cambios alcanzados durante el proceso intensivo. Esta continuidad resulta especialmente relevante considerando que la modificación de hábitos saludables requiere contextos que faciliten su mantención en el tiempo.

Desde esta perspectiva, el CPNI no debe comprenderse únicamente como un "centro" de tratamiento, sino como un modelo de gestión en salud pública con capacidad de articulación intersectorial y coordinación longitudinal del cuidado. Su estructura combina intervención clínica especializada, acompañamiento familiar y trabajo territorial, permitiendo construir trayectorias de atención más integrales y coherentes con la complejidad de la malnutrición por exceso infantil. Asimismo, este enfoque dialoga con las orientaciones contemporáneas de APS, que promueven modelos comunitarios, centrados en la persona y basados en redes colaborativas de cuidado.

### **Evidencia de efectividad: avances y complejidades**

Los resultados obtenidos en el marco del proyecto FONIS SA23I0167 permiten evaluar la efectividad del modelo desarrollado por el CPNI desde múltiples dimensiones clínicas, conductuales y comunitarias. En términos generales, los análisis evidencian mejoras significativas en indicadores antropométricos, hábitos alimentarios y condición física, lo que respalda el impacto positivo de un enfoque integral, intensivo y familiar-comunitario para el abordaje de la malnutrición por exceso infantil.

En el ámbito antropométrico, se observan reducciones significativas en indicadores asociados al riesgo cardiometabólico, particularmente en el z-score de IMC, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa corporal entre el primer y segundo control ( $p < 0.001$ ). Estos cambios, aunque graduales, resultan clínicamente relevantes, dado que reflejan transformaciones sostenidas en la composición corporal y no únicamente variaciones transitorias de peso. La incorporación de indicadores complementarios al IMC, tales como composición corporal y porcentaje de masa grasa, permitió además una comprensión más amplia del proceso de cambio, superando aproximaciones centradas exclusivamente en el peso corporal.

En relación con los hábitos alimentarios, se identifican mejoras significativas en el consumo de agua, verduras y legumbres, junto con una disminución progresiva en la ingesta de bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados. Estos resultados sugieren una reconfiguración paulatina de las prácticas alimentarias familiares, coherente con los objetivos del programa orientados al fortalecimiento de hábitos sostenibles y no únicamente al control de peso. Asimismo, el trabajo grupal y parental parece haber favorecido procesos de reflexión y reorganización cotidiana en torno a la alimentación, contribuyendo a generar cambios más contextualizados y sostenibles.

Por su parte, el componente de actividad física presenta los efectos más consistentes del modelo. Los análisis muestran mejoras significativas en todos los indicadores evaluados, particularmente en aquellos participantes con mayor asistencia y participación en talleres familiares y actividades grupales. Esto refuerza la importancia del ejercicio físico no solo como estrategia de gasto energético, sino también como espacio de vinculación, motivación y fortalecimiento de la autorregulación corporal y emocional. No obstante, uno de los hallazgos más relevantes del análisis es la complejidad y heterogeneidad de las trayectorias de cambio observadas. A través de análisis de perfiles latentes y modelos longitudinales, se identificaron distintos patrones de respuesta a la intervención: algunos participantes evidenciaron mejoras significativas y sostenidas, mientras que otros presentaron cambios parciales, fluctuaciones o resultados menos consistentes. Este hallazgo cuestiona las lógicas tradicionales de evaluación basadas únicamente en promedios grupales, mostrando que los procesos de salud y cambio conductual no son lineales ni homogéneos.

En este contexto, los resultados sugieren que la efectividad de la intervención depende de múltiples factores interrelacionados, entre ellos el nivel de adherencia, las características familiares, las condiciones socioeconómicas, la intensidad de participación y la capacidad del dispositivo para sostener continuidad y acompañamiento. La presencia de trayectorias heterogéneas obliga, por tanto, a desarrollar enfoques analíticos más complejos, capaces de capturar la variabilidad individual y comprender los mecanismos que facilitan o dificultan el cambio.

Asimismo, los análisis evidencian interacciones complejas entre las distintas áreas del modelo. Mientras la intervención nutricional muestra efectos protectores relativamente claros sobre indicadores antropométricos, la intervención psicológica presenta asociaciones más dinámicas y difíciles de interpretar de manera lineal. En algunos casos, el aumento de conciencia emocional y la problematización de hábitos alimentarios podrían inicialmente coexistir con mayores dificultades autorreportadas, lo que sugiere procesos subjetivos más profundos que requieren tiempos de elaboración y acompañamiento más extensos.

De este modo, la experiencia del CPNI permite comprender que la evaluación de programas complejos no puede reducirse únicamente a indicadores biomédicos finales, sino que debe incorporar dimensiones relacionales, conductuales, familiares y contextuales que forman parte del proceso terapéutico y de transformación en salud.

### La complejidad de evaluar el cambio: trayectorias heterogéneas

Uno de los principales aprendizajes derivados de la experiencia del CPNI es que los procesos de cambio en salud infantil y familiar presentan trayectorias heterogéneas, dinámicas y no lineales. Si bien los indicadores globales muestran resultados positivos, el análisis detallado revela que las respuestas a la intervención difieren considerablemente entre participantes, incluso cuando comparten características antropométricas similares al ingreso.

Este hallazgo resulta particularmente relevante porque cuestiona modelos tradicionales de evaluación centrados exclusivamente en promedios o resultados homogéneos esperados. En contextos de alta complejidad social y familiar, el cambio depende de una multiplicidad de factores que interactúan entre sí: estabilidad familiar, condiciones laborales de los cuidadores, nivel de adherencia, disponibilidad temporal, salud mental parental, redes de apoyo, condiciones de vivienda y acceso a recursos comunitarios, entre otros.

En consecuencia, la intervención no produce efectos idénticos en todos los participantes. Mientras algunas familias logran incorporar rápidamente modificaciones en hábitos alimentarios, rutinas y actividad física, otras requieren procesos más extensos de

acompañamiento y sostén para alcanzar transformaciones sostenibles. Del mismo modo, existen trayectorias donde los avances clínicos coexisten con retrocesos temporales o fluctuaciones asociadas a contingencias familiares y sociales.

Desde esta perspectiva, la experiencia del CPNI refuerza la necesidad de avanzar hacia modelos evaluativos más sofisticados y sensibles a la complejidad. El uso de análisis longitudinales, modelos lineales mixtos y análisis de perfiles permite capturar mejor la variabilidad individual y comprender cómo distintos factores condicionan las trayectorias de cambio. Más que identificar únicamente "éxito" o "fracaso", estos enfoques permiten reconocer patrones diferenciados de respuesta y generar estrategias de intervención más ajustadas a las necesidades de cada familia.

Asimismo, esta heterogeneidad muestra que la adherencia no debe interpretarse como una característica individual aislada, sino como el resultado de condiciones estructurales, relacionales e institucionales. En este sentido, la capacidad del dispositivo para sostener vínculo, flexibilidad y continuidad adquiere un rol central en la posibilidad de mantener a las familias dentro del proceso terapéutico.

### Hacia un modelo replicable de intervención integral

En conjunto, la experiencia del CPNI se posiciona como una propuesta innovadora para el abordaje de la malnutrición por exceso infantil en contextos comunitarios, aportando elementos relevantes para el diseño de modelos replicables dentro de la APS y las políticas públicas locales.

Entre sus principales fortalezas destaca, en primer lugar, su enfoque integral y transdisciplinario, el cual permite abordar simultáneamente dimensiones biomédicas, psicológicas, familiares, conductuales y comunitarias. A diferencia de modelos centrados exclusivamente en la reducción de peso, el programa incorpora autorregulación, salud mental, corporalidad, acompañamiento familiar y sostenibilidad territorial como componentes centrales del proceso de intervención.

En segundo lugar, el modelo incorpora explícitamente a la familia y la comunidad como ejes estructurales del cuidado. Esta perspectiva reconoce que los hábitos saludables no se construyen de manera individual, sino dentro de sistemas relacionales y territoriales que pueden facilitar o dificultar el cambio. La inclusión de talleres parentales, actividades familiares y vinculación comunitaria fortalece la posibilidad de sostener transformaciones más allá del espacio clínico.

En tercer lugar, destaca su capacidad de articulación efectiva con la red de salud y con otros dispositivos territoriales, favoreciendo continuidad del cuidado y trabajo intersectorial. Este aspecto resulta especialmente relevante en APS, donde los problemas de salud infantil requieren abordajes longitudinales y coordinados.

Asimismo, el modelo evidencia una importante flexibilidad y capacidad de adaptación a contextos locales. La experiencia muestra que la pertinencia territorial y la adecuación a las condiciones reales de las familias constituyen elementos fundamentales para favorecer adherencia y continuidad.

Uno de los aportes más significativos del CPNI es su capacidad de generar evidencia aplicada para la toma de decisiones en salud pública. La sistematización de procesos, el monitoreo longitudinal y el análisis de resultados permiten transformar la experiencia clínica en conocimiento transferible y útil para otros territorios.

No obstante, la experiencia también plantea desafíos importantes. Entre ellos destacan la necesidad de fortalecer sistemas de monitoreo integrales, asegurar sostenibilidad financiera y desarrollar modelos evaluativos capaces de integrar dimensiones cuantitativas y cualitativas del cambio.

Finalmente, el CPNI no solo constituye una intervención efectiva para el abordaje de la malnutrición por exceso infantil, sino también un espacio de innovación en salud pública comunitaria, cuyos aprendizajes pueden contribuir al diseño de futuras estrategias locales y nacionales orientadas a la prevención y tratamiento integral de la obesidad infantil.

### Implicancias y recomendaciones para política pública

Los resultados derivados de la implementación del modelo del Centro de Promoción y Nutrición Infantil (CPNI) permiten avanzar hacia recomendaciones que dialogan directamente con los desafíos actuales del sistema de salud chileno en materia de obesidad infantil y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

En este contexto, la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2021–2030 ha definido como uno de sus ejes prioritarios la reducción de factores de riesgo asociados a ECNT, incluyendo la obesidad infantil, el sedentarismo y los hábitos alimentarios poco saludables. Sin embargo, la experiencia territorial y la evidencia acumulada muestran que muchas intervenciones continúan siendo insuficientes para sostener cambios duraderos, particularmente en contextos de vulnerabilidad social. Esto refuerza la necesidad de avanzar hacia modelos más integrales, intensivos y longitudinales, capaces de intervenir no solo sobre conductas individuales, sino también sobre los factores familiares, emocionales y sociales que sostienen dichas conductas.

En este escenario, el modelo desarrollado por el CPNI adquiere relevancia porque permite observar que la obesidad infantil no puede ser comprendida únicamente como una condición biomédica, sino como un fenómeno complejo que involucra trayectorias de vida, organización familiar, desigualdad social, acceso a espacios comunitarios y experiencias subjetivas vinculadas al cuerpo, la alimentación y el cuidado. Desde esta perspectiva, las implicancias para política pública exceden la creación de nuevas prestaciones y apuntan más bien a la construcción de sistemas de cuidado capaces de sostener procesos prolongados de cambio y acompañamiento.

#### SUPERAR EL ENFOQUE BIOMÉDICO HACIA UN MODELO INTEGRAL DE SALUD

Uno de los principales hallazgos del modelo CPNI es que los cambios en salud no pueden evaluarse exclusivamente mediante la reducción del peso corporal o del índice de masa corporal (IMC). Si bien los indicadores antropométricos continúan siendo relevantes, la experiencia del programa muestra que las transformaciones más significativas muchas veces ocurren en otras dimensiones: hábitos cotidianos, calidad del sueño, disposición hacia la actividad física, regulación emocional, organización familiar y percepción de bienestar.

Esta observación resulta especialmente importante porque los enfoques centrados únicamente en el peso pueden invisibilizar procesos intermedios de cambio y reforzar experiencias de frustración o estigmatización. En contraste, un enfoque integral permite reconocer avances progresivos que, aunque inicialmente no se expresen en grandes variaciones antropométricas, constituyen condiciones fundamentales para la sostenibilidad del cambio en el tiempo.

En consecuencia, las políticas públicas deberían avanzar hacia modelos de atención y evaluación multidimensionales, incorporan-

do indicadores conductuales, emocionales y relacionales junto a los parámetros biomédicos tradicionales. Esto permitiría desarrollar intervenciones más centradas en el bienestar integral de niñas, niños y adolescentes, favoreciendo procesos menos punitivos y más orientados a la promoción de salud.

#### RELEVAR A LA FAMILIA COMO UNIDAD CENTRAL DE INTERVENCIÓN

La experiencia del CPNI confirma que las intervenciones orientadas a obesidad infantil adquieren mayor efectividad cuando la familia participa activamente del proceso terapéutico. Los cambios en alimentación, rutinas, tiempos de pantalla, sueño o actividad física difícilmente pueden sostenerse si no existe una reorganización del entorno cotidiano en el cual niñas y niños desarrollan sus hábitos.

En este sentido, la familia no constituye únicamente un acompañante del tratamiento, sino una unidad central de intervención. Las dinámicas de cuidado, las formas de alimentación, la distribución de tiempos, las condiciones laborales de los cuidadores y el clima emocional del hogar influyen directamente sobre la adherencia y continuidad de los procesos.

Asimismo, la experiencia muestra que muchas familias cargan con altos niveles de sobreexigencia, precariedad temporal y agotamiento emocional, lo que dificulta sostener cambios aun cuando exista motivación. Por ello, las políticas públicas deberían evitar enfoques culpabilizadores centrados exclusivamente en la responsabilidad individual y avanzar hacia estrategias familiares, relacionales y contextualizadas.

Esto implica incorporar componentes psicoeducativos, espacios de acompañamiento parental y estrategias de apoyo emocional que permitan fortalecer las capacidades familiares sin reducir la intervención a la mera entrega de indicaciones conductuales.

#### FORTALECER INTERVENCIONES INTENSIVAS Y LONGITUDINALES

Uno de los aprendizajes más relevantes del modelo CPNI es que la intensidad y continuidad de las intervenciones influye significativamente en la magnitud y estabilidad de los cambios observados. Las experiencias de atención fragmentada o esporádica suelen generar mejoras limitadas, particularmente cuando las familias enfrentan condiciones complejas de organización cotidiana.

En contraste, las intervenciones intensivas permiten construir vínculos terapéuticos más sólidos, aumentar oportunidades de seguimiento y acompañar de manera más cercana los momentos de dificultad o retroceso. Esto resulta especialmente relevante en procesos de cambio conductual, donde las transformaciones no ocurren de manera lineal ni inmediata.

La evidencia obtenida en el programa muestra que la continuidad del contacto terapéutico facilita la adherencia y permite sostener procesos de resignificación progresiva respecto de la alimentación, el cuerpo y los hábitos familiares. Del mismo modo, las etapas de seguimiento posterior aparecen como componentes esenciales para evitar la desvinculación y favorecer la mantención de cambios alcanzados durante la fase intensiva.

Por ello, las políticas públicas deberían considerar intervenciones de mediana duración, con seguimiento estructurado y posibilidades reales de continuidad, especialmente en familias que requieren apoyos más prolongados.

### **DESARROLLAR DISPOSITIVOS INTERMEDIOS EN LA RED DE SALUD**

La experiencia del CPNI pone en evidencia la necesidad de fortalecer dispositivos intermedios dentro de la red sanitaria, capaces de abordar problemáticas complejas desde una lógica multidisciplinaria y comunitaria. Actualmente, gran parte de la APS enfrenta importantes limitaciones para desarrollar intervenciones intensivas, mientras que los niveles secundarios suelen encontrarse sobrecargados y orientados a patologías de mayor complejidad biomédica.

En este escenario, los dispositivos intermedios aparecen como espacios especialmente pertinentes para trabajar problemáticas que requieren acompañamiento longitudinal, trabajo familiar y coordinación intersectorial. Su valor no radica únicamente en aumentar prestaciones, sino en generar continuidad entre distintos niveles de atención y ofrecer intervenciones más ajustadas a las necesidades reales de las familias.

Además, este tipo de dispositivos permite integrar profesionales de distintas disciplinas dentro de un mismo modelo de cuidado, favoreciendo abordajes más coherentes y evitando fragmentación en la atención. La experiencia del CPNI muestra que nutrición, actividad física, salud mental y trabajo comunitario adquieren mayor efectividad cuando operan articuladamente y no como prestaciones aisladas.

### **ARTICULAR POLÍTICAS INTERSECTORIALES DE MANERA EFECTIVA**

Uno de los aspectos más relevantes observados durante el desarrollo del modelo es que la obesidad infantil se configura en múltiples espacios simultáneamente: el hogar, la escuela, el barrio, los espacios recreativos y los sistemas de salud. Por esta razón, las intervenciones exclusivamente sanitarias tienden a resultar insuficientes cuando no logran articularse con otros actores territoriales.

La experiencia del CPNI evidencia que los procesos de cambio adquieren mayor sostenibilidad cuando existen redes de apoyo comunitario, espacios seguros de actividad física, vinculación con establecimientos educacionales y acceso a recursos territoriales que faciliten hábitos saludables.

En este sentido, avanzar hacia políticas intersectoriales implica superar lógicas fragmentadas de intervención y construir modelos de colaboración sostenida entre salud, educación, municipios y organizaciones comunitarias. Más que multiplicar programas independientes, el desafío parece situarse en generar continuidad y coherencia entre las distintas acciones dirigidas a infancia y adolescencia.

Este enfoque permite comprender que la promoción de salud no ocurre únicamente dentro de los centros sanitarios, sino en los entornos cotidianos donde niñas, niños y familias desarrollan su vida diaria.

### **INCORPORAR ESTRATEGIAS DE CAMBIO CONDUCTUAL EN EL DISEÑO PROGRAMÁTICO**

La experiencia desarrollada por el CPNI muestra que la entrega de información por sí sola rara vez produce modificaciones sostenidas en los hábitos de vida. Muchas familias conocen las recomendaciones generales sobre alimentación saludable o actividad física, pero enfrentan dificultades para sostenerlas en contextos atravesados por estrés, precariedad temporal y sobrecarga cotidiana.

Por ello, las intervenciones requieren incorporar herramientas orientadas específicamente al cambio conductual, considerando

dimensiones motivacionales, emocionales y relacionales. En este punto, el trabajo psicológico adquiere especial relevancia, no como un complemento accesorio, sino como una dimensión estructural del proceso de cambio.

Las estrategias basadas en motivación, autorregulación, establecimiento gradual de metas y fortalecimiento de autoeficacia permiten acompañar procesos más realistas y sostenibles. Asimismo, la incorporación de intervenciones grupales y familiares facilita experiencias de apoyo mutuo y disminuye el aislamiento que muchas veces acompaña estas problemáticas.

Desde esta perspectiva, las políticas públicas debieran fortalecer la formación de equipos en metodologías de cambio conductual y salud mental comunitaria, integrando dichas herramientas dentro del diseño habitual de programas preventivos y terapéuticos.

### **AVANZAR HACIA SISTEMAS DE EVALUACIÓN COMPLEJOS Y SENSIBLES**

Uno de los hallazgos más relevantes del proyecto fue la heterogeneidad observada en las trayectorias de cambio. Mientras algunos participantes presentaron mejoras rápidas y sostenidas, otros mostraron procesos más fluctuantes o transformaciones parciales que no siempre resultaban visibles mediante indicadores tradicionales.

Esto cuestiona las lógicas de evaluación centradas exclusivamente en promedios generales, ya que tienden a invisibilizar diferencias individuales y procesos subjetivos relevantes. En intervenciones complejas, el cambio no ocurre de manera uniforme, sino que depende de múltiples factores vinculados a historia familiar, contexto social, adherencia y disponibilidad de apoyos.

Por ello, resulta necesario avanzar hacia modelos de evaluación más sensibles a la complejidad, incorporando metodologías longitudinales, análisis diferenciados de perfiles y estrategias cualitativas que permitan comprender mejor las trayectorias de las familias.

Este enfoque no solo mejora la capacidad analítica de los programas, sino que también favorece intervenciones más ajustadas y pertinentes para distintos tipos de usuarios.

### **INTEGRAR LAS DETERMINANTES SOCIALES EN EL DISEÑO DE INTERVENCIONES**

La experiencia del CPNI reafirma que las condiciones de vida influyen de manera decisiva sobre las posibilidades reales de adherencia y cambio. Aspectos como precariedad laboral, hacinamiento, inseguridad barrial, dificultades de transporte o falta de tiempo afectan directamente la capacidad de las familias para sostener rutinas saludables y participar en procesos terapéuticos prolongados.

En este sentido, las determinantes sociales no constituyen variables accesorias, sino componentes estructurales de la intervención. Ignorarlas puede llevar a diseñar programas técnicamente adecuados, pero desconectados de las condiciones concretas en las que viven las familias.

Por ello, las políticas públicas debieran incorporar mayor flexibilidad territorial y capacidad de adaptación contextual. Esto implica considerar diferencias culturales, económicas y comunitarias al momento de implementar estrategias de promoción de salud, evitando modelos homogéneos que terminan reproduciendo desigualdades preexistentes. Avanzar hacia una mirada sensible a las inequidades sociales resulta indispensable para construir intervenciones más justas, accesibles y efectivas.

### ESCALAR MODELOS INTEGRALES COMO ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA

La experiencia del CPNI sugiere que los modelos integrales, comunitarios y longitudinales poseen un importante potencial de transferencia hacia otros territorios. Sin embargo, escalar una intervención no significa replicarla mecánicamente, sino identificar sus componentes esenciales y adaptarlos a distintas realidades locales.

En este caso, los elementos más relevantes del modelo no se reducen a prestaciones específicas, sino a una lógica de cuidado basada en acompañamiento, interdisciplinariedad, trabajo familiar, articulación territorial y seguimiento sostenido.

La posibilidad de expandir experiencias como esta requiere financiamiento estable, fortalecimiento de equipos, generación continua de evidencia y construcción de sistemas de apoyo institucional que permitan sostener las intervenciones en el tiempo.

Finalmente, más que constituir únicamente una experiencia local exitosa, el CPNI representa una oportunidad para repensar las estrategias nacionales de abordaje de la obesidad infantil desde una perspectiva más integral y comunitaria. Su principal aporte consiste en demostrar que las transformaciones más sostenibles ocurren cuando salud física, salud mental, familia, territorio y comunidad dejan de abordarse de manera fragmentada y comienzan a articularse dentro de una misma trama de cuidado.

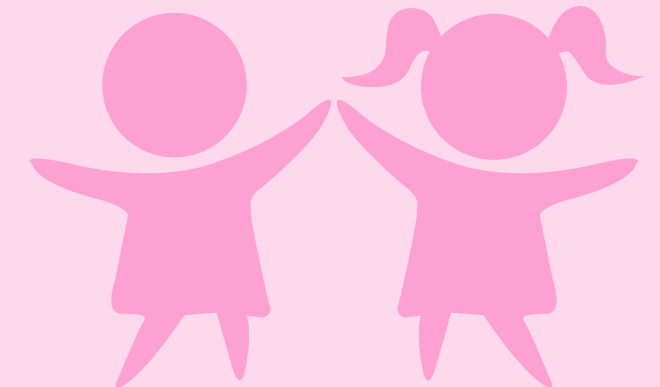
### Preguntas y desafíos:

#### Preguntas clave

- ¿Cómo consolidar dispositivos intermedios especializados que complementen la Atención Primaria de Salud?
- ¿Cómo adaptar las intervenciones a las condiciones familiares, sociales y territoriales de cada usuario/a?
- ¿Cómo evaluar cambios en salud infantil sin reducirlos únicamente al IMC?

#### Desafíos del campo

- Fortalecer la sostenibilidad del CPNI como dispositivo especializado.
- Desarrollar sistemas de monitoreo que integren dimensiones cuantitativas y cualitativas.
- Asegurar continuidad entre intervención intensiva, seguimiento y redes territoriales.
- Fortalecer la articulación entre CESFAM, hospitales, escuelas y organizaciones comunitarias.
- Escalar modelos integrales, intensivos y territorialmente adaptados como estrategia de salud pública.



### REFERENCIAS

Dirección de Salud El Bosque. (2026). Plan de salud 2026: Elaboración en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Municipalidad de El Bosque.

JUNAEB (2026). Mapa nutricional: Resultados 2025. Gobierno de Chile. <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2026/03/Mapa-Nutricional-Resultados-2025.pdf>



## CAPÍTULO 7

### RESULTADOS CENTRO DE PROMOCIÓN Y NUTRICIÓN: APRENDIZAJES DEL PROCESO

- L. Mora Pilar. Nutricionista, Universidad de Concepción. Nutricionista, Centro de Promoción y Nutrición Infantil.
- X. González Carrasco. Psicóloga, Pontificia Universidad Católica. Coordinadora, Centro de Promoción y Nutrición Infantil.
- A. Palma Contreras. Doctora en Psicología. Trabajadora Social. Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-6281-1509>
- J. Larraín-Valenzuela. Dr.en Psicología. Psicóloga. Fonoaudióloga. Centro de investigación para la mejora de los aprendizajes (CIMA), Facultad de Educación, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0001-6038-2483>
- C. Pino, Phd (c) Doctorado en Ciencias de la Complejidad Social. Centro de Investigación de Complejidad Social (CICS), Facultad de Gobierno, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-6455-9837>

#### Highlights:

- El capítulo analiza datos de 125 niños y niñas usuarios/as del CPNI de El Bosque, comparando un primer control y una segunda evaluación aproximadamente a los cinco meses.
- Se observaron cambios significativos en zIMC, circunferencia de cintura, porcentaje de grasa, alimentación y pruebas de actividad física.
- Se construyeron tres scores mediante análisis de componentes principales: score antropométrico, score de alimentación y score de actividad física.
- Los modelos lineales mixtos muestran que las sesiones de nutrición se asocian con reducción del empeoramiento antropométrico, mientras los talleres familiares se vinculan con mejores resultados en actividad física.
- El análisis de perfiles latentes identificó trayectorias diferenciadas: respondedores exitosos, respondedores estables y no respondedores.

#### Claves:

- **Intervención multicomponente:** El capítulo articula nutrición, actividad física, psicología, talleres familiares, control médico, atención social y kinesioterapia como dimensiones de una intervención integral.
- **Modelamiento longitudinal del cambio:** Se utilizan modelos lineales mixtos y modelos robustos para analizar trayectorias de cambio en medidas antropométricas, alimentación y actividad física.
- **Heterogeneidad de respuesta:** El análisis de perfiles latentes permite reconocer que no todos los niños/as responden de la misma manera, aun cuando participen en un mismo programa.

#### Introducción

En este capítulo se describen los resultados obtenidos en base a datos de niños y niñas usuarios/as del Centro de Promoción y Nutrición Infantil de la comuna de El Bosque. En nuestros análisis se comprenden dos periodos de atención: al inicio de la atención del/a usuario/a (T1) y una segunda evaluación aproximadamente a los 5 meses (T2). Para observar los cambios conductuales de los niños y niñas de manera integral, se optó por incorporar análisis estadísticos descriptivos y multivariados, que permitieran reflejar la interacción de distintas variables asociadas con alimentación, medidas antropométricas e intervenciones específicas proporcionadas en el centro. De esta manera, los datos presentados a continuación nos permiten apreciar las trayectorias individuales y colectivas de niños, niñas y familias que transitaron por cada una de las distintas intervenciones a disposición.

El uso de análisis como modelos de regresión, creación de scores propios a partir de datos reales de los/as usuarios/as y la creación de perfiles de atención permiten estudiar el fenómeno la obesidad infantil como un proceso complejo, a su vez que recoge la heterogeneidad de las respuestas para extraer aprendizajes que orienten la mejora continua de las intervenciones y a prestar atención a la efectividad de cada una. Como señalan Denova-Gutiérrez et al. (2023), los enfoques integrales que articulan nutrición, actividad física y cambio conductual parecen ser los más efectivos para prevenir y reducir el sobrepeso y la obesidad infantil. Este capítulo busca ilustrar cómo ese principio se expresó en la práctica concreta del Centro de El Bosque.

**CAMBIOS OBSERVADOS**

Las variables utilizadas en los análisis estadísticos se muestran en la tabla 1 a continuación:

**Tabla 1**

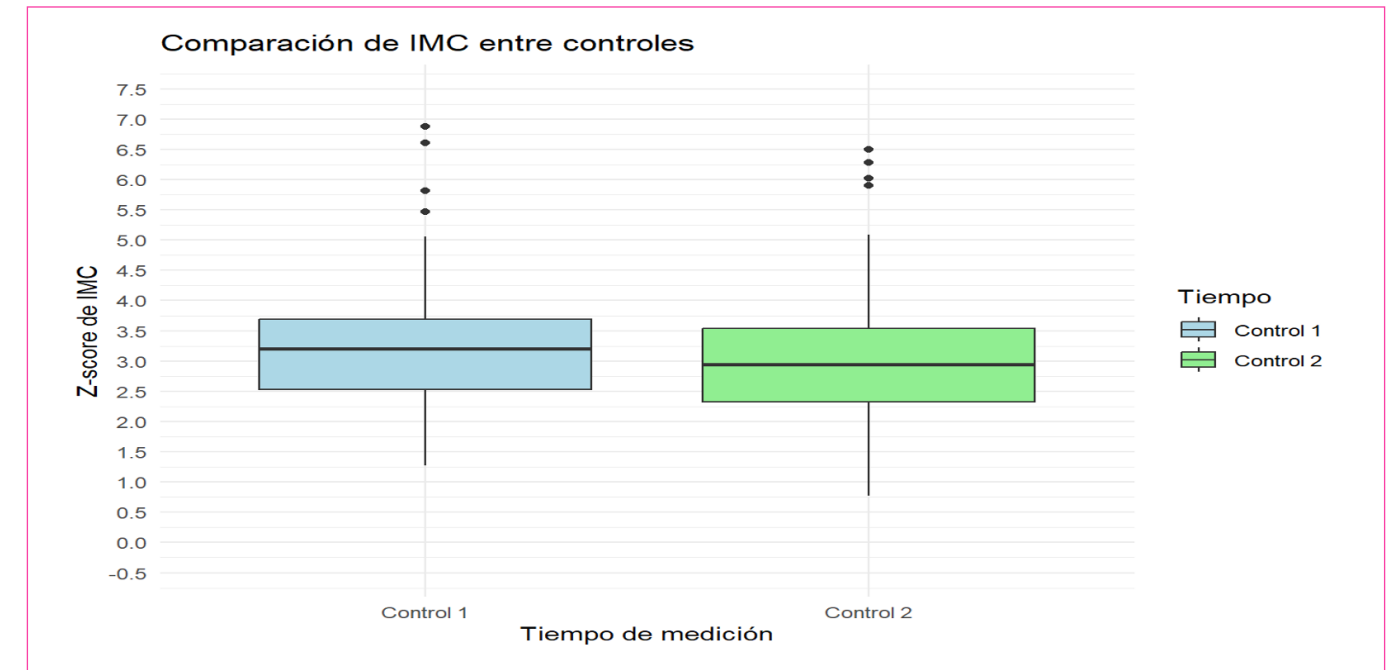
Variables empleadas en los análisis estadísticos descriptivos y multivariados, y periodo (T1 y T2) utilizado.

Características del participante	Nombre, Fecha de Nacimiento, Sexo, Fecha de control (T1 y T2)
Medidas antropométricas	Talla (T1 y T2), peso (T1 y T2), IMC (T1 y T2), Zscore IMC (T1 y T2), presión sistólica (T1 y T2), presión diastólica (T1 y T2), circunferencia de la cintura (T1 y T2), percentil grasa (T1 y T2)
Intervenciones	Control médico, nutrición, psicológica, actividad física, atención social, taller familiar y kinesiólogo.
Encuesta de Alimentación	Consumo de: agua (T1 y T2), frutas (T1 y T2), verduras (T1 y T2), bebidas y jugos azucarados (T1 y T2), legumbres (T1 y T2), pescados (T1 y T2), lácteos (T1 y T2) y chatarra (T1 y T2).
Pruebas de Actividad Física	Fecha de ingreso/control, TM6 (T1 y T2), Salto (T1 y T2), Fuerza prensil derecha e izquierda (T1 y T2), Vueltas (T1 y T2), Test 4 x 10 (T1 y T2), APALQ (T1 y T2).

La muestra total estuvo compuesta por 125 niños y niñas —72 hombres (57,6%) y 53 mujeres (42,4%)—, con una edad media en T1 de aproximadamente 96,83 meses y de 103,1 meses en T2.

El análisis descriptivo de los datos recopilados entre T1 y T2 reveló transformaciones estadísticamente significativas en diversas dimensiones de salud de los participantes: En el plano antropométrico, el indicador central fue el z-score del índice de masa corporal (zBMI), calculado en función de los Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes del Ministerio de Salud (2017). Mediante el Test de Wilcoxon para muestras pareadas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) en el zIMC, lo que significa que hubo un cambio importante entre el primer control y el del 5° mes (Figura 1)

**Figura 1**  
Comparación de z score de IMC entre controles



Si bien la distribución por categorías mostró una leve mejoría —el porcentaje de participantes en obesidad severa disminuyó de 56,6% en T1 a 44,0% en T2, con un incremento en la categoría sobrepeso (de 6,6% a 11,0%) y la aparición de un primer caso en rango normal (0,9%) (Tabla 1).

**Tabla 1**

Distribución comparativa del estado nutricional por zIMC en el primer y segundo control

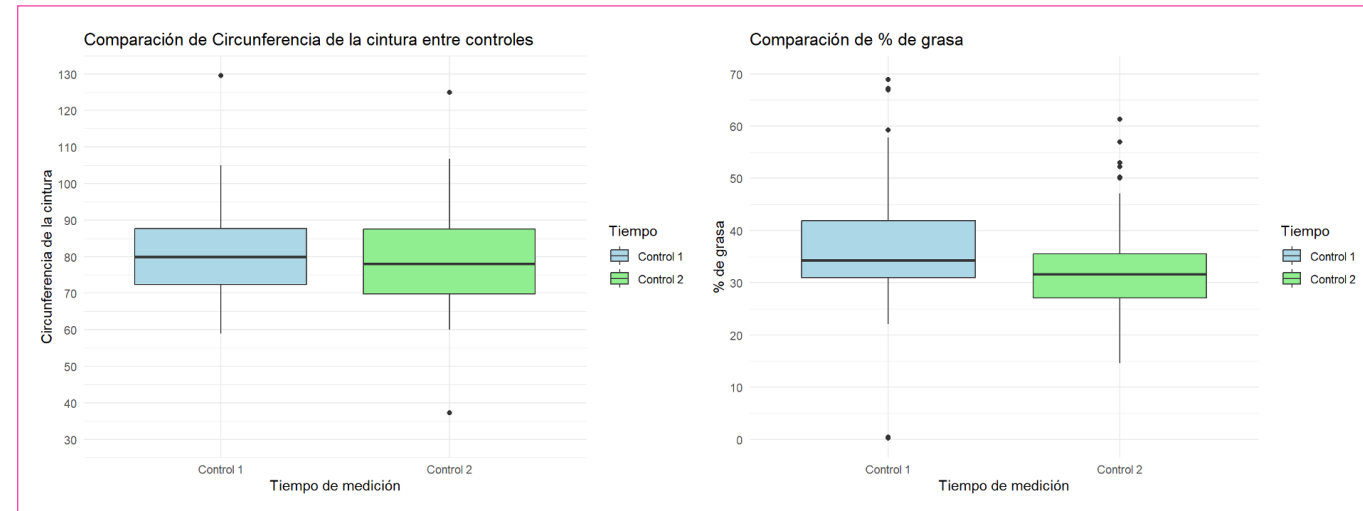
Categoría	Frecuencia T1	Porcentaje T1	Frecuencia T2	Porcentaje T2
Normal	0	0.0 %	1	0.9 %
Sobrepeso	7	6.6 %	12	11.0 %
Obesidad	39	36.8 %	48	44.0 %
Obesidad severa	60	56.6 %	48	44.0 %

Nota. Distribución del estado nutricional por zIMC al primer y segundo control. 1. Los porcentajes están redondeados a un decimal.

Junto al zBMI, se observaron cambios significativos en la circunferencia de cintura ( $p < 0,05$ ) y en el porcentaje de grasa corporal ( $p < 0,001$ ). A partir de las Figuras 2 y 3, se observa que también hubo una disminución entre el la primera medición y la segunda medición, que se muestra especialmente marcada en el porcentaje de grasa.

**Figura 2**

Comparación de circunferencia de cintura entre controles

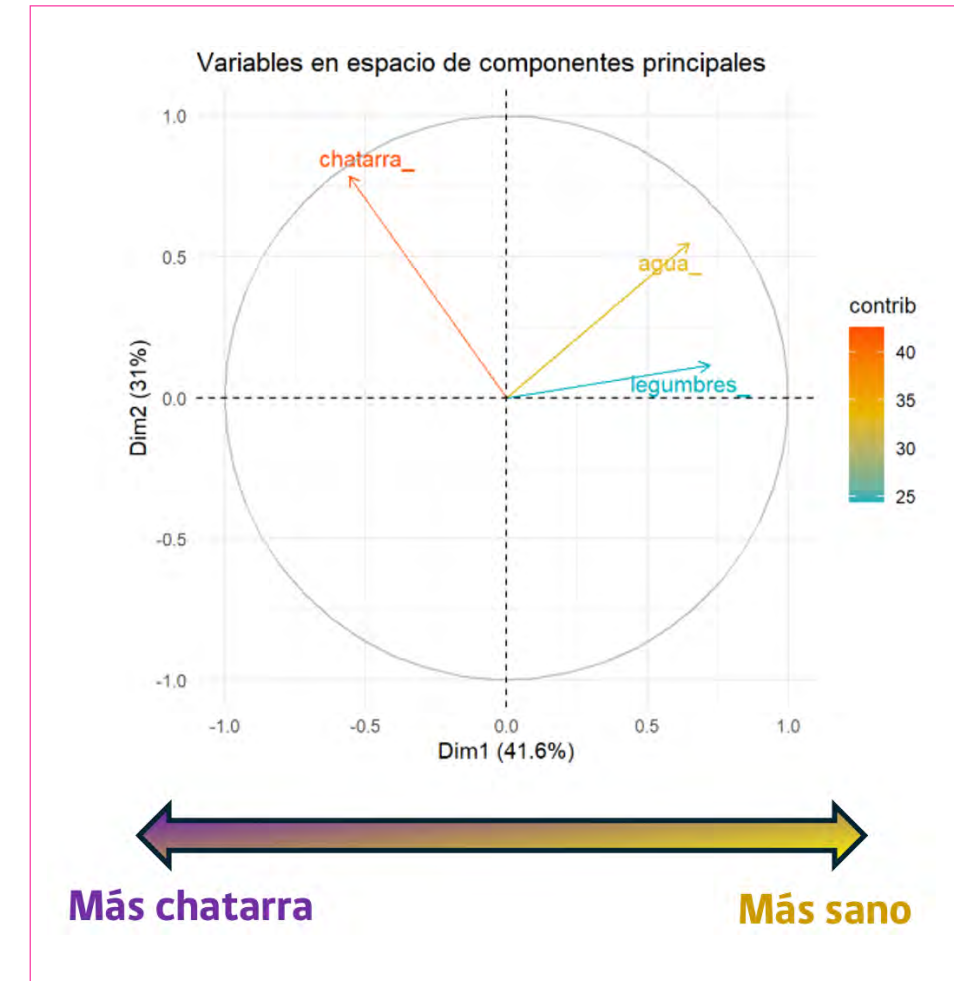


**Figura 3**

Comparación de porcentaje de grasa entre controles

**Figura 4**

Espacio de componentes principales para el score de alimentación



En el ámbito de la alimentación, se encontraron diferencias significativas en el consumo de agua, verduras, legumbres, bebidas y jugos azucarados, y alimentos de bajo valor nutricional entre T1 y T2 (Test de Wilcoxon,  $p < 0,05$ ). Sin embargo, no se observaron cambios estadísticamente significativos en el consumo de lácteos ni de pescados. En cuanto a la actividad física los resultados mostraron notorias mejoras en el desempeño: todas las pruebas aplicadas (Test de Marcha de 6 Minutos, salto, fuerza prensil derecha e izquierda, número de vueltas y Test 4x10) mostraron mejoras estadísticamente significativas entre controles ( $p < 0,05$  en todos los casos).

Con el objeto de sintetizar estas variables en indicadores comprensivos y comparables, se construyeron tres scores mediante Análisis de Componentes Principales (PCA), utilizando en todos los casos la primera dimensión (Dimensión 1). Para el score antropométrico se incluyeron las variables de zIMC, la circunferencia de cintura y el porcentaje de grasa, obteniendo una Dimensión 1 que explicó el 56,5% de la varianza total; en este score, valores más altos indican mayor exceso antropométrico. Para el score de alimentación se seleccionaron únicamente los alimentos que mostraron diferencias significativas entre T1 y T2 (agua, legumbres y comida chatarra), obteniendo una Dimensión 1 con una varianza explicada de 41,6%; donde los valores más altos representan una alimentación más saludable. Finalmente, para el score de actividad física se incluyeron las siete pruebas evaluadas, logrando que la Dimensión 1 explicara el 50,5% de la varianza; para la cual valores más altos corresponden a un mejor desempeño físico. Estos tres scores fueron empleados como variables dependientes en los modelos lineales mixtos que se describen a continuación. En la Figura 4 se muestra un ejemplo de visualización en la creación de este tipo de scores.

### Análisis de trayectorias

Para analizar cómo cada tipo de intervención contribuyó a los cambios observados, se emplearon modelos lineales mixtos (MLM), una técnica estadística especialmente adecuada para datos longitudinales con múltiples mediciones por sujeto (Singer y Willett, 2009). Los modelos lineales mixtos permiten distinguir los efectos fijos (aquellos que aplican a toda la población, como el tipo de intervención o el período de evaluación) de los efectos aleatorios, que capturan la variabilidad natural entre participantes, incluyendo diferencias en líneas base individuales, factores genéticos o contextos familiares no observados directamente. La elección de este método se fundamenta dado que los resultados para cualquier variable para las evaluaciones T1 y T2 estarán siempre correlacionadas entre sí, por lo que el MLM permite considerar esta estructura sin producir estimaciones sesgadas. Para los MLM, se calculan los coeficientes de correlación intraclase, que explican en qué medida la variabilidad de la variable dependiente se explica por diferencias estables entre participantes más que por fluctuaciones en el tiempo.

Ante la presencia de valores atípicos que violaban supuestos de homocedasticidad en los modelos de alimentación y actividad física, se implementaron modelos lineales mixtos robustos (RLMM), utilizando el método DASTau del paquete roblmm de R. Los modelos robustos reducen la influencia desproporcionada de observaciones extremas sin eliminarlas del análisis, confirmando o corrigiendo las conclusiones de los modelos estándar (Koller, 2016). La Tabla 2 presenta los estimadores, p-valores y efectos aleatorios de los tres modelos descritos a continuación.

### SCORE ANTROPOMÉTRICO

El modelo lineal mixto para el score antropométrico (ICC = 80%) reveló que solo el período interactuando con las sesiones de nutrición ( $\beta = -0,44$ ;  $p = 0,042$ ) resultó ser estadísticamente significativa. Esto se traduce en que, por cada sesión adicional de atención nutricional recibida, el empeoramiento antropométrico esperable con el tiempo se reduce en 0,44 unidades del score antropométrico. En términos prácticos, se estimó que aproximadamente cuatro sesiones de nutrición bastarían para neutralizar la tendencia natural de aumento de las medidas antropométricas con el paso del tiempo.

### SCORE DE ALIMENTACIÓN

Para el score de alimentación (ICC = 39,7%), el modelo robusto confirmó la presencia de un efecto negativo y significativo de las sesiones de psicología ( $\beta = -0,31$ ;  $t = -2,34$ ). Este resultado, que se mantuvo estable entre el modelo estándar y el robusto, merece ser observado cuidadosamente. Una interpretación plausible es que los participantes derivados a más sesiones de psicología presentaban desde el inicio hábitos alimentarios de riesgo, lo que podría reflejar un sesgo de selección más que un efecto desfavorable de la intervención. El modelo robusto identificó 24 observaciones y 3 participantes con influencia desproporcionada sobre las estimaciones, por lo que este modelo le quitó "peso" a estas observaciones extremas para balancear los resultados.

### SCORE DE ACTIVIDAD FÍSICA

El score de actividad física presentó un ICC de 72,2% en el modelo robusto, confirmando que la aptitud física es una característica relativamente estable en el período analizado. Los efectos significativos identificados fueron el de la edad en meses ( $\beta = 0,04$ ;  $t = 11,02$ ) y el efecto principal de los talleres familiares ( $\beta = 0,12$ ;  $t = 2,20$ ). La interacción entre período y taller familiar mostró una tendencia hacia la significancia ( $t = 1,92$ ), sugiriendo que el efecto positivo de los talleres familiares se potencia con el tiempo. Estos hallazgos son coherentes con la literatura que identifica el apoyo familiar como un factor crítico para la adopción de estilos de vida activos en niños y adolescentes (Enright et al., 2020; Fernández-Lázaro et al., 2024).

Tabla 2

Resultados de los modelos lineales mixtos para scores antropométrico, de alimentación y de actividad física

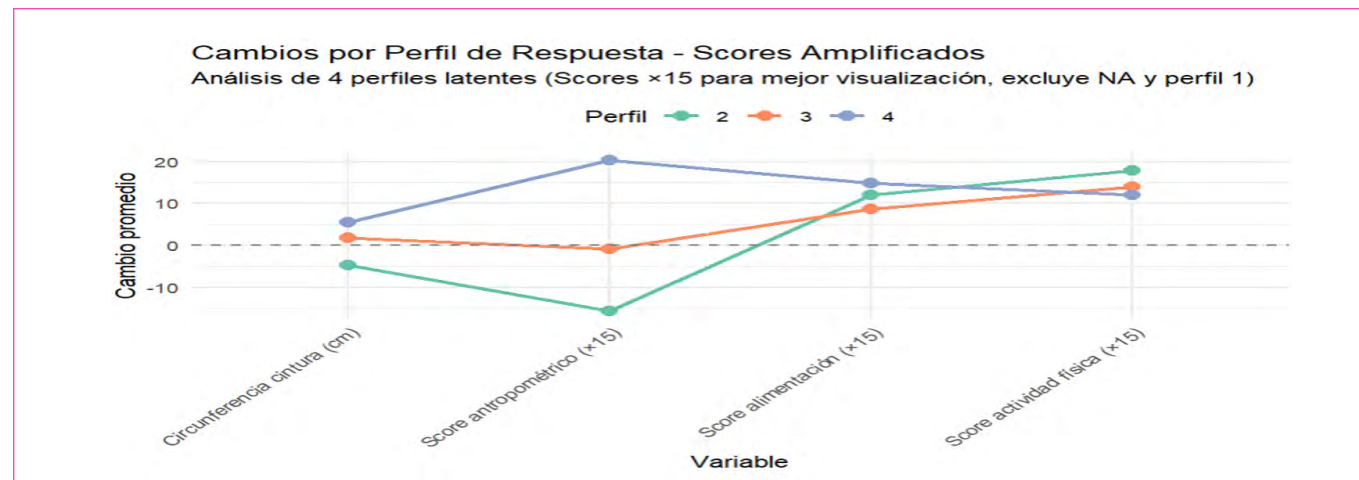
Predictor	Score Antropométrico $\beta$ / p-valor	Score Alimentación (R) $\beta$ / p-valor	Score Act. Física (R) $\beta$ / p-valor
<b>Efectos fijos</b>			
<b>(Intercepto)</b>	-1,92 p = 0,316	-0,08 p = 0,953	-4,78 * p = 0,007
<b>Período</b>	1,73 p = 0,094	0,12 p = 0,929	0,92 p = 0,414
<b>Nutrición</b>	0,51 p = 0,158	0,30 p = 0,237	-0,13 p = 0,705
<b>Psicología</b>	-0,17 p = 0,345	-0,31 * p = 0,021	0,11 p = 0,526
<b>Act. Física</b>	-0,02 p = 0,284	0,00 p = 0,808	-0,01 p = 0,460
<b>Control Méd.</b>	-0,26 p = 0,285	-0,14 p = 0,414	0,12 p = 0,590
<b>T. Familiares</b>	0,03 p = 0,602	-0,05 p = 0,261	0,12 * p = 0,029
<b>At. Social</b>	0,08 p = 0,623	-0,00 p = 0,971	-0,19 p = 0,235
<b>Edad (meses)</b>	0,01 p = 0,204	-0,00 p = 0,743	0,04 * p < 0,001
<b>Sexo</b>	0,27 p = 0,378	0,04 p = 0,823	-0,03 p = 0,912
<b>Interacciones (Período × Intervención)</b>			
<b>Período × Nutr.</b>	-0,44 * p = 0,041	-0,13 p = 0,650	-0,17 p = 0,474
<b>Período × Psicol.</b>	0,04 p = 0,709	0,16 p = 0,299	-0,06 p = 0,629
<b>Período × Act. Fís.</b>	-0,01 p = 0,467	0,01 p = 0,633	0,02 p = 0,094
<b>Período × Ctrl. Méd.</b>	0,12 p = 0,410	-0,03 p = 0,898	0,17 p = 0,296
<b>Período × T. Fam.</b>	-0,04 p = 0,305	0,02 p = 0,753	0,08 p = 0,056
<b>Período × Social</b>	0,06 p = 0,552	0,06 p = 0,660	0,11 p = 0,360
<b>Efectos aleatorios</b>			
$\sigma^2$ (varianza residual)	0,32	0,54	0,37
$\tau_{00}$ (varianza intercepto)	1,33	0,25	0,97
ICC	0,81	0,32	0,72
N participantes	85	85	85
Observaciones	166	166	166
<b>R<sup>2</sup> marginal</b>	/ 0,11 / 0,83	0,16 / 0,43	0,68 / 0,91
<b>R<sup>2</sup> condicional</b>			

Nota. (R) = modelo robusto (método DASTau). \*  $p < 0,05$ . Los valores en verde corresponden a efectos estadísticamente significativos.  $\beta$  = coeficiente estimado. ICC = coeficiente de correlación intraclase. R<sup>2</sup> marginal = varianza explicada por efectos fijos; R<sup>2</sup> condicional = varianza explicada por el modelo completo.

## Casos representativos

Para capturar la heterogeneidad de las trayectorias individuales de los/las participantes, se realizó un Análisis de Perfiles Latentes (LPA, método estadístico permite identificar subgrupos de participantes que comparten patrones similares de respuesta, bajo los supuestos de independencia local, normalidad dentro de cada perfil y heterogeneidad genuina en la población (Vermunt y Magidson, 2002). El análisis se realizó considerando cuatro perfiles, excluyendo un perfil que solo estaba conformado un caso extremo. El LPA alcanzó una entropía de 0,834, superior al umbral recomendado de 0,80, y mostró una concordancia del 89% entre ejecuciones independientes, indicando buena estabilidad (Figura 5).

**Figura 5**  
Análisis de perfiles latentes con scores amplificados



El perfil denominado Respondedores Exitosos (línea verde,  $n = 50$ ; 39,7%) agrupa a los participantes que mostraron la respuesta más completa al programa: se observa una reducción de la circunferencia de cintura (-4,7 cm), una mejora significativa en el score antropométrico (-1,05), y mejoras tanto en alimentación (+0,81) como en actividad física (+1,18). Este perfil representa el patrón de éxito del programa y sugiere que la intervención multicomponente produce resultados integrales.

El perfil Respondedores Estables (línea naranja,  $n = 54$ ; 42,9%) constituye el grupo más numeroso. Estos participantes mostraron mejoras conductuales moderadas en alimentación y actividad física, pero con cambios antropométricos mínimos o incluso un ligero aumento de la circunferencia de cintura (+1,8 cm). Una interpretación posible es que muchos de estos niños y niñas se encuentran en una etapa de crecimiento activo, en la que el aumento de peso y talla es esperable y no necesariamente refleja un deterioro del estado nutricional. El hecho de que el ZIMC no empeore en este grupo, pese al aumento de medidas absolutas, apoya esta interpretación.

El perfil No Respondedores (línea azul,  $n = 10$ ; 7,9%) agrupa a participantes que mejoran sus conductas en alimentación y actividad física, pero experimentan un aumento en el score antropométrico (+1,35) y en la circunferencia de cintura (+5,4 cm). Esta paradoja conductual-metabólica sugiere la presencia de factores que no responden a la intervención en el período estudiado: condiciones genéticas, contextos familiares o sociales adversos, o simplemente que el tiempo de seguimiento es insuficiente para detectar cambios metabólicos que se manifestarán más adelante.

**Figura 6**  
Promedio de sesiones por intervención para cada perfil latente



La Figura 6 muestra el promedio de sesiones recibidas por tipo de intervención según perfil de respuesta. En todos los perfiles, la actividad física concentra ampliamente el mayor volumen de sesiones (entre 22 y 30 sesiones promedio), seguida a distancia por nutrición y psicología (5-6 sesiones cada una), talleres familiares (2-5 sesiones), y con valores más bajos en control médico y atención social (1-2 sesiones). Es importante notar que el Perfil 2 de Respondedores Exitosos presenta el mayor promedio en actividad física (30 sesiones), mientras que el Perfil 4 de No Respondedores muestra consistentemente los valores más bajos en actividad física (aprox. 22 sesiones) y talleres familiares (aprox. 2 sesiones), siendo este último el componente con mayor disparidad relativa entre perfiles.

## Diferencias entre participantes

Los resultados del análisis de perfiles latentes, junto con los modelos lineales mixtos, permiten identificar algunas diferencias importantes entre los/as participantes. La más robusta de ellas es la edad: en el modelo de actividad física, cada mes adicional de edad se asoció a un aumento de 0,04 unidades en el score ( $t = 11,02$ ), reflejando el desarrollo y la maduración física esperados. Este efecto destaca la necesidad de adaptar las expectativas de resultado a la etapa del desarrollo de cada participante (Jago et al., 2020).

La cantidad de intervenciones recibidas también constituye una variable diferenciadora relevante. En el score antropométrico, el umbral estimado de eficacia de la nutrición fue de aproximadamente cuatro sesiones. El análisis de perfiles refuerza esta lectura: el Perfil 4 ('No respondedores') recibió consistentemente menos sesiones en la mayoría de las intervenciones con una brecha especialmente notable en actividad física y talleres familiares, comparado con los perfiles con mejor respuesta. Esto sugiere que el número y tipo de intervención sí importa, y que una menor adhesión a estas intervenciones puede estar llevando a mejoras más lentas o incluso a retrocesos en variables antropométricas. Esto es coherente con lo señalado por Peña et al. (2020), quienes identificaron que los participantes con menor adherencia al programa constituyen un subgrupo diferenciado que requiere estrategias de precisión para ser alcanzado efectivamente.

Finalmente, los datos faltantes constituyen un factor importante que impacta directamente los resultados. En cuanto a esto, los análisis de perfiles mostraron que 8,7% de los participantes en el análisis de cuatro perfiles no pudo ser clasificado debido a datos ausentes en variables clave. La atrición de los/as participantes puede atribuirse a dificultades de las familias para asistir a las sesiones, a dificultades en el seguimiento u a otros factores. Sin embargo, este fenómeno merece especial atención, pues es probable que los datos faltantes pertenezcan precisamente a las familias con mayores barreras de acceso o con condiciones de vida más adversas, las cuales tienden a ser sistemáticamente subrepresentadas (Enright et al., 2020).

### Aprendizajes del equipo

La experiencia del Centro de Promoción y Nutrición Infantil de El Bosque constituye una oportunidad relevante para reflexionar sobre los aprendizajes que emergen de la práctica interdisciplinaria en obesidad infantil. Más allá de evaluar la eficacia de las intervenciones, este proceso permitió al equipo formular preguntas más precisas respecto de qué estrategias resultan más efectivas, cómo interpretar las trayectorias de cambio y qué factores influyen en la respuesta de niños, niñas y familias.

Un primer aprendizaje se relaciona con la interacción entre cambios conductuales y cambios antropométricos. Los perfiles latentes mostraron que ambos procesos no siempre ocurren de manera simultánea ni en la misma dirección. Muchos participantes mejoraron sus hábitos de alimentación y actividad física sin que ello se tradujera inmediatamente en reducciones significativas de las medidas corporales. Esto refuerza la necesidad de ampliar los indicadores de evaluación más allá del IMC o zIMC, incorporando variables que permitan comprender de manera más integral los cambios en salud y calidad de vida. En este sentido, la evidencia reciente advierte que el uso exclusivo del IMC como medida de resultado puede invisibilizar transformaciones relevantes en conductas, funcionalidad y bienestar (Davison et al., 2023).

Un segundo aprendizaje concierne al rol de la familia en los procesos de cambio. Los talleres familiares emergieron como uno de los componentes con mayor efecto sobre la actividad física, tanto en términos de efecto principal como longitudinalmente. Este hallazgo es coherente con la evidencia que posiciona a la familia como un eje central en la promoción de hábitos saludables durante la infancia (Enright et al., 2020; Fernández-Lázaro et al., 2024). Más allá de la entrega de información, los resultados sugieren que las intervenciones familiares permiten modificar rutinas, dinámicas relacionales y formas cotidianas de sostener hábitos, convirtiéndose en un componente prioritario para futuras estrategias del Centro.

Un tercer aprendizaje surge del propio proceso metodológico. El uso de modelos lineales mixtos robustos permitió identificar observaciones y participantes con influencia desproporcionada sobre los resultados, mejorando la precisión de las estimaciones y visibilizando la heterogeneidad en la respuesta a las intervenciones. Lejos de constituir un problema estadístico, esta variabilidad representa información clínica relevante, ya que muestra que los procesos de cambio en obesidad infantil no son homogéneos y requieren estrategias diferenciadas según las características y necesidades de cada participante.

Finalmente, el equipo reconoce que el período de seguimiento de cinco meses, aunque suficiente para detectar cambios conductuales tempranos, puede resultar limitado para observar transformaciones metabólicas sostenidas. La literatura muestra que los beneficios de las intervenciones integrales en obesidad infantil suelen consolidarse en períodos más prolongados (Denova-Gutiérrez et al., 2023). En este contexto, la incorporación de un tercer momento de evaluación permitiría analizar con mayor precisión la persistencia de los cambios y distinguir qué factores favorecen la mantención o reversión de las mejoras observadas.

En síntesis, los resultados del Centro de El Bosque respaldan la pertinencia de una intervención integral, interdisciplinaria y centrada en la familia para el abordaje de la obesidad infantil en contextos de vulnerabilidad. Al mismo tiempo, evidencian la complejidad del fenómeno y la necesidad de continuar desarrollando modelos de evaluación capaces de capturar trayectorias de cambio diversas y multidimensionales.

### REFERENCIAS

- Davison, G. M., Monocello, L. T., Lipsey, K., & Wilfley, D. E. (2023). Evidence Base Update on Behavioral Treatments for Overweight and Obesity in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 52(5), 589–603. <https://doi.org/10.1080/15374416.2023.2251164>
- Denova-Gutiérrez, E., González-Rocha, A., Méndez-Sánchez, L., Araiza-Nava, B., Balderas, N., López, G., Tolentino-Mayo, L., Jauregui, A., Hernández, L., Unikel, C., Bonvecchio, A., Shamah, T., Barquera, S., & Rivera, J. A. (2023). Overview of Systematic Reviews of Health Interventions for the Prevention and Treatment of Overweight and Obesity in Children. In *Nutrients* (Vol. 15, Number 3). MDPI. <https://doi.org/10.3390/nu15030773>
- Enright, G., Allman-Farinelli, M., & Redfern, J. (2020). Effectiveness of family-based behavior change interventions on obesity-related behavior change in children: A realist synthesis. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 17, Number 11, pp. 1–27). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114099>
- Fernández-Lázaro, D., Celorrio San Miguel, A. M., Garrosa, E., Fernández-Araque, A. M., Mielgo-Ayuso, J., Roche, E., & Arribalzaga, S. (2024). Evaluation of Family-Based Interventions as a Therapeutic Tool in the Modulation of Childhood Obesity: A Systematic Review. In *Children* (Vol. 11, Number 8). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/children11080930>
- Jago, R., Salway, R., Emm-Collison, L., Sebire, S. J., Thompson, J. L., & Lawlor, D. A. (2020). Association of BMI category with change in children's physical activity between ages 6 and 11 years: a longitudinal study. *International Journal of Obesity*, 44(1), 104–113. <https://doi.org/10.1038/s41366-019-0459-0>
- Koller, M. (2016). Robustlmm: An R package for Robust estimation of linear Mixed-Effects models. *Journal of Statistical Software*, 75(1). <https://doi.org/10.18637/jss.v075.i06>
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2017). Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad. In *Journal of Pediatrics* (Vol. 145, Number 4). Mosby Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.06.044>
- Peña, A., McNeish, D., Ayers, S. L., Olson, M. L., Vander Wyst, K. B., Williams, A. N., & Shaibi, G. Q. (2020). Response heterogeneity to lifestyle intervention among Latino adolescents. *Pediatric Diabetes*, 21(8), 1430–1436. <https://doi.org/10.1111/ pedi.13120>
- Singer, J. D., & Willett, J. B. (2009). *Applied Longitudinal Data Analysis: Modeling Change and Event Occurrence*. In *Applied Longitudinal Data Analysis: Modeling Change and Event Occurrence*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195152968.001.0001>
- Vermunt, J. K., & Magidson, J. (2002). Latent class cluster analysis. In *Applied latent class analysis* (pp. 89–106). Cambridge University Press. <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/05389100-e06f-440a->



## PARTE III

### **PROMOCIÓN INTEGRAL DE HÁBITOS SALUDABLES: ARTICULACIÓN ENTRE FAMILIA, ESCUELA Y APS**

¿Qué lugar ocupan el cuerpo,  
el movimiento y el juego en  
la construcción de bienestar y  
políticas públicas para la infancia?

## CAPÍTULO 8

### MOVIMIENTO, CO-REGULACIÓN Y CULTURA ESCOLAR: DESAFÍOS PARA LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

- J. Larraín-Valenzuela. Doctora en Psicología. Psicóloga. Fonoaudióloga. Centro de investigación para la mejora de los aprendizajes (CIMA), Facultad de Educación, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0001-6038-2483>
- P. Nieto. Psicóloga. Psicomotricista. Educadora de Párvulos. Centro Mi Espacio Psicoducativo. Personal técnico Proyecto FONIS SA23I0167.
- A. Palma. Trabajadora Social. <https://orcid.org/0000-0002-6281-1509>

Capítulo desarrollado de manera interdisciplinaria. Josefina Larraín y Andrea Palma participaron en la articulación conceptual, integración transversal y edición académica del contenido.

#### Highlights:

- La obesidad infantil y el sedentarismo escolar deben comprenderse como fenómenos ecológicos influenciados por dinámicas familiares, escolares y comunitarias.
- La co-regulación docente y escolar influye directamente sobre la autorregulación, la participación y la adherencia a hábitos saludables en niñas y niños (Allal, 2019; Zheng et al., 2023).
- Las intervenciones más efectivas no solo aumentan actividad física, sino que transforman culturas escolares, tiempos de movimiento y experiencias corporales cotidianas (Hegarty et al., 2016).
- El bienestar y estrés de docentes impactan la sostenibilidad de programas de promoción de salud, evidenciando que la regulación corporal compete a toda la comunidad educativa (Snelling et al., 2023).
- La Ley N.º 21.778 abre oportunidades para integrar movimiento, juego, regulación emocional y convivencia dentro de la vida escolar chilena (República de Chile, 2025).

#### Claves:

- La autorregulación emerge mediante procesos de interacción y co-regulación entre niñas, niños, docentes, pares y contextos educativos (Allal, 2019; Zheng et al., 2023).
- El juego corporal y la participación motriz favorecen regulación emocional, aprendizaje, bienestar y construcción de hábitos saludables (Larraín-Valenzuela et al., 2023).
- Las dinámicas institucionales, tiempos escolares y prácticas pedagógicas influyen directamente sobre sedentarismo, movimiento y participación corporal de niñas y niños (Hegarty et al., 2016).

#### Obesidad infantil, sedentarismo y regulación: una comprensión ecológica

Las discusiones contemporáneas sobre obesidad infantil y sedentarismo han comenzado progresivamente a desplazarse desde modelos centrados exclusivamente en conductas individuales hacia perspectivas ecológicas que reconocen la influencia de factores familiares, escolares, culturales e institucionales sobre los hábitos corporales de niñas y niños.

Desde esta perspectiva, la promoción de hábitos saludables requiere comprender que el movimiento, la alimentación, la participación corporal y la regulación emocional no dependen únicamente de decisiones individuales, sino también de contextos cotidianos que organizan oportunidades de acción, interacción y bienestar. En este marco, la escuela adquiere especial relevancia, ya que constituye uno de los principales espacios donde niñas y niños construyen experiencias corporales, formas de participación y modos de relación consigo mismos y con otros.

La autorregulación ha sido ampliamente descrita como uno de los procesos más relevantes para el desarrollo infantil, afectando transversalmente el ajuste socioemocional, el aprendizaje y la salud mental a lo largo del ciclo vital (Larraín-Valenzuela, et al. 2023). Diversos autores la definen como la capacidad de modificar pensamientos, emociones y conductas en función de las exigencias contextuales y de metas personales específicas (Baumeister, 2014; Baumeister & Heatherton, 1996; González, 2007). Asimismo, la evidencia plantea que la autorregulación constituye un proceso multifactorial y dinámico, influido simultáneamente por variables biológicas, experienciales y ambientales (Bridgett et al., 2013; Eisenberg et al., 2004; Posner & Rothbart, 1998, 2009).

En este sentido, Larraín-Valenzuela et al. (2022, 2023) señalan que la autorregulación es altamente sensible a las condiciones del entorno y que su desarrollo depende de procesos continuos de adaptación entre niñas, niños y sus contextos relacionales.

#### Co-regulación y experiencias regulatorias en contextos educativos

Durante la infancia, la autorregulación integra dimensiones cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas que se encuentran en constante interacción (Fiske & Holmboe, 2019; Ursache et al., 2012). Estudios longitudinales muestran que

entre los tres y siete años se produce un cambio cualitativo importante en estos procesos, observándose una transición desde respuestas predominantemente reactivas hacia formas de regulación sustentadas en funciones ejecutivas superiores como el control inhibitorio, la atención sostenida y la memoria de trabajo (Montroy et al., 2016; Tiego et al., 2020).

Asimismo, distintas investigaciones han documentado asociaciones significativas entre autorregulación infantil y logros académicos, competencias sociales, menor prevalencia de conductas externalizantes e internalizantes, así como menores riesgos de obesidad y consumo problemático de sustancias (Malanchini et al., 2019; Robson et al., 2020).

Desde una perspectiva sociocultural, la regulación no puede comprenderse exclusivamente como una capacidad individual. Allal (2019) plantea que el aprendizaje y la regulación emergen de la interacción simultánea entre procesos internos de autorregulación y distintas fuentes de regulación presentes en el ambiente educativo, incluyendo la organización de la enseñanza, las intervenciones docentes, las interacciones entre estudiantes y las herramientas pedagógicas utilizadas en el aula. En esta línea, Zheng et al. (2023), en un estudio desarrollado con 110 participantes de programas interdisciplinarios de educación en salud en Hong Kong, observaron que la co-regulación influía significativamente sobre la autorregulación y el compromiso de los estudiantes dentro de entornos colaborativos.

Los autores concluyen que las habilidades regulatorias se fortalecen mediante procesos interactivos y sociales, especialmente cuando existen contextos pedagógicos capaces de favorecer participación, intercambio y reflexión compartida.

### **Juego corporal, movimiento y bienestar**

En este contexto, el juego corporal adquiere especial relevancia como experiencia promotora de regulación y bienestar. Elias y Berk (2002) proponen que el juego constituye una base fundamental para el diseño de intervenciones clínicas y educativas porque favorece procesos de adaptación, aprendizaje y regulación emocional altamente sensibles al ambiente.

Desde esta perspectiva, la autorregulación no puede comprenderse exclusivamente como una capacidad individual, sino como un fenómeno multinivel que involucra simultáneamente factores escolares, familiares, cognitivos, temperamentales y neurobiológicos.

Larraín-Valenzuela et al. (2023) describen que la terapia psicomotriz plantea como objetivo favorecer y restablecer potencialidades infantiles mediante la expresividad motriz y el juego corporal espontáneo, integrando dimensiones motoras, afectivas, cognitivas y comunicativas. Los autores señalan que este enfoque permite recuperar el placer y la potencia del movimiento, favoreciendo procesos de elaboración emocional y resolución de obstáculos a través del juego corporal (Arnáiz & Bolarín, 2000; Calmels, 2003; Emck & Bosscher, 2010; Heynen et al., 2017).

Estas propuestas permiten comprender el movimiento no solo como actividad física, sino también como experiencia subjetiva y relacional capaz de fortalecer seguridad corporal, participación y regulación emocional.

### **Sedentarismo escolar y cultura corporal institucional**

Distintos estudios recientes han mostrado que las dinámicas institucionales escolares influyen directamente sobre las posibilidades de movimiento y participación corporal de niñas y niños. Hegarty et al. (2016), en una revisión sistemática

desarrollada bajo lineamientos PRISMA, analizaron intervenciones escolares orientadas a disminuir conductas sedentarias mediante mediciones objetivas de actividad física, incluyendo acelerometría y dispositivos activPAL.

Los autores observaron que niñas y niños pasaban aproximadamente el 80% del día en conductas sedentarias y que cerca del 65% del tiempo escolar transcurría en actividades de baja movilidad. Asimismo, los resultados mostraron que las intervenciones más efectivas no eran aquellas centradas exclusivamente en incrementar minutos de actividad física, sino las que modificaban condiciones ambientales y organizacionales del aula y de la escuela. Los mayores efectos se observaron en programas que incorporaban pausas activas, escritorios de pie, cambios en mobiliario y transformaciones en la organización cotidiana de los espacios escolares. Algunos estudios incluidos reportaron reducciones entre 45 y 80 minutos diarios de sedentarismo.

Los autores concluyen que el sedentarismo escolar constituye un fenómeno estructural y que las intervenciones requieren enfoques ecológicos y multicomponente capaces de transformar la organización corporal de la experiencia educativa (Hegarty et al., 2016).

### **Escuelas activas y transformación de la experiencia escolar**

Estos antecedentes dialogan con el programa longitudinal Finnish Schools on the Move, orientado a incrementar actividad física y disminuir sedentarismo escolar en niñas, niños y adolescentes entre 7 y 15 años. El estudio utilizó acelerometría objetiva y evaluó durante aproximadamente un año y medio escuelas intervención y escuelas control.

Las intervenciones incorporaron recreos activos, pausas de movimiento, metodologías activas, reorganización de tiempos escolares y participación estudiantil. Los resultados mostraron aumentos de actividad física y disminución del sedentarismo durante la jornada escolar, particularmente en estudiantes de educación primaria. Sin embargo, gran parte de estos cambios tendía a compensarse fuera del horario escolar, observándose disminuciones de movimiento durante el tiempo libre.

Los autores concluyen que las intervenciones escolares aisladas presentan limitaciones cuando no logran articularse con otros contextos de vida cotidiana como familia, transporte, tiempos de ocio y cultura escolar. Asimismo, destacan que el aula continúa siendo uno de los principales espacios sedentarios dentro de la experiencia escolar.

### **Docentes, bienestar y promoción de hábitos saludables**

Otro aspecto especialmente relevante corresponde al rol de docentes y adultos dentro de la sostenibilidad de programas de promoción de hábitos saludables. Snelling et al. (2023) desarrollaron un estudio longitudinal de cinco años en cuatro escuelas primarias de Washington D.C., incluyendo dos escuelas intervención y dos escuelas control. Participaron 92 docentes y más de 1300 estudiantes pertenecientes a contextos de alta vulnerabilidad social.

La intervención integró formación docente, mindfulness, educación nutricional, pausas activas y bienestar emocional incorporado al currículum escolar. Los análisis consideraron implementación de lecciones, adherencia al programa, niveles de estrés y autoeficacia docente.

Los resultados mostraron que mayores niveles de autoeficacia se asociaban significativamente con mayor implementación

de actividades saludables, mientras que altos niveles de estrés se relacionaban con menor adherencia a las intervenciones. De manera particularmente relevante, más del 80% de los docentes reportó niveles altos o muy altos de estrés laboral.

Estos resultados permiten comprender que la promoción de hábitos saludables no compete exclusivamente a niñas y niños, sino también a las condiciones corporales y emocionales de los adultos que organizan la vida escolar. Los docentes modelan prácticas de movimiento, formas de regulación y modos de relación con el bienestar corporal, transformándose en actores fundamentales dentro de las culturas escolares de salud.

### Adherencia, comunidad y sostenibilidad institucional

Resultados similares fueron observados en el estudio europeo ToyBox desarrollado por Androutsos et al. (2014), una intervención multicomponente implementada en Bélgica, Bulgaria, Alemania, Grecia, Polonia y España orientada a prevenir obesidad infantil en contexto preescolar.

El programa abordó actividad física, conductas sedentarias, consumo de agua, colaciones saludables y participación familiar, otorgando especial relevancia a la formación docente. La metodología incorporó grupos focales, revisión narrativa, análisis PRECEDE y sesiones de capacitación distribuidas durante el año escolar.

Los resultados mostraron que la fidelidad de implementación dependía significativamente de la formación docente, del acompañamiento continuo y del clima relacional institucional. Las capacitaciones que favorecían trabajo colaborativo, intercambio de experiencias y participación activa mostraban mejores resultados de adherencia y sostenibilidad.

Los autores concluyen que los programas de promoción de hábitos saludables requieren acompañamiento institucional continuo, apropiación pedagógica y sostén relacional para lograr efectos sostenibles (Androutsos et al., 2014).

### Políticas públicas y nuevas oportunidades para la promoción del movimiento

En este contexto, las nuevas políticas públicas chilenas representan una oportunidad particularmente relevante para avanzar hacia modelos integrales de promoción de salud escolar. La Ley N.º 21.778 promulgada en Chile en 2025 establece sesenta minutos diarios de juegos, actividad física o deporte, incorporando además metodologías activas y participativas, activación cognitiva y socioemocional, formación continua docente e inclusión de niñas y niños con discapacidad o necesidades educativas especiales.

Asimismo, integra estas acciones dentro de los planes de convivencia educativa. Más allá de incrementar minutos de ejercicio físico, la ley amplía la comprensión tradicional de actividad física escolar incorporando juego, bienestar socioemocional, participación e inclusión. Desde esta perspectiva, la normativa propone una reorganización de la experiencia corporal escolar, reconociendo el movimiento como dimensión constitutiva del aprendizaje, bienestar y participación educativa.

### Aportes de experiencias FONIS para la promoción de hábitos saludables

En este marco, la experiencia desarrollada desde proyectos FONIS SA2310167 orientados al fortalecimiento de la autorregulación mediante juego corporal espontáneo y trabajo vincular familiar ofrece una posibilidad concreta para articular movimiento, co-regulación y promoción de hábitos saludables dentro de las escuelas.

Estas propuestas permiten comprender el movimiento no solo como actividad física, sino como experiencia relacional y regulatoria capaz de fortalecer seguridad corporal, participación, vínculo y bienestar emocional. Asimismo, contribuyen al fortalecimiento de políticas públicas orientadas al desarrollo científico y a la generación de espacios de intervención multinivel que integran niñas y niños, familias, escuela y comunidad educativa.

Desde esta perspectiva, promover juego corporal, co-regulación docente y experiencias de movimiento significativo puede constituirse en una estrategia relevante para prevenir obesidad infantil, disminuir sedentarismo y favorecer culturas escolares más saludables, participativas y corporalmente activas.

Figura 1  
Movimiento, co-regulación y cultura escolar: desafíos para la promoción de hábitos saludables.



La figura sintetiza los principales ejes conceptuales del capítulo, integrando la relación entre autorregulación, co-regulación docente, juego corporal, sedentarismo escolar, bienestar comunitario y políticas públicas orientadas a la promoción del movimiento. Asimismo, representa cómo las dinámicas relacionales, institucionales y culturales influyen sobre la construcción de hábitos saludables en niñas y niños, relevando el rol de docentes, familias y comunidad educativa en la generación de culturas escolares más activas, participativas y reguladoras. Elaboración propia a partir de Allal (2019), Hegarty et al. (2016), Snelling et al. (2023), Zheng et al. (2023), Larraín-Valenzuela et al. (2023) y República de Chile (2025).

## Preguntas y desafíos:

### Preguntas clave

- ¿Cómo promover hábitos saludables comprendiendo que la regulación y el movimiento se construyen colectivamente dentro de la escuela?
- ¿Cómo transformar culturas escolares sedentarias hacia experiencias educativas más corporales, activas y participativas?
- ¿Qué rol cumplen docentes, familias y comunidad educativa en la construcción cotidiana de hábitos saludables y bienestar corporal?
- ¿Cómo incorporar juego, movimiento y co-regulación dentro de políticas públicas y prácticas pedagógicas sostenibles?

### Desafíos del campo

- Superar modelos centrados exclusivamente en peso corporal, alimentación o gasto energético.
- Disminuir el sedentarismo estructural presente en aulas y dinámicas escolares cotidianas.
- Incorporar la co-regulación docente y el bienestar de adultos como dimensiones centrales de promoción de salud escolar.
- Fortalecer experiencias de movimiento significativo, juego corporal y participación activa durante toda la jornada educativa.
- Desarrollar políticas públicas e intervenciones escolares con enfoque ecológico, relacional y comunitario.



## REFERENCIAS

Androutsos, O., Katsarou, C., Payr, A., Birnbaum, J., Geyer, C., Wildgruber, A., Kreichauf, S., Lateva, M., De Decker, E., De Craemer, M., Socha, P., Moreno, L., Iotova, V., Koletzko, B. V., & Manios, Y. (2014). Designing and implementing teachers' training sessions in a kindergarten-based, family-involved intervention to prevent obesity in early childhood: The ToyBox-study. *Obesity Reviews*, 15(Suppl. 3), 48–52. <https://doi.org/10.1111/obr.12182>

Elias, C. L., & Berk, L. E. (2002). Self-regulation in young children: Is there a role for sociodramatic play? *Early Childhood Research Quarterly*, 17(2), 216–238. [https://doi.org/10.1016/S0885-2006\(02\)00146-1](https://doi.org/10.1016/S0885-2006(02)00146-1)

Hegarty, L. M., Mair, J. L., Kirby, K., Murtagh, E., & Murphy, M. H. (2016). School-based interventions to reduce sedentary behaviour in children: A systematic review. *AIMS Public Health*, 3(3), 520–541. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2016.3.520>

Larraín-Valenzuela, J., Aspé-Sánchez, M., Nieto, P., Vergara, R. C., & Palma Contreras, A. M. (2023). Efectividad de la terapia vincular familiar apoyada con psicomotricidad clínica infantil para el incremento de la autorregulación en niños y niñas con trastorno por déficit atencional e hiperactividad: un estudio piloto. *Revista de Psicodidáctica*. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2022.12.001>

Ley N.º 21.778. Estimula la actividad física y el deporte en los establecimientos educacionales. *Diario Oficial de la República de Chile*, 25 de noviembre de 202

Martínez Fernández, J. R. (2009). Cognición, motivación y contexto: Auto y co-regulación del aprendizaje.

Marusak, H. A., Martin, K. R., Etkin, A., & Thomason, M. E. (2015). Childhood Trauma Exposure Disrupts the Automatic Regulation of Emotional Processing. *Neuropsychopharmacology*, 40, 1250–1258. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.311>

Marusak, H. A., Thomason, M. E., Sala-Hamrick, K., Crespo, L., & Rabinak, C. A. (2018). What's parenting got to do with it: emotional autonomy and brain and behavioral responses to emotional conflict in children and adolescents. *Developmental Science*, 21(4). <https://doi.org/10.1111/desc.12605>

McCaslin, M., & Burross, H. L. (2011). Research on individual differences within a sociocultural perspective: Co-regulation and adaptive learning. *Teachers College Record*, 113(2), 325–349.

Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2013). The Promotion of Self-Regulation Through Parenting Interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0129-z>

Snelling, A., Hawkins, M., McClave, R., & Irvine Belson, S. (2023). The role of teachers in addressing childhood obesity: A school-based approach. *Nutrients*, 15(18), Article 3981. <https://doi.org/10.3390/nu15183981>

Zheng, B., Ganotice, F. A., Lin, C.-H., & Tipoe, G. L. (2023). From self-regulation to co-regulation: Refining learning presence in a community of inquiry in interprofessional education. *Medical Education Online*, 28(1), Article 2217549. <https://doi.org/10.1080/10872981.2023.2217549>



## CAPÍTULO 9

### HACIA UNA PERSPECTIVA INTEGRAL DEL BIENESTAR INFANTIL: RECOMENDACIONES PARA LA FAMILIA, LA ESCUELA, LA SALUD Y LA COMUNIDAD

- S. M. Palma Pretridi. Nutricionista, Universidad del Desarrollo. <https://orcid.org/0009-0005-7430-743X>
- C. Hart. Prof. Educación Física. Magíster en Motricidad, formación de post-grado en psicomotricidad y Directora de Habitarte Psicomotricidad Chile.
- M. Rojas. Profesional vinculada a promoción de salud y abordajes comunitarios en infancia. <https://orcid.org/0009-0001-0192-3873>
- A. Palma Contreras. Doctora en Psicología. Trabajadora Social. Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-6281-1509>
- J. Larraín-Valenzuela. Doctora en Psicología. Psicóloga. Fonoaudióloga. Centro de investigación para la mejora de los aprendizajes (CIMA), Facultad de Educación, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0001-6038-2483>

Capítulo desarrollado de manera interdisciplinaria. Josefina Larraín y Andrea Palma participaron en la articulación conceptual, integración transversal y edición académica del contenido.

#### Highlights:

- Las recomendaciones físicas y nutricionales enfatizan alimentación saludable, lactancia materna, alimentación complementaria adecuada, consumo de frutas, verduras, legumbres, pescado y reducción de ultraprocesados.
- Se recomienda actividad física diaria, control del tiempo de pantalla y promoción de entornos familiares saludables.
- Las recomendaciones educativas plantean que el movimiento debe ser parte estructural de la vida escolar, no un momento accesorio o compensatorio.
- La psicomotricidad educativa se propone como dispositivo para favorecer juego, expresividad motriz, autorregulación, autonomía y relación con otros.
- La propuesta de CPNI enfatiza una estrategia integral que articule educación nutricional, actividad física, apoyo psicológico, acompañamiento comunitario, APS, escuelas, familias y territorio.

#### Claves:

- **Promoción de hábitos saludables:** El capítulo articula alimentación, actividad física, sueño, control de pantallas y ambiente familiar como bases del desarrollo integral.
- **Corporalidad y movimiento en educación:** El movimiento se entiende como dimensión central del desarrollo personal, social, afectivo y de aprendizaje.
- **Modelo integral comunitario tipo CPNI:** La promoción de hábitos saludables requiere intervenciones multicomponentes, seguimiento, indicadores claros, capacitación de equipos y pertinencia sociocultural.

#### Promoción integral de hábitos saludables

La promoción de hábitos saludables durante la infancia requiere comprender alimentación, movimiento, sueño, uso de pantallas y dinámicas familiares como dimensiones interdependientes del desarrollo infantil. Desde esta perspectiva, las recomendaciones no deben limitarse a cambios conductuales aislados, sino orientarse a la construcción de entornos cotidianos que favorezcan bienestar físico, emocional y relacional.

La evidencia disponible muestra que intervenir tempranamente favorece trayectorias más saludables a lo largo del ciclo vital (Nikalansooriya et al., 2025; Gillies et al., 2025). En este marco, las Guías Alimentarias del Ministerio de Salud recomiendan promover alimentación equilibrada basada principalmente en alimentos naturales, incorporando frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y proteínas de buena calidad, junto con disminuir el consumo de alimentos ultraprocesados ricos en azúcares, grasas saturadas y sodio (Ministerio de Salud de Chile, 2023; OMS, 2020).

Durante los primeros años de vida, la lactancia materna y la alimentación complementaria oportuna cumplen un rol relevante en la organización de hábitos alimentarios y preferencias futuras (Ministerio de Salud de Chile, 2015; Corvalán et al., 2013). Posteriormente, la consolidación de hábitos saludables requiere experiencias repetidas y sostenidas en contextos familiares y comunitarios que favorezcan disponibilidad de alimentos saludables, horarios estables y participación de adultos significativos. En relación con la actividad física, se recomienda favorecer experiencias corporales diarias mediante juegos, desplazamientos activos, actividades recreativas y participación en contextos comunitarios y escolares. Más allá del gasto energético, la práctica corporal sostenida se asocia a beneficios cardiovasculares, metabólicos, emocionales y sociales (OMS, 2020). Del mismo modo, la regulación del tiempo de pantalla constituye una dimensión relevante, dado que su uso excesivo se relaciona con sedentarismo, alteraciones del sueño y dificultades en salud mental y bienestar emocional (Lassale et al., 2024).

En este proceso, la participación de familias y cuidadores resulta decisiva. La evidencia indica que la adherencia a las intervenciones aumenta cuando las recomendaciones logran integrarse a las rutinas cotidianas y cuando los adultos participan activamente como modelos de hábitos, organización y regulación del ambiente familiar (Ash et al., 2017; Park et al., 2023). En consecuencia, promover hábitos saludables implica fortalecer no solo conocimientos individuales, sino también condiciones familiares, comunitarias y territoriales que permitan sostener los cambios en el tiempo.

### Movimiento, corporalidad y escuela

Las recomendaciones educativas deben orientarse a comprender el movimiento como una dimensión estructural del desarrollo, el aprendizaje y el bienestar infantil, y no únicamente como una estrategia compensatoria frente al sedentarismo. Desde esta perspectiva, la escuela constituye un espacio privilegiado para promover experiencias corporales significativas asociadas a juego, participación, convivencia y autorregulación.

En coherencia con las Bases Curriculares de la Educación Parvularia, la corporalidad y el movimiento forman parte del desarrollo personal y social, articulándose con identidad, autonomía, interacción y aprendizaje (Subsecretaría de Educación Parvularia, 2018). En este marco, resulta necesario revisar la organización cotidiana de la jornada escolar, considerando tiempos de permanencia sentada, uso de patios, recreos, transiciones y oportunidades de juego corporal significativo.

La psicomotricidad educativa puede aportar a este desafío mediante espacios pedagógicos que favorezcan exploración, expresividad motriz, simbolización y regulación emocional. Más que aumentar minutos de actividad física, estas propuestas buscan promover experiencias corporales seguras, motivadoras y sostenidas, fortaleciendo participación, autonomía y disponibilidad para aprender. Asimismo, la observación psicomotriz permite comprender la acción infantil desde una perspectiva relacional y evolutiva, evitando interpretaciones centradas exclusivamente en el control conductual (Ministerio de Educación de Chile, 2021). La articulación entre psicomotricidad, aula, convivencia escolar, PIE, familias y redes de salud favorece intervenciones más integrales y contextualizadas. En este sentido, sistematizar indicadores de participación, disfrute, regulación y adherencia permite ampliar la comprensión de los procesos infantiles más allá de resultados exclusivamente biomédicos o académicos.

Finalmente, promover una cultura escolar que legitime el movimiento implica reconocer el cuerpo como territorio de aprendizaje, relación y bienestar. Una escuela que incorpora el juego, la exploración corporal y la participación significativa no solo contribuye a prevenir el sedentarismo, sino también a fortalecer convivencia, inclusión y salud emocional.

### 3. Articulación comunitaria e intersectorial: propuesta de CPNI

La promoción de hábitos saludables requiere estrategias intersectoriales capaces de articular salud, educación, familia y comunidad. Problemáticas como obesidad infantil, sedentarismo y malestar emocional responden a múltiples determinantes biológicos, sociales, culturales y territoriales, por lo que las intervenciones aisladas suelen mostrar efectos limitados y baja sostenibilidad.

En este contexto, la propuesta de un Capítulo de Promoción de Nutrición Infantil (CPNI) busca fortalecer un modelo integral orientado desde Atención Primaria de Salud (APS), incorporando educación nutricional, actividad física, acompañamiento familiar, apoyo psicológico y trabajo comunitario. Este enfoque se sustenta en evidencia que destaca mayor efectividad y adherencia en intervenciones multicomponentes que involucran activamente a familias y cuidadores (Ash et al., 2017; Park et al., 2023).

El modelo ecológico de las Seis C propuesto por Harrison et al. (2011) ofrece un marco útil para comprender cómo interactúan factores individuales, familiares, comunitarios y socioculturales en la construcción de hábitos y trayectorias de salud. Desde esta perspectiva, las estrategias deben adaptarse a las características territoriales y promover participación activa de escuelas, municipios, organizaciones sociales y redes locales.

Asimismo, resulta necesario fortalecer la formación continua de equipos de APS y educación, incorporando herramientas de

acompañamiento familiar, seguimiento de procesos y monitoreo de indicadores conductuales, relacionales y biomédicos. La incorporación de tecnologías digitales y estrategias comunitarias puede favorecer continuidad y adherencia, especialmente cuando las intervenciones logran integrarse a las dinámicas cotidianas de las familias y territorios.

Finalmente, las recomendaciones deben resguardar pertinencia sociocultural y sostenibilidad. La construcción de hábitos saludables no depende exclusivamente de decisiones individuales, sino también de condiciones materiales, relacionales e institucionales que permitan sostener experiencias de bienestar en el tiempo. Desde allí, la articulación entre salud, escuela, familia y comunidad constituye una condición central para promover trayectorias infantiles más saludables e inclusivas.

Figura 1  
Línea de trabajo integrada para la promoción de hábitos saludables y bienestar infantil.



Esta figura sintetiza una propuesta integral e intersectorial orientada a la promoción de hábitos saludables durante la infancia, articulando dimensiones nutricionales, corporales, educativas, familiares, comunitarias y sanitarias. El modelo sitúa a niños y niñas en el centro de las intervenciones, integrando alimentación saludable, movimiento significativo, psicomotricidad educativa, participación familiar, articulación entre salud y educación, y seguimiento de indicadores de desarrollo y adherencia. Asimismo, incorpora ejes transversales de equidad, participación, evidencia y trabajo interdisciplinario, enfatizando la necesidad de estrategias sostenibles, contextualizadas y territorialmente pertinentes para favorecer bienestar físico, emocional y relacional a lo largo del desarrollo.

## Preguntas y desafíos:

### Preguntas clave

- ¿Cómo promover hábitos saludables desde la infancia mediante estrategias integradas que articulen alimentación, movimiento, sueño, uso de pantallas y dinámicas familiares?
- ¿Cómo incorporar experiencias corporales significativas dentro de la organización cotidiana de la escuela, favoreciendo participación, autorregulación y bienestar?
- ¿Cómo diseñar modelos intersectoriales de promoción y acompañamiento que articulen Atención Primaria de Salud, escuelas, familias y comunidad, incorporando seguimiento de procesos y adherencia a las intervenciones?

### Desafíos del campo

- Fortalecer el rol de familias y cuidadores como agentes centrales en la construcción y sostenibilidad de hábitos saludables.
- Superar enfoques centrados exclusivamente en el aumento de actividad física, incorporando la calidad de la experiencia corporal, el juego y la participación significativa.
- Formar equipos educativos y de salud en observación, acompañamiento y comprensión del cuerpo como dimensión del desarrollo, la autorregulación y el aprendizaje.



## REFERENCIAS

- Ash, T., Agaronov, A., Young, T. L., Aftosmes-Tobio, A., & Davison, K. K. (2017). Family-based childhood obesity prevention interventions: A systematic review and quantitative content analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0571-2>
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Graó.
- Aucouturier, B. (2018). *Actuar, jugar, pensar: Puntos de apoyo para la práctica psicomotriz educativa y terapéutica*. Graó.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Calmels, D. (2009). *Del sostén a la transgresión: El cuerpo en la crianza*. Biblos.
- Cigarroa, I., Sarqui, C., & Zapata-Lamana, R. (2016). Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana. *Universidad y Salud*, 18(1), 156–169.
- Corvalán, C., Uauy, R., Kain, J., & Martorell, R. (2013). Obesidad infantil y programación temprana: desafíos para la prevención en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 84(1), 123–130.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Gillies, N. A., Lovell, A. L., Waldie, K. E., & Wall, C. R. (2025). The effect of fruits and vegetables on children’s mental and cognitive health: A systematic review of intervention studies and perspective for future research. *Nutrition*, 130, Article 112615. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2024.112615>
- Gil-Madróna, P., Romero-Martínez, S. J., & Sáez-Gallego, N. M. (2019). Psychomotor limitations of overweight and obese five-year-old children: Influence of body mass index on motor, perceptual, and social-emotional skills. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 427. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030427>
- González, P., Ramírez, L., & Soto, M. (2022). Capacitación continua en equipos de APS: Estrategias para abordar la obesidad infantil. *Revista Chilena de Salud Pública*, 26(2), 45–58.
- Harrison, K., Bost, K. K., McBride, B. A., Donovan, S. M., Grigsby-Toussaint, D. S., Kim, J., Liechty, J. M., Wiley, A., Teran-García, M., & Jacobsohn, G. C. (2011). Toward a developmental conceptualization of contributors to overweight and obesity in childhood: The Six-Cs model. *Child Development Perspectives*, 5(1), 50–58. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2010.00150.x>
- JUNAEB. (2026). *Informe Ejecutivo Mapa Nutricional 2025*. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
- Larraín-Valenzuela, J., & Nieto-Basaure, P. (2020). Aportes en psicomotricidad clínica: Acompañamiento psicomotriz dentro del contexto de pandemia. *convergencias. revista de educación*, 3(6), 39-54. recuperado de <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/convergencias/article/view/4035>
- Lassale, C., et al. (2024). Diet and mental health in children and adolescents: A meta-review.
- Louey, J., He, J., Storr, T., & Watts, A. W. (2024). Facilitators and barriers to healthful eating among adolescents in high-income countries: A mixed-methods systematic review. *Obesity Reviews*, 25(11), e13813. <https://doi.org/10.1111/obr.13813>
- Ministerio de Educación de Chile. (2017). *Orientaciones teóricas y técnicas para el manejo de la sala de psicomotricidad: Cuaderno de Psicomotricidad Educativa N.º 1*. División de Educación General.
- Ministerio de Educación de Chile. (2021). *La observación, una herramienta clave en la práctica de psicomotricidad educativa: Cuaderno de Psicomotricidad Educativa N.º 2*. División de Educación General; Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.
- Ministerio de Educación de Chile. (2023). *La importancia de jugar: Una aproximación al significado de los diferentes juegos en la sesión de psicomotricidad educativa. Cuaderno de Psicomotricidad Educativa N.º 3*. División de Educación General.

Ministerio de Salud de Chile. (2015). Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años. Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de Chile. (2023). Guías alimentarias para la población chilena. Ministerio de Salud.

Nikalansooriya, A., Waidyarathna, G. R. N. N., Kaththiriarachchi, L. S., & Chandrasekara, A. (2025). Role of nutrition in cognitive development and academic performance during adolescence: A comprehensive review. *Cureus*, 17(11), e96189. <https://doi.org/10.7759/cureus.96189>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. OMS. <https://www.who.int/publications/item/9789240015128>

Organización Mundial de la Salud. (2025). Noncommunicable diseases: Childhood overweight and obesity. OMS.

Palma, A. M., Saavedra, K. M., & Pizarro, M. N. (2026). Intervenciones psicosociales en obesidad infantil: Fundamentos conceptuales, rol de la familia y estrategias interdisciplinarias. MICARE.

Park, S., Lee, H., & Kim, J. (2023). Family engagement and adherence in childhood obesity interventions: A systematic review. *Childhood Obesity*, 19(4), 245–257.

Patton, G. C., Neufeld, L. M., Dogra, S., Frongillo, E. A., Hargreaves, D., He, S., Mates, E., Menon, P., Naguib, M., & Norris, S. A. (2022). Nourishing our future: The Lancet series on adolescent nutrition. *The Lancet*, 399(10320), 123–125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02140-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02140-1)

Rivera, J., González, T., & Muñoz, R. (2019). Intervenciones comunitarias en APS para la prevención de la obesidad infantil. *Salud Pública de México*, 61(3), 325–333.

Subsecretaría de Educación Parvularia. (2018). Bases Curriculares de la Educación Parvularia. Ministerio de Educación de Chile.

Tonucci, F. (2020). La ciudad de los niños: Un modo nuevo de pensar la ciudad. Graó. (Obra original publicada en 1997)

UNICEF. (2021). Construcción de entornos saludables para la infancia: Participación comunitaria y corresponsabilidad. UNICEF Chile.





**Autores/as:**

María Josefina Larraín. <https://orcid.org/0000-0002-6281-1509>  
Andrea María Palma. <https://orcid.org/0000-0001-6038-2483>  
Katherine Saavedra Venegas <https://orcid.org/0009-0003-2511-6114>  
Matías Pizarro Chandía.  
Patricia Nieto. <https://orcid.org/0000-0001-5704-7860>  
Pamela Ortuzar. <https://orcid.org/0009-0007-8685-1509>  
Constanza Pino. <https://orcid.org/0000-0002-6455-9837>  
Claudia Fuentes. <https://orcid.org/0009-0004-7233-7777>  
Macarena Rojas. <https://orcid.org/0009-0001-0192-3873>  
Leslie Mora Pilar: <https://orcid.org/0009-0001-7561-4547>  
Ximena González.  
Camila Hart.  
Sofía Montserrat Palma. <https://orcid.org/0009-0005-7430-743X>

**Revisores/as:**

María Del Carmen González André. <https://orcid.org/0009-0000-3821-0992>  
Liz González Infante. <https://orcid.org/0009-0001-6999-0829>  
José Andrés Neira Soto. <https://orcid.org/0009-0007-2351-6113>

**Diseño:**

Loreto Da Bove Poulsen.



# AUTORREGULACIÓN EN LA INFANCIA: EL PRIMER PASO HACIA HÁBITOS SALUDABLES