

Validación de una escala de prácticas y conocimientos parentales orientadas a prevenir desnutrición crónica infantil

Marcela Frugone-Jaramillo¹ , María Alejandra Muñoz² , Carolina Portaluppi¹ ,
Pau García-Grau³ , Claudia Escorcía-Mora³ .

Resumen: Introducción. La Desnutrición Crónica Infantil (DCI) continúa siendo un problema de salud pública con consecuencias a largo plazo para el desarrollo infantil, especialmente en comunidades vulnerables. Las decisiones familiares sobre alimentación, higiene, cuidado cotidiano y atención sanitaria son claves para su prevención. **Objetivo.** Presentar las propiedades psicométricas de una escala diseñada para identificar competencias, prácticas y conocimientos familiares relacionados con la prevención y reducción de la DCI en las comunas de Sinchal, Ecuador. **Materiales y métodos.** El instrumento se aplicó antes y después de una intervención de cinco meses basada en Prácticas Centradas en la Familia, con participación de 201 madres embarazadas o con hijos menores de tres años. La escala incluye ítems sobre competencias familiares para el cuidado infantil, prácticas de alimentación, higiene y seguimiento sanitario, y conocimientos sobre DCI, factores de riesgo y prevención. Se realizaron análisis de fiabilidad, factoriales (exploratorio y confirmatorio para evaluar la estructura), de validez discriminante y sensibilidad de la escala. **Resultados.** Los análisis psicométricos revelaron una estructura trifactorial de 14 ítems, organizada en competencias, prácticas y conocimientos parentales, con adecuados indicadores de confiabilidad y validez. La escala mostró sensibilidad a la estructura familiar, con puntuaciones más altas en hogares sin figura paterna, hallazgo que debe interpretarse con cautela. **Conclusiones.** Los resultados aportan evidencia preliminar sobre el comportamiento psicométrico de la EPC-CDI y sugieren que podría ser útil para evaluar intervenciones centradas en la familia, así como para generar información que contribuya al diseño de estrategias públicas orientadas a abordar la DCI en contextos similares. *Arch Latinoam Nutr* 2026; 76(3): 205-214.

Palabras clave: desnutrición crónica infantil, propiedades psicométricas, conocimientos, prácticas, prevención.

Abstract: Validation of a Scale Assessing Parental Practices and Knowledge for the Prevention of Childhood Stunting.

Introduction. Chronic Child Malnutrition (CCM) remains a public health problem with long-term consequences for child development, especially in vulnerable communities. Family decisions regarding feeding, hygiene, daily care, and health care are key to its prevention. **Objective.** To present the psychometric properties of a scale designed to identify family competencies, practices, and knowledge related to the prevention and reduction of child chronic malnutrition (CCM) in the communities of Sinchal, Ecuador. **Materials and methods.** The instrument was administered before and after a five-month intervention based on Family-Centered Practices, with the participation of 201 pregnant mothers or mothers with children under three years of age. The scale includes items on family competencies for childcare, feeding practices, hygiene and health monitoring, and knowledge about CCM, its risk factors, and prevention. Reliability, factorial, discriminant validity, and scale sensitivity analyses were conducted. **Results.** Psychometric analyses revealed a three-factor structure with 14 items, organized around parental competencies, practices, and knowledge, with adequate reliability and validity indicators. The scale showed sensitivity to family structure, with higher scores in households without a father figure, a finding that should be interpreted with caution. **Conclusions.** The results provide preliminary evidence on the psychometric performance of the EPC-CDI and suggest that it could be useful for evaluating family-centered interventions, as well as for generating information that may contribute to the design of public strategies aimed at addressing CCM in similar contexts. *Arch Latinoam Nutr* 2026; 76(3): 205-214.

Keywords: chronic child undernutrition, psychometric properties, knowledge, practices, prevention.

Introducción

La DCI es una problemática compleja y estructural asociada a factores como el acceso limitado a agua potable, servicios de salud, vacunación

y controles durante los primeros 1000 días de vida (1), así como a condiciones de pobreza y prácticas alimentarias inadecuadas (2). Estas condiciones afectan el desarrollo infantil y contribuyen a la transmisión intergeneracional de las desigualdades. Ecuador ocupa el cuarto lugar en Hispanoamérica en incidencia de DCI. La desigualdad social se refleja en las cifras ya que, aunque el promedio nacional es del 17,4%, en algunas regiones deprimidas socioeconómicamente, como la de nuestro estudio, la incidencia de niños menores de

¹Universidad Casa Grande, Guayaquil, Ecuador. ²Junta de Beneficencia Guayaquil, Ecuador. ³Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". Campus Capacitas. Valencia, España.

Autor para la correspondencia: Pau García-Grau, e-mail: pau.garcia@ucv.es



dos años con DCI alcanza el 40,6% (3). Estas condiciones afectan el desarrollo infantil y contribuyen a la transmisión intergeneracional de las desigualdades. Una inadecuada atención a las necesidades en los primeros años incide en un pobre nivel de desarrollo, lo que provoca pobreza intergeneracional con su consecuente impacto social.

El conocimiento familiar sobre los determinantes de la DCI y el estado nutricional infantil es clave en su prevención (3), pues puede favorecer mejores prácticas alimentarias, hábitos de limpieza y cumplimiento de controles de salud periódicos. Aunque el acompañamiento familiar se reconoce como una estrategia para fomentar hábitos saludables (4), existe poca literatura que evalúe su contribución a la prevención y reducción de la DCI desde el entorno familiar.

En esta investigación se propuso la adaptación de los principios de las prácticas centradas en la familia (PCF) para atender esta problemática. Las PCF se definen como una filosofía, creencias y valores (5) que “ponen la familia, en su conjunto, en el punto de mira y centro de atención” de los servicios especializados (6, p.100). Las PCF se han adoptado en diversos tipos de programas (niños con enfermedades crónicas, educación inicial y servicios de atención temprana) (7), pero no hay referencias sobre su aplicación en intervenciones orientadas a la prevención y reducción de la DCI.

Las intervenciones basadas en PCF enfatizan el trabajo con cuidadores en las rutinas cotidianas, consideradas espacios privilegiados para el desarrollo infantil (8). Desde esta perspectiva, la familia genera oportunidades de aprendizaje en la vida diaria que favorecen las interacciones, fortalecen la competencia parental e involucran al conjunto familiar en las acciones de cuidado (9,10). Estas intervenciones han mostrado efectos positivos en distintas dimensiones familiares, incluidas las emocionales y sociales (4,11).

Este estudio asume un modelo de capacidades familiares para la prevención y reducción de la DCI que integra conocimientos, prácticas y competencias autopercebidas como dimensiones interrelacionadas de un constructo orientado a favorecer el crecimiento, la nutrición y el bienestar infantil (12,13). Los conocimientos permiten identificar riesgos y acciones preventivas; las prácticas reflejan su aplicación cotidiana; y las competencias autopercebidas expresan la confianza de los cuidadores para sostener dichas acciones en el entorno familiar (9).

El uso de escalas para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias es frecuente en investigación (14,15). Sin embargo, los instrumentos disponibles suelen centrarse en conocimientos o prácticas específicas, o bien en la interacción entre familias y profesionales, sin abordar de forma integrada la prevención de la DCI en el entorno familiar. Persiste así una escasez de herramientas que incorporen simultáneamente conocimientos, prácticas y competencias familiares en contextos rurales. Este estudio busca contribuir a cubrir ese vacío mediante una medida contextualizada.

Se considera que el conocimiento puede influir en las prácticas familiares relacionadas con la alimentación, especialmente cuando se articula con la percepción de competencia de los cuidadores y las rutinas de cuidado. En este contexto, el objetivo del estudio es analizar la estructura factorial y las propiedades psicométricas del instrumento desarrollado.

Materiales y métodos

Muestra

Incluyó la participación de 201 madres. La edad promedio de las encuestadas fue de 29,13 años, con una desviación estándar de 6,45 años. La participante más joven tenía 13 años, considerada una madre niña y la de mayor edad 45. La edad promedio de los hijos fue de 14 meses. En cuanto a la composición familiar, el 10,09% de las encuestadas no convive con el padre de sus hijos en el hogar, mientras que el 89,55% restante sí lo hacía. Además, el 17,91% de las participantes estaban embarazadas al momento del estudio.

En términos de salud infantil, el 55,8% de los hogares reportaron no tener hijos con anemia ni DCI. Del 43,7% restante, casi un 12% tenía hijos con anemia, el 19,9% con anemia y DCI, y el 12,4% con DCI únicamente.

Tabla 1. Características de los participantes.

	N	%
Padre en el hogar		
No	21	10,448
Sí	180	89,552
Total	201	100
Embarazada		
No	165	82,090
Sí	36	17,910
Total	201	100
Anemia/DCI		
Anemia	24	11,940
Anemia+DCI	40	19,900
DCI	25	12,438
No	112	55,721
Total	201	100
Edad años		
0-1	92	45,771
1 a 2	56	27,861
2 a 3	47	23,383
4	6	2,985
Total	201	100

Instrumento

La Escala de Prácticas y Conocimientos parentales sobre la prevención y reducción de la DCI (EPC-DCI) en el entorno familiar fue inicialmente desarrollada con el fin de identificar en las familias de las Comunas de Sinchal de la Provincia de Santa Elena las percepciones sobre sus prácticas y conocimientos en torno a la prevención y reducción de la DCI. Consta de 34 ítems calificados en una escala Likert de 6 puntos (1=Nada cierto, 6=Totalmente cierto) y evalúa la percepción familiar sobre sus prácticas,

conocimientos y competencias frente a DCI. El componente de prácticas comprende 13 ítems sobre comportamientos relacionados con alimentación, higiene y monitoreo de la salud. El componente de conocimiento incluye 11 ítems en torno al conocimiento autopercibido sobre la nutrición saludable y la prevención de la DCI, y 10 ítems evalúan las habilidades y competencias autopercibidas de las familias en el cuidado de la nutrición y el bienestar de sus hijos. La consistencia interna de las puntuaciones en análisis preliminares no publicados mostró valores fiables en su puntuación global ($\alpha=0,812$). Ninguna investigación ha explorado sus características psicométricas ni su estructura factorial subyacente con mayor profundidad.

Proceso de construcción de los ítems

El instrumento fue elaborado por el equipo asesor de la Universidad Casa Grande y sometido a validación de contenido mediante juicio de expertos. Su diseño se fundamentó en un marco teórico que concibe la prevención de la DCI como resultado de la interacción entre conocimientos, competencias y prácticas, en línea con modelos de salud pública que explican la adopción de conductas a partir de factores cognitivos, capacidades de acción y comportamiento observable (15). En este marco, el conocimiento se vincula con la dimensión cognitiva, las competencias con la capacidad de aplicar prácticas en contextos reales y las prácticas con conductas de alimentación, higiene, cuidado cotidiano y seguimiento sanitario. A partir de este enfoque, se generaron ítems orientados a cubrir las dimensiones teóricas del constructo. Participaron dos especialistas en nutrición-DCI, dos en intervención sociocomunitaria, un experto en desarrollo de instrumentos cuantitativos y profesionales del ámbito educativo comunitario. Este equipo evaluó la pertinencia, claridad y relevancia de los ítems, realizando ajustes en redacción, precisión conceptual y adecuación contextual. Posteriormente, se realizó una prueba piloto con 70 familias, cuya retroalimentación permitió mejorar la comprensión de la escala, identificar redundancias y ajustar los ítems para optimizar su aporte al constructo.

Procedimiento

Tras la aprobación del Comité de Ética en Investigación y seguir todas las normas éticas pertinentes, se invitó a las familias a participar, quienes firmaron un consentimiento informado. Como parte del estudio, se aplicó la escala al inicio del programa y al final del primer semestre del proyecto a las madres, utilizando Google Forms (y la plataforma KOBO en hogares sin conexión). Las promotoras leyeron las preguntas de la escala y explicaron las opciones de respuesta, dado que la mayor parte de los participantes no saben leer. Durante cinco meses, cada familia recibió aproximadamente 14 visitas entre los meses julio y diciembre del año 2024.

Análisis de Datos

Se llevaron a cabo análisis de estadística descriptiva. Para el análisis de fiabilidad se utilizó el estadístico alfa de Cronbach, Omega de McDonald y la varianza media extraída (AVE; >0,50). Se empleó tanto un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para identificar la estructura subyacente, como Confirmatorio (AFC) para corroborar los resultados del AFE (16) y estudiar la estabilidad temporal del constructo. Para ello, se volvió a administrar el cuestionario a los participantes 5 meses después.

Se evaluó la adecuación de los datos mediante el índice KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett. Para el AFE, se utilizó una matriz de correlaciones policóricas, adecuada para datos ordinales. La extracción de factores se realizó mediante el método de residuos mínimos con rotación oblicua Promax y autovalores >1. Los ítems con cargas factoriales inferiores a 0,40 o cargas cruzadas fueron evaluados para su posible eliminación mediante criterios teóricos (contribución a la representación del constructo o evitar eliminar ítems clave). Aunque el tamaño muestral no alcanza la ratio clásica 1:10, las cargas factoriales, número de factores y calidad de las comunales, junto con un tamaño ≥ 200 sugiere la suficiencia para obtener soluciones factoriales estables (17,18). El AFE final se ejecutó con 14 ítems, obteniendo una solución trifactorial clara y sin problemas de estimación. Para el AFC se empleó el *software* R.

El ajuste del modelo se evaluó con chi-cuadrado, chi-cuadrado/gi, CFI y TLI (>0,90 buen ajuste), RMSEA (<0,08 aceptable) y SRMR (<0,08 adecuado) (16,19). La validez discriminante se evaluó mediante las correlaciones de Pearson entre los factores. Se realizaron contrastes t para explorar la sensibilidad de la escala para capturar diferencias entre grupos de familias.

Resultados

Inicialmente, se realizaron análisis descriptivos. La Tabla 2 muestra las puntuaciones y los parámetros de la normalidad. Los valores promedio de los ítems >3,5 puntos indican puntuaciones más altas, mostrando percepciones de acuerdo generalizado. Destacan, por sus puntuaciones más altas, los ítems 10, 26 y 27. Por otro lado, los ítems con menor puntuación fueron el 29 y 28. La normalidad de los ítems mostró al ítem 14 con valores desproporcionados según valores de referencia de asimetría y curtosis=3,0 (18). Pese a encontrar algunos valores sensiblemente por encima en la curtosis en los ítems 16, 17 y 18, se decidió, por los valores adecuados de asimetría, realizar el AFE sin eliminarlos y eliminar solamente el ítem 14.

Análisis factorial exploratorio

En primer lugar, la adecuación de la muestra mostró valores de KMO (MSA=0,78) y test de Barlett=1569,865, $p < 0,001$. El análisis reveló una solución Factorial de 4 factores en los que 27 ítems mostraron cargas factoriales superiores a 0,40 y varios ítems mostraban saturaciones en varios factores. Como el factor 4 era débil (solamente 2 ítems), se repitió el AFE eliminando los ítems con cargas <0,40 e ítems con doble saturación. Tras varias iteraciones de este mismo procedimiento, los resultados sugirieron que 14 ítems agrupados en 3 factores mostraban un buen ajuste ($\chi^2=118,106$, $df=52$, $p < 0,001$, CFI=0,91, TLI=0,91, RMSEA=0,080 [0,06-0,01]). El F1 explicaba el 22% de la varianza, seguido del F2 (20,4%) y finalmente el F3 (17,8%). La varianza global explicada por el modelo fue alta, del 60,1%, y la consistencia interna global fue de $\alpha=0,874$, $\omega=0,885$. La consistencia interna de los factores tuvo valores igualmente elevados en todos los casos. La eliminación de los ítems no contribuía a mejorar los valores del factor. Todas las cargas factoriales estuvieron por encima de 0,56.

Tabla 2. Media, desviación estándar, asimetría y curtosis de los ítems.

Ítem reducido	N	M	SD	Asim.	Curt.
1. En nuestra familia tenemos alimentos adecuados y estables	198	4,364	0,901	-0,322	0,885
2. Compartimos satisfactoriamente una comida diaria	195	5,128	0,773	-1,038	2,485
3. Me siento satisfecha con alimentos que sirvo en la mesa	201	4,567	1,103	-1,019	0,921
4. Siento que alimento correctamente a mi familia	201	4,393	1,058	-0,994	1,398
5. En mi comida diaria hay diversidad de alimentos	196	4,301	1,205	-0,758	0,226
6. Siento que necesito conocer más para mejorar la alimentación de mi familia	200	5,290	0,654	-0,815	2,093
7. Me alimento adecuadamente	201	4,194	1,211	-0,907	0,550
8. En mi alimentación diaria hay diversidad de alimentos	201	4,189	1,222	-0,799	0,343
9. Sé qué hacer cuando mi hijo presenta comportamientos difíciles en la comida	189	4,508	1,323	-1,207	0,800
10. Estoy atenta a la higiene de mis hijos a la hora de comer	196	5,423	0,590	-1,062	4,247
11. Durante mi embarazo tuve una alimentación nutritiva y saludable	201	4,632	1,041	-1,148	1,789
12. Conozco las recomendaciones para introducir alimentos complementarios en la dieta de mi bebé de manera segura y nutritiva	179	3,425	1,968	-0,317	-1,756
13. Recibí información adecuada de profesionales de la salud sobre cómo dar de lactar a mi hijo	195	4,456	1,469	-1,270	0,608
14. Mi hijo ha tomado seno materno más de los seis meses	178	5,388	0,817	-2,960	13,512
15. Conozco los beneficios de prolongar el seno materno hasta los dos años	196	4,235	1,584	-0,995	-0,296
16. A partir de los 6 meses, mi hijo ha complementado la leche materna con alimentación complementaria	171	5,129	1,060	-2,297	6,564
17. Tengo o he tenido una experiencia de lactancia materna agradable	191	5,079	1,041	-2,027	5,388
18. Sé cómo alimentar saludablemente a mi hijo/a durante los primeros años de su vida.	199	4,965	0,955	-1,544	3,391
19. Tengo la capacidad para gestionar mi propia salud [...]	199	4,955	1,143	-1,716	3,025
20. Mi hijo/a tiene acceso periódico a controles médicos	191	5,382	0,661	-1,488	5,523
21. Mi familia goza de buena salud	201	4,408	1,180	-1,077	0,812
22. Actualmente, mi hijo/a goza de buena salud	192	4,781	1,015	-1,309	2,176
23. Tengo los conocimientos necesarios para cuidar bien a mis hijos	199	4,889	0,863	-1,402	3,824
24. Practico una buena higiene de los alimentos [...]	201	5,353	0,700	-0,967	1,496
25. Considero que debo conocer más sobre el desarrollo global del niño/a y el buen estado de salud que debe tener	198	4,687	1,150	-1,264	1,162
26. Estoy pendiente de cumplir con el control de vacunas de mi hijo/a	190	5,537	0,500	-0,149	-1,999
27. Estoy pendiente de ir al doctor para el control del peso y talla de mi hijo/a	189	5,503	0,580	-1,333	5,312
28. Mi hijo presenta o ha presentado bajo crecimiento para su edad	175	2,937	2,023	0,280	-1,679
29. Mi hijo presenta o ha presentado bajo peso para su edad	174	2,397	1,880	0,804	-1,077
30. Hice lo necesario para estar bien de salud durante mi embarazo	199	4,352	1,479	-1,059	0,134
31. Contamos con el apoyo de organizaciones relacionadas con el bienestar y desarrollo de nuestros hijos/as	195	5,021	1,112	-1,586	2,577
32. Conocemos los problemas asociados a la DCI	199	3,503	1,654	-0,289	-1,262
33. Sabemos cómo prevenir la DCI	199	3,523	1,645	-0,278	-1,220
34. Tengo la información necesaria sobre qué hacer si nuestro niño tiene DCI	199	3,432	1,606	-0,205	-1,222

Tabla 3. Características, consistencia interna y cargas factoriales de los ítems.

Ítem*	F1($\alpha=0,857$)	F2($\alpha=0,843$)	F3($\alpha=0,849$)	rit	$\alpha-i$
Ítem 4	0,784			0,714	0,822
Ítem 7	0,764			0,692	0,824
Ítem 8	0,760			0,682	0,826
Ítem 5	0,720			0,658	0,831
Ítem 3	0,664			0,608	0,840
Ítem 11	0,560			0,530	0,852
Ítem 26		0,948		0,609	0,822
Ítem 27		0,821		0,599	0,827
Ítem 20		0,662		0,600	0,832
Ítem 24		0,640		0,798	0,781
Ítem 10		0,635		0,703	0,798
Ítem 34			0,955	0,702	0,782
Ítem 33			0,925	0,698	0,793
Ítem 32			0,834	0,724	0,759
ω	0,847	0,879	0,843		
Autovalor	3,847	3,049	2,554		
% Varianza	0,220	0,204	0,178		
% Acumulado	0,220	0,424	0,601		

Nota: rit=correlación ítem-resto; $\alpha-i$ si se elimina el ítem; *Ver tabla 2 para descripción de los ítems.

Análisis Factorial Confirmatorio

El AFC con los datos del segundo pase de la prueba verificó que la estructura trifactorial mostraba buen ajuste ($S-B\chi^2=97,461$; $df=74$; $p=0,035$), $CFI=0,93$, $TLI=0,91$, $IFI=0,93$, $SRMR=0,07$, $RMSEA = 0,08$ [0,07-0,01]). Las cargas estandarizadas fueron superiores a $\lambda=0,709$ (ítem 7), excepto en los ítems 11, 10 y 20. Todos los ítems se asociaban de forma estadísticamente significativa con su factor ($p<0,001$), indicando validez convergente. Además, la varianza promedio extraída fue $>0,50$ en todos los casos: F1 (AVE=0,622), F2 (AVE=0,559) y F3 (AVE=0,774).

Validez discriminante

Se calculó el índice HTMT. Los valores obtenidos fueron 0,574 entre F1-F2; 0,452 entre

F1-F3 y 0,421 entre F2-F3, todos ellos $<0,85$, indicando una adecuada validez discriminante. Adicionalmente, las correlaciones de Pearson entre factores fueron positivas y significativas ($p<0,001$), con magnitudes moderadas ($r=0,347$ entre F1 y F2; $r=0,398$ entre F1 y F3; $r=0,488$ entre F2 y F3), sugiriendo relaciones entre los factores sin comprometer su diferenciación conceptual.

Pruebas exploratorias de sensibilidad

Finalmente, para analizar la sensibilidad de la escala para capturar diferencias en función de la presencia o ausencia del padre, se llevaron a cabo pruebas t para muestras independientes. Los resultados mostraron diferencias significativas a favor del grupo con ausencia de padres en el F1 [$t(198)=2,088$, $p<0,05$; $d=0,482$], F2 [$t(185)=2,846$, $p<0,01$; $d=0,674$] y en el total de la escala [$t(177)=2,718$, $p<0,01$; $d=0,645$]. Los tamaños del efecto fueron medianos. No hubo diferencias relevantes en

el F3 ($p>0,05$), indicando que familias sin presencia paterna presentan mayores autopercepciones sobre sus prácticas alimenticias saludables y su acceso a cuidados preventivos, pero no difieren de los hogares con presencia del padre en cuanto al conocimiento sobre la prevención de la DCI.

Discusión

Los resultados del presente estudio aportan evidencia preliminar sobre la validez y confiabilidad de la EPC-CDI para evaluar prácticas, competencias y conocimientos familiares relacionados con la DCI en una comuna ancestral ecuatoriana. Los hallazgos sugieren que la escala presenta una estructura interpretable y coherente con el marco conceptual del estudio, al integrar tres dimensiones complementarias: prácticas alimentarias y toma de decisiones nutricionales, cuidados preventivos vinculados a higiene y seguimiento sanitario, y conocimientos familiares sobre la DCI.

El primer factor refleja el papel del hogar en la prevención de la DCI mediante decisiones relacionadas con la alimentación y el cuidado materno-infantil (12,13). El segundo incorpora dimensiones sanitarias y preventivas, como higiene, vacunación, seguimiento del crecimiento y acceso a servicios de salud (3,12). El tercer factor evalúa el conocimiento familiar sobre riesgos, consecuencias y medidas de prevención de la DCI, aspecto especialmente relevante en contextos rurales donde persisten limitaciones en educación nutricional (14).

La estructura trifactorial de la EPC-CDI es coherente con modelos que conciben la DCI como un fenómeno multidimensional determinado por la interacción entre nutrición, salud, educación, condiciones familiares y contexto sociocultural (1,20). Esta aproximación resulta particularmente pertinente en contextos rurales y comunidades ancestrales, donde las prácticas de cuidado, el acceso a servicios y las desigualdades socioeconómicas influyen en el riesgo nutricional infantil (21,22). No obstante, el carácter contextualizado del instrumento exige cautela al generalizar los resultados a otros entornos.

La reducción del instrumento de 34 a 14 ítems respondió a criterios psicométricos y conceptuales orientados a mejorar su parsimonia. Sin embargo, este proceso pudo limitar la representación de algunas prácticas familiares específicas y reducir la amplitud

conceptual de ciertas dimensiones. Además, dado que la escala fue desarrollada en una población concreta, los ítems retenidos podrían reflejar con mayor intensidad características culturales y contextuales propias de las comunas participantes, limitando su generalización a otros contextos.

En comparación con otros instrumentos, la EPC-CDI aporta una contribución específica al centrarse en el entorno familiar y en la prevención de la DCI. A diferencia de herramientas orientadas principalmente a evaluar la interacción entre familias y profesionales (23), integra conocimientos, prácticas y competencias relacionadas con alimentación, higiene, seguimiento sanitario y prevención de la DCI. Esta aproximación se alinea con instrumentos breves y aplicables en contextos comunitarios (14,15,24).

El enfoque de PCF fortalece la validez ecológica del instrumento al reconocer a las familias como agentes activos en la prevención de la DCI y no únicamente como receptoras de información sanitaria. Este planteamiento es coherente con modelos que destacan la participación, la corresponsabilidad y el empoderamiento familiar como elementos clave para promover cambios sostenibles en las prácticas de cuidado (4,10).

Las familias monoparentales obtuvieron puntuaciones más altas que las biparentales, un resultado contrario a lo reportado por estudios que asocian la monoparentalidad con mayor riesgo de DCI o retraso del crecimiento infantil en contextos de vulnerabilidad (21,25). Sin embargo, la evidencia también indica que la estructura familiar por sí sola no explica los resultados nutricionales, ya que estos dependen de factores como recursos económicos, apoyo social y acceso a servicios comunitarios (20). En consecuencia, las puntuaciones más elevadas observadas en hogares sin figura paterna no deben interpretarse como evidencia de menor riesgo nutricional, sino como un posible indicador de recursos compensatorios familiares, comunitarios o institucionales. Esta interpretación coincide con investigaciones que destacan el papel del capital social materno, las redes de

apoyo y las intervenciones comunitarias en la mejora de las prácticas de cuidado y del estado nutricional infantil (4,22,26).

La ausencia de diferencias en el factor de conocimientos sugiere que esta dimensión podría mantenerse relativamente estable independientemente de la estructura familiar. Este hallazgo respalda la necesidad de estrategias educativas universales complementadas con apoyos específicos para familias en situación de mayor vulnerabilidad (27). Asimismo, las puntuaciones más bajas observadas en este factor indican la conveniencia de fortalecer las acciones educativas, comunitarias y estructurales en contextos con baja alfabetización nutricional (28,29).

La escala EPC-DCI ofrece potencial para orientar intervenciones y políticas públicas en Ecuador, especialmente en comunidades ancestrales (11,30,31). Su capacidad para detectar diferencias entre grupos familiares la posiciona como herramienta de diagnóstico y monitoreo, en línea con iniciativas como el Plan Estratégico Intersectorial Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (2021). Además, su enfoque en prácticas familiares modificables facilita su integración en programas multisectoriales que abordan la DCI desde la nutrición, la salud y el saneamiento. Teóricamente, contribuye a la operacionalización de conocimientos y prácticas como variables cuantitativas, ampliando estudios cualitativos previos (15) y sirviendo de base para investigaciones comparativas en contextos latinoamericanos.

Limitaciones y futuras investigaciones

El estudio presenta limitaciones. El desarrollo de la escala en un contexto específico restringe su generalización, y el tamaño muestral no alcanza la ratio clásica 1:10; sin embargo, la literatura reciente señala que la adecuación del AFE depende más de las propiedades de los datos que de criterios fijos. En consecuencia, los resultados deben interpretarse con cautela y requieren replicación en muestras mayores.

Asimismo, la administración mediante

entrevista por promotoras, aunque garantizó inclusión y comprensión, puede haber introducido sesgos de deseabilidad social o influencia del entrevistador. Esta decisión respondió a criterios de accesibilidad y equidad, pero plantea la necesidad de estandarizar el protocolo y la formación de los aplicadores.

Futuros estudios deberían evaluar la sensibilidad al cambio pre-post intervención, analizar variables socioeconómicas asociadas a la DCI (2,3) y examinar su aplicabilidad en contextos urbanos. La incorporación de métodos mixtos permitiría profundizar en las percepciones familiares.

Conclusiones

Según el objetivo planteado en este estudio los resultados aquí reportados aportan evidencia preliminar sobre el comportamiento psicométrico de la escala EPC-DCI y sugieren que podría ser útil para evaluar intervenciones centradas en la familia, así como para generar información que contribuya al diseño de estrategias públicas orientadas a abordar la DCI en entornos similares.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las promotoras por su colaboración en el trabajo con las familias y en especial a Diana Barros por su colaboración en la organización de la intervención. Proyecto financiado por la Junta de Beneficencia de Guayaquil: Proyecto Adaptación e Implementación de PCF para la Prevención y Reducción de la DCI de Sinchal.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores

MFJ y CTEM: Conceptualización, metodología, investigación, administración del proyecto, redacción, revisión y edición del manuscrito.

MAM: revisión y edición del manuscrito.

CP: Investigación, trabajo de campo, recolección de datos, revisión y edición del manuscrito.

PGG: Análisis formal, procesamiento de datos, análisis estadístico, interpretación de resultados, revisión y edición del manuscrito.

Referencias

- Reinhardt K, Fanzo J. Addressing chronic malnutrition through multi-sectoral, sustainable approaches: a review of the causes and consequences. *Front Nutr*. 2014; 1:13. <https://doi.org/10.3389/fnut.2014.00013>
- Flores P, Congacha G. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en Ecuador. Estudio basado en modelos de regresión y árboles de clasificación. *Perfiles*. 2021;1(26):21-33. <https://doi.org/10.47187/perf.v1i26.132>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta nacional sobre desnutrición infantil - ENDI. Quito: INEC; 2023.
- Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007;13(4):370-378. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20176>
- Briar-Lawson K, Lawson HA, Hennon CB, Jones AR. Family-centered policies and practices: international implications. New York: Columbia University Press; 2001. <https://doi.org/10.7312/brial2106>
- Espe-Sherwindt M. Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support Learn*. 2008;23(3):136-143. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x>
- Dunst CJ, Hamby DW, Wilson LL, Espe-Sherwindt M, Nelson DE. Practitioner-informed improvements to early childhood intervention performance checklists and practice guides. *REID Res Eval Educ*. 2017;3(1):12-27. <https://doi.org/10.21831/reid.v3i1.14158>
- Frugone-Jaramillo M, Escorcía-Mora CT, Ortiz E, Quinde-Chalén DF, Ordóñez Legarda P, Boyce L. Intervención basada en rutinas como apoyo a la participación familiar para el desarrollo del lenguaje en bebés prematuros. *Rev Logop Foniatr Audiol*. 2020;40(3):110-117. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2020.02.005>
- García-Sánchez FA, Escorcía Mora CT, Sánchez-López MC, Orcjada-Sánchez N, Hernández Pérez E. Atención temprana centrada en la familia. *Siglo Cero*. 2014;45(251):6-27. <https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2018/11/Atencion-temprana-centrada-en-la-familia.pdf>
- Escorcía-Mora C, Rodríguez-García L, García-Sánchez FA. Guía de intervención logopédica en atención temprana centrada en la familia. Madrid: Síntesis; 2023.
- Frugone-Jaramillo M, Gràcia M. Family-centered approach in early childhood intervention of a vulnerable population from an Ecuadorian rural context. *Front Psychol*. 2023; 14:1272293. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1272293>
- Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet*. 2013;382(9890):452-477. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4)
- Victora CG, Christian P, Vdaletti LP, Gatica-Domínguez G, Menon P, Black RE. Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. *Lancet*. 2021;397(10282):1388-1399. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00394-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9)
- Lara R, García K, Valencia L, Silva A. Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación complementaria entre cuidadores de niños de 6 a 23 meses de edad de una comunidad rural del Ecuador: un estudio transversal. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2024;28(4):266-276. <https://doi.org/10.14306/renhyd.28.4.2200>
- Launiala A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropol Matters*. 2009;11(1):1-13. <https://doi.org/10.22582/am.v11i1.31>
- Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2005.
- Pituch KA, Stevens JP. Applied multivariate statistics for the social sciences: analyses with SAS and IBM's SPSS. 6th ed. New York: Routledge; 2016. <https://doi.org/10.4324/9781315814919>
- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 7th ed. Boston: Pearson; 2019.
- Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6(1):1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Mejorar la nutrición infantil: el imperativo para el progreso mundial que es posible lograr. Nueva York: UNICEF; 2013.
- Yani DI, Rahayuwati L, Sari CWM, Komariah M, Fauziah SR. Family household characteristics and stunting: an update scoping review. *Nutrients*. 2023;15(1):233. <https://doi.org/10.3390/nu15010233>
- Fernández A, Martínez R, Carrasco I, Palma A. Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición: modelo de análisis y estudio piloto en Chile, Ecuador y México. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2017. <https://doi.org/10.18356/d4855547-es>
- Escorcía-Mora CT, García-Sánchez FA, Sánchez-López MC, Hernández-Pérez E. Styles Questionnaire of Interaction between Parents and Practitioners in Early Intervention: content validity. *An Psicol*. 2016;32(1):148-157. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.202601>
- Jeslin, Astina J. The relationship between Indonesian young people's knowledge, attitude and practice (KAP) of MyPlate with sociodemographic, body satisfaction, accessibility, and source of information. *Glob Health Promot*. 2023;30(4):35-44. <https://doi.org/10.1177/17579759231182472>
- Ntoimo LFC, Odimegwu CO. Health effects of single motherhood on children in sub-Saharan Africa: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014; 14:1145. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1145>

26. Juárez M, Dionicio C, Sacuj N, López W, Miller AC, Rohloff P. Community-based interventions to reduce child stunting in rural Guatemala: a quality improvement model. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):773. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020773>
27. Chan M, Lake A, Hansen K. The early years: silent emergency or unique opportunity? *Lancet*. 2017;389(10064):11-13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31701-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31701-9)
28. Black MM, Creed-Kanashiro HM. ¿Cómo alimentar a los niños?: la práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(3):373-378. <https://doi.org/10.1590/s1726-46342012000300013>
29. Molina-Vera A. Políticas públicas basadas en evidencia científica: ¿las intervenciones de agua, saneamiento e higiene tienen efecto en diarreas y en el crecimiento del niño? En: *Boletín de Política Económica* No. 15 - Política social. Guayaquil: Centro de Investigaciones Económicas, FCSH-ESPOL; 2021. p. 12-18.
30. Rivera Vásquez J. Malnutrición infantil en Ecuador: progresos y desafíos. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; Corporación Editora Nacional; 2022.
31. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10064):103-118. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)

Recibido: 03/10/2025
Aceptado: 27/04/2026