

UNIVERSIDA DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA
SEMINARIO DE TITULO

“ACTITUDES DE LOS CUIDADORES HACIA LA ALIMENTACIÓN INFANTIL
SALUDABLE Y NO SALUDABLE”.
CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO PILOTO DE MEDICIÓN

PROFESORA GUIA
CLAUDIA CALDERON

POR
CLAUDIA AHUMADA SOTOMAYOR
MACARENA ALLENDE GONZALEZ
PAULA ARANGUIZ SEPULVEDA
ANDREA VALLEJO PEREZ

VALPARAISO, 18 DE ENERO DE 2010

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. OBESIDAD.....	7
2.1.1. Factores de Riesgo de la Obesidad.....	7
2.2. OBESIDAD INFANTIL	8
2.3. ACTITUDES.....	11
2.4. MEDICIÓN DE ACTITUDES	14
2.5. METODOLOGÍA DE LA CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO DE ACTITUDES.....	16
2.5.1 Fases en el Proceso de Construcción de una Escala de Actitudes en General	16
3. METODO	18
3.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	18
3.1.1. Planteamiento del Problema.....	18
3.1.2. Justificación de la Investigación	18
3.1.3.1 Objetivo General	19
3.1.3.2 Objetivos Específicos	19
4. METODOLOGÍA	20
4.1 Tipo De Estudio.....	20
4.2 Diseño De Investigación.....	20
4.3. Población Objetivo	21
4.4 Validez	21
4.5 Confiabilidad	21
5. PRESENTACIÓN DE LAS FASES DE LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	22
5.1. Primera fase (Screening).....	22
5.2. Segunda Fase. Proceso Creativo de redacción de ítems y validación a través del Juicio de Expertos	30
5.3. Tercera Fase. Análisis psicométrico del Instrumento a partir de los resultados obtenidos de su aplicación piloto sobre una muestra significativa de madres.....	32
5.3.1 Primera Etapa. Análisis de confiabilidad de ítems instrumento con la totalidad de reactivos aplicados.....	33

<i>Figura XVI: Tabla de resultados de Alpha de Cronbach de los ítems de la primera etapa</i>	38
5.3.2 Segunda Etapa. Análisis de confiabilidad de ítems instrumento corregido	38
7. CONCLUSIONES	42
8. ANEXOS	44
ANEXO 1: CUESTIONARIO DE SCREENING	44
ANEXO Nº 2: DESCRIPCIÓN CUESTIONARIO DE SCREENING	49
ANEXO Nº 3: REACTIVOS TENTATIVOS DE ACUERDO A SCREENING (VERSION 1)	55
ANEXO Nº 4: DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO PILOTO (VERSIÓN 1)	65
ANEXO Nº 5: JUICIO DE EXPERTOS	72
ANEXO Nº 6: INSTRUMENTO APLICADO	102
ANEXO Nº 7: INSTRUMENTO FINAL	109
ANEXO Nº 8: ANÁLISIS POR ÍTEM DE DIMENSIONES DE LOS ÍTEMS ELIMINADOS	112
9. BIBLIOGRAFIA	116

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente en Chile se reconoce que la obesidad es un problema de salud pública; entendiendo por obesidad según la OMS como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, quedando definido con un IMC¹ igual o superior a 30”. Estadísticas del MINSAL en población nacional (referencias sólo de la población chilena)² reflejan un aumento de esta enfermedad en términos de prevalencia e incidencia, prediciendo para los próximos años su incremento si no se actúa eficaz y eficientemente en su prevención.

En este contexto se han fijado ciertos Objetivos Sanitarios de la Década, entre los cuales el Ministerio de Salud ha diseñado diversas estrategias tendientes a revertir esta realidad en el marco de la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO). Así, por ejemplo, hoy se está debatiendo la inclusión de esta enfermedad en el plan auge³, puesto que el incremento de la obesidad, según las estadísticas entregadas anteriormente del MINSAL, ha escapado de los pronósticos esperados.

En la lógica de la implementación de programas de prevención, uno de los objetivos a desarrollar guarda relación con la construcción de instrumentos de medición válidos y confiables, que puedan ayudar no sólo a detectar los grupos de riesgo sino que puedan ser usados como indicador de cambio en la población en aquellos factores de riesgo identificados. Congruentemente, la presente investigación se propone avanzar en las primeras etapas de la creación de un instrumento piloto confiable, válido y sensible, que mida las **actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil** saludable y no saludable en infantes de 6 a 11 meses. Esta etapa es de vital importancia debido a que es en este momento donde se produce el traspaso de la alimentación, desde la lactancia materna exclusiva a la incorporación de alimentos sólidos, es por esto que el rol de los

¹Fuente OMS. El índice de masa corporal (IMC) —el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²)— es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional.

² En el año 2005 unos 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) tuvieron sobrepeso y al menos 400 millones de adultos estuvieron en el umbral de obesidad, recalando que al menos 20 millones de niños menores de 5 años en el mundo, estarían con sobrepeso, y sumando a esto la aproximación para el año 2015 donde habrían 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. Seguido a esto, si revisamos la última estadística del año 2007 en niños menores de 6 años de edad a nivel de todo Chile, de un total de 948.924 niños(a), 204.705 estarían con sobrepeso, y 91.473 tendrían obesidad infantil.

³ Diario la Tercera, Miércoles 21 de Enero de 2009.

cuidadores se hace relevante para la formación de hábitos alimentarios en el menor. El hecho de abordar esta temática en los cuidadores de infantes de entre 6 y 11 meses de vida, está dado porque en la medida que los niños son más pequeños dependen más estrechamente de las decisiones de su padre y madre, o bien de aquellos cuidadores que determinan qué alimentos son apropiados en cuanto variedad, cantidad y tiempo para sus hijos. Así, un alimento permitido según el criterio del padre, madre o cuidador, será más frecuentemente expuesto y llegará a formar parte de los hábitos alimenticios de los niños, ya que de acuerdo a la Teoría del Aprendizaje, los hábitos y estilos de alimentación de los padres y/o cuidadores se transmitirían a los niños mediante la imitación de modelos de estos últimos hacia quienes los alimentan (“Guía de Alimentación del niño(a) menor de 2 años”, Fuente MINSAL, 2005).

En esta investigación se optó por la medición de actitudes, como atributos psicológicos de los cuidadores los cuales permiten explicar y predecir las conductas de los sujetos respecto del objeto de actitud (en este caso la alimentación infantil). Desde esta perspectiva se entenderán las actitudes como “predisposiciones a responder a alguna clase de estímulo con ciertas clases de respuesta” (Hewstone, 1990), ellas son: afectivas (sentimientos evaluativos de agrado o desagrado), cognitivas (creencias, opiniones e ideas acerca del objeto de actitud) y cognitivas/conductuales (intenciones conductuales o tendencias de acción). De este modo, en el contexto de la prevención temprana cobra relevancia la actitud frente a la alimentación, pues en su interior se organizan lo que los sujetos creen, piensan, sienten y realizan habitualmente como práctica de alimentación infantil, la cual finalmente genera los hábitos de los menores.

Entonces, desde la configuración propuesta por el modelo tridimensional de Rosenberg y Hovland, el instrumento final intentará ser un predictor confiable de la conducta de los cuidadores frente a la alimentación de los infantes que se encuentran bajo su cuidado. Metodológicamente, a través de fases sucesivas, este instrumento se construyó en torno a afirmaciones (positivas y negativas) de las tres dimensiones que el modelo propone, con el fin de poder identificar los aspectos relevantes de la actitud en el grupo de cuidadores.

2. MARCO TEÓRICO

Desde hace algunos años la obesidad está siendo uno de los temas centrales en la salud pública a nivel mundial y nacional, constituyendo el trastorno nutricional de mayor relevancia en nuestro medio y un problema sanitario de gran trascendencia.

El complejo proceso de cambio en la situación de salud de la población chilena caracterizada por una transición demográfica y epidemiológica, amerita la necesidad de contar con modelos de evaluación actualizados, que permitan el desarrollo de acciones de promoción de la salud, como también de prevención y recuperación de la población. (Revista chilena de nutrición, 2002).

De los diez factores de riesgo identificados por la OMS como clave para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Además de la ya mencionada obesidad, se citan el sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras. Como puede verse, la alimentación poco saludable y no practicar actividad física con regularidad son las principales causas de las enfermedades crónicas más importantes y ambas son susceptibles de modificarse. (Rabe Cáez, G. y Casa Forero, N. 2007)

A partir de esto surge la necesidad de evaluar los factores psicológicos asociados a los hábitos de alimentación que inciden en el comienzo de la obesidad infantil, puesto que conociéndolos en profundidad se podrían crear instancias de docencia en torno a las prácticas de alimentación donde las personas aprendan acerca de los procesos de alimentación saludable, debido a que “ Los cambios en el estilo de vida de las últimas décadas han hecho que algunos sectores de la población se hayan alejado de un patrón alimentario saludable, detectándose la pérdida de protagonismo de grupos de alimentos de consumo tradicional en nuestro medio, como son las frutas y hortalizas” ⁴. A partir de esto creemos que se hace necesario indagar en las actitudes de los sujetos ante los hábitos de alimentación, es decir, que tipo de inclinación o tendencia tiene un sujeto hacia

⁴ Fomento del Consumo de Frutas y Hortalizas: vehículo de promoción de la salud y prevención de trastornos y patologías prevalentes en la sociedad”. Cervera Ral, Pilar.

la alimentación, sea esta saludable o no saludable. Específicamente en este estudio se abordara la actitud que tiene un cuidador hacia la alimentación infantil.

2.1. OBESIDAD

2.1.1. Factores de Riesgo de la Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, determinada por la interacción de factores genéticos, biológicos, socioeconómicos, conductuales y ambientales actuando a través de mediadores fisiológicos de ingesta y gasto de energía. (Asociación española de pediatría, 2007). Entre los factores ambientales destacan tanto el aumento de la ingesta de alimento como la reducción de la actividad física. (Asociación española de pediatría, 2007).

La obesidad infantil encuentra entre sus causas también el manejo de información incompleta o errónea por parte de los adultos responsables respecto de la alimentación saludable/ no saludable, es decir, las prácticas alimenticias y el sistema de vida actual de los cuidadores de quienes depende la alimentación del infante son los que generarán los futuros hábitos del niño(a), los que pueden ser considerados como factores que contribuyen en la presencia de sobrepeso u obesidad infantil, por ejemplo hay algunas personas que no logran *introyectar* en su desarrollo el control sobre la alimentación que inicialmente ejercen los padres, en especial cuando el sobrepeso aparece en la niñez o cuando hay sobreprotección. Por otra parte, la comida es empleada como un objeto *transicional* desde las primeras etapas del desarrollo, especialmente en el mundo occidental: se recurre a la comida para atenuar el malestar emocional de cualquier origen. Asimismo, una característica de muchos obesos es la dificultad para identificar y expresar las propias emociones, lo cual hace que recurran a comer en exceso como una estrategia mal adaptativa para “manejarlas”. En palabras de Judith Rodin (8): “La obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y expectativa de fracaso; protege de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un alto costo emocional”. (Bersch, Sonia. 2006)

2.2. OBESIDAD INFANTIL

Estudios actuales provenientes de distintas disciplinas, incluyendo la pediatría y nutrición han demostrado que la obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y adolescencia, perpetuándose en el tiempo.

El aumento del número de niños obesos sobrepasa la capacidad resolutive de los niveles de atención en la salud pública, que en la actualidad atiende al 75% de los niños (Propuesta EGO: Estrategia Global de la Obesidad en Chile, 2006).

En Chile, el exceso de peso presenta una prevalencia alta y creciente desde los primeros años de vida. La obesidad afecta al 7,4% en los menores de 6 años, aumentando a 17% en escolares de 1er año básico y es de orden de un 25% en adultos y adultos mayores. Además, si se considera el sobrepeso más de la mitad de la población nacional se encuentra en esta condición. Se estima que actualmente existen 3,4 millones de personas obesas en el país, las que superarán los 4 millones al año 2010 (Propuesta EGO: Estrategia Global de la Obesidad en Chile, 2006), por lo que se hace indispensable incluir estrategias de intervención para grupos de riesgo y, de esta manera, conocer los factores que discriminen entre aquellos niños que necesiten una atención más directa a ellos y sus familias.

Como consecuencia a esto es que en nuestro país el Ministerio de Salud ha diseñado un proyecto de intervención nutricional para la prevención de la obesidad que considera una visión integrada de los programas básicos de salud bajo el modelo de la consejería en vida sana, con énfasis en la alimentación saludable y actividad física⁵. Donde se reconoce la vital importancia de la salud y nutrición de las madres antes del embarazo y durante el transcurso de éste, y la alimentación del niño(a) durante los primeros meses como ejes para la prevención de la obesidad, donde la lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses se hace esencial para luego continuar con una alimentación complementaria apropiada, contribuyendo así a un desarrollo físico y mental, ya que en esta etapa debe iniciarse la *Alimentación Complementaria*, que corresponde a

⁵ Guía de alimentación del niño (a) menor de 2 años", departamento de nutrición y ciclo vital, Ministerio de Salud

la administración de cualquier alimento distinto a la leche, y que está orientada a complementar todos los nutrientes que el niño(a) necesita a esta edad y a lograr el desarrollo normal de la conducta alimentaria (“Guía de alimentación del niño menor de 2 años”, MINSAL 2005). “Durante este período el niño(a) va a experimentar aceptación o rechazo a estas nuevas experiencias, situación que debe considerarse en la incorporación de nuevos alimentos, evitando rechazos pertinaces o preferencias exageradas por uno u otro alimento, creando un ambiente adecuado, no de juego, y libre de tensiones”⁶.

A su vez, la incorporación de la alimentación sólida es una etapa muy importante no sólo por ser de gran vulnerabilidad nutricional, sino también porque es determinante en el desarrollo y formación de hábitos en alimentación (los hábitos son conductas aprendidas precozmente por lo tanto enseñarlos precozmente contribuirá al fomento de una vida más saludable). Donde según la guía de alimentación, “Hábito podría ser definido como el modo de actuar adquirido por la frecuente práctica de un acto”⁷. Existen factores de variada índole que determinan o afectan la adquisición de estos hábitos alimentarios a lo largo de la vida de un individuo, estos pueden provenir del ámbito genético, fisiológico, social, cultural, psicológico, entre otros. Es por esto que desde el periodo de la lactancia materna exclusiva y, especialmente, cuando se introduce la alimentación artificial (no láctea y/o sólidos) es muy importante la educación para evitar precozmente las acciones involuntarias, inocentes y bien intencionadas, pero tendientes a introducir malos hábitos, que luego se perpetúan y que serán muy difíciles de cambiar (usar alimentos como entretenimiento, distracción o premio; celebrar cuando se come todo y castigar cuando deja un poco). (“Guía de alimentación del niño menor de 2 años”, MINSAL 2005). Esta educación debe estar enfocada a las pautas de alimentación propuestas por el ministerio de salud las cuales tanto padres como cuidadores deben conocer y aplicar, ya que son estos los que introducen las pautas de alimentación de las siguientes generaciones. Así es recomendable que se introduzcan temas como ¿Qué comer?, apuntando a la instrucción en aquellos alimentos que puede comenzar a introducir en la dieta del menor en sus diversas etapas, ¿Cómo comer?, referido a la variedad y cantidad del alimento entregado, ¿Dónde comer?, entendiendo la importancia de generar un horario y lugar adecuado para la ingesta de los alimentos consumidos

⁶ Guía de alimentación del niño menor de 2 años”, MINSAL 2005

⁷ Guía de alimentación del niño menor de 2 años”, MINSAL 2005)

durante el día, ya que en muchas ocasiones esta falta de conocimiento es la que genera en un comienzo sobrepeso y en algunos años puede avanzar a obesidad.

Los hábitos que adquieran los niños de sus cuidadores en períodos donde la responsabilidad de su alimentación depende exclusivamente de ellos, es decir desde los 6 a 11 meses (“Norma de alimentación del menor de 2 años”, MINSAL 2000), son de vital importancia, debido a que es la instancia donde la alimentación complementaria debe estar orientada a proporcionar todos los nutrientes que el niño necesita a esa edad y lograr el desarrollo normal de la conducta alimenticia (“Norma de alimentación del menor de 2 años”, MINSAL 2000). En la medida que los niños(as) son pequeños dependen más estrechamente de las decisiones de sus cuidadores, quienes determinan, por ejemplo, qué alimentos son o no son apropiados para estos. Así, un alimento permitido, según el criterio del cuidador, será más frecuentemente expuesto y llegará a formar parte de las preferencias de los hábitos alimenticios (cómo, cuando y cuánto se come) del niño(a). Las recomendaciones del ministerio (“Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años”, MINSAL, 2005) apuntan a que la conducta de los cuidadores para lograr una alimentación más saludable debería ser menos restrictiva e incluir más alimentos saludables como: frutas, verduras y lácteos y no sólo insistir en la eliminación de alimentos altos en azúcar y grasas (“Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años”, MINSAL, 2005)

En el ámbito de los estilos de vida es conocida la dificultad para lograr cambios en las prácticas de alimentación de la población una vez éstas se han establecido, como es el caso de la población adulta, quienes además transmiten estos hábitos hacia los menores que se hallan en etapa de formación de dichos hábitos. En este escenario, resulta importante contar con instrumentos de screening válidos y confiables, y de fácil aplicación que puedan identificar a grupos de sujetos, encargados de la nutrición infantil, que conforme sus características actitudinales tendrían mayor o menor probabilidad de transmitir hábitos de alimentación no saludables en este grupo evolutivamente en desarrollo. En este sentido la detección temprana puede apoyar programas oportunos de intervención, que tengan por objetivo favorecer el cambio en los cuidadores, hacia la instalación de hábitos de alimentación saludables en los niños que están bajo su cuidado. Para el caso de la presente investigación, hemos escogido la variable “Actitud” como un factor psicológico susceptible de ser abordado psicométricamente, y potencialmente útil para la predicción de las conductas o intenciones conductuales de las cuidadoras en

materia de alimentación infantil en la etapa de incorporación de la alimentación complementaria.

2.3. ACTITUDES

De las diversas definiciones de “Actitudes” que existían a principios del siglo XX, G. Allport (1935) destaca la siguiente definición: “Estado mental y nervioso de preparación, organizado a partir de la experiencia, ejerciendo una influencia directriz o dinámica sobre las respuestas del individuo ante los objetos o situaciones con los que se ve confrontado” (Moscovici, 1986). Sin embargo, en cuanto a la generalidad de las definiciones existentes en torno a este constructo, podemos obtener como un elemento básico que “la actitud es una *disposición interna* del individuo respecto de un objeto de actitud” (Moscovici, 1986). De ello se desprende que la actitud “no puede ser observada directamente por el psicólogo, a menos que se exprese en respuestas verbales” (Moscovici, 1986). Entonces, de acuerdo a lo anterior, “el individuo es el lugar donde ésta (la actitud) se forma y modifica, siguiendo procesos psicológicos que operan en el individuo en función de su organismo, su persona y su historia. La actitud aparece como el producto y el resumen de todas las experiencias, directas o indirectas, que el individuo ha tenido con el objeto o su símbolo” (Moscovici, 1986). Asimismo, podemos señalar que las actitudes son, además, consideradas como una variable intermedia entre estímulo y respuesta. Es precisamente por ésta última característica que este concepto ha sido muy estudiado en psicología, ya que según ello las actitudes tendrían la capacidad de predecir la conducta de las personas.

Conforme a lo anteriormente expuesto, en nuestra investigación el modelo psicológico de las actitudes nos ofrece la posibilidad de describir anticipadamente las actitudes de un grupo objetivo que podrían explicar y predecir, en este caso particular, las conductas que los cuidadores sostienen en materia de alimentación infantil, específicamente en la etapa de inclusión de la alimentación complementaria.

En psicología se han desarrollado diversos modelos de actitudes, de ellos tres han sido los más relevantes. El primero de ellos es el Modelo Unidimensional (Katz, 1960 y Cimbrado; y, Ebessen, 1969), en el cual se enfatiza que las actitudes son caracterizadas por la evaluación del objeto actitudinal. Por consiguiente, “actitud” es una predisposición

aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable, ante un objetivo (individuos, grupos, ideas, situaciones, etc.). El segundo es el Modelo Expectativa-Valor (Fishbein, 1963), el que plantea que actitud es una función del valor de los atributos asociados al objeto actitudinal y de la expectativa, es decir, la probabilidad subjetiva de que este objeto esté efectivamente caracterizado por estos atributos. Sin embargo, el modelo que hemos elegido como para realizar nuestra investigación es el Modelo Tridimensional de las actitudes, expuesto por Rosenberg y Hovland en 1960. Este modelo plantea que las actitudes son “predisposiciones a responder a alguna clase de estímulo con ciertas clases de respuesta” (Hewstone, 1990), las respuestas son: afectivas (sentimientos evaluativos de agrado o desagrado), cognitivas (creencias, opiniones e ideas acerca del objeto de actitud) y cognitivas/conductuales (intenciones conductuales o tendencias de acción). Estos tres componentes, se consideran como subconjuntos de un conjunto superior que sería la actitud.

De acuerdo a este modelo, se intentará evaluar este constructo en cuanto a “Actitudes del cuidador hacia la alimentación infantil”. Esto se realizará como una aproximación metodológica a un problema común que es predecir una conducta a partir del conjunto de organizaciones simbólicas de los sujetos. Respecto de la pertinencia del modelo tricomponencial de las actitudes en relación a las prácticas de alimentación infantil, la literatura nos provee de varias investigaciones relacionadas, como “El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA)”, donde el objetivo del estudio fue desarrollar un cuestionario en español para evaluar la actitud frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA) y analizar su fiabilidad y validez en una muestra de pacientes que sufren este trastorno. El cuestionario se elaboró siguiendo el modelo transteórico de los estados del cambio de Prochaska y DiClemente y a partir de información clínica registrada sistemáticamente acerca de las cogniciones, emociones y conductas del paciente relacionadas con el trastorno.

Otro estudio que aborda las actitudes es el estudio llamado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con la lactancia materna en edad fértil en una población vulnerable”, la cual tuvo como propósito elaborar un diagnóstico sobre la situación de la lactancia materna en una comunidad desplazada, con el fin de establecer

estrategias de intervención al respecto. Este estudio entrega información acerca de la forma en que visualizan la actitud, complementando con los conocimientos y prácticas que se tienen con respecto al objeto actitudinal que midieron, así pudieron contribuir con información integral a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y nutrición. (Gamboa E., 2008).

A partir de la información recabada en los estudios descritos anteriormente se entenderá por **“Actitudes del cuidador hacia la alimentación infantil”** como todas aquellas cogniciones, afectos y conductas (o intenciones conductuales) que los cuidadores sostienen respecto de la alimentación infantil, específicamente en la etapa de inicio de la alimentación complementaria.

En lo particular, en el plano de las cogniciones estas actitudes del cuidador incluyen diversas creencias, conocimientos e ideas sobre la alimentación, las cuales han sido adquiridas a lo largo de su vida tanto a nivel familiar, social y cultural en el que se encuentran inmersos, generando que los cuidadores posean ciertas ideas ya establecidas respecto de la nutrición de los niños en la etapa de incorporación de alimentos a su dieta, lo cual puede ayudar o no a que el niño posteriormente adquiera hábitos alimenticios saludables. Por otro lado, desde el ámbito afectivo las actitudes del cuidador reflejarán distintos sentimientos, pero será la intensidad de las sensaciones experimentadas por éste las que influirán y/o determinarán el proceso de alimentación del menor, debido a que las interpretaciones que hacen los cuidadores de las respuestas del niño frente a la alimentación influye en el proceso de alimentación diaria del infante, como por ejemplo la interpretación del agrado/ desagrado que éste manifieste frente a ciertos alimentos. De igual modo, en cuanto al aspecto conductual, el cuidador poseerá una serie de intenciones y tendencias de comportamiento frente a las acciones que realiza respecto de la alimentación en niños que están en este período, por lo que cada cuidador seleccionará una pauta de conductas a diario algunas habituales y otras excepcionales para alimentar al niño del cual es tutor.

2.4. MEDICIÓN DE ACTITUDES

Como mencionamos en el apartado anterior, una actitud es una disposición interna, por lo que la medición de ella requiere de los indicadores adecuados para así evaluarla de forma válida y confiable. Debido a esto es que mediante la construcción de este instrumento se explorará cuáles son las *actitudes* que tiene el cuidador *hacia* la alimentación infantil, sea esta saludable o no saludable.

De modo general una actitud queda definida de forma transversal como aquella que esta referida hacia algo, hacia un objetivo específico, es decir, se ubica entre estímulo y respuesta, por lo que tendría la capacidad de predecir una conducta hacia el objeto de actitud. Por consiguiente, algunos autores proponen que para que esto sea efectivo, es muy importante tomar en cuenta los siguientes factores para llevar a cabo una investigación que logre asociar actitud y conducta. Estos factores son:

- I. Factores Motivacionales, los cuales según Ajzen y Fishbein (1977) se pueden resumir mediante cuatro elementos:
 1. Elemento *acción*: Debe tratarse de una respuesta específica.
 2. Elemento *objetivo*: Debe especificar el objetivo hacia el cual se dirige la respuesta.
 3. Elemento *contexto*: Debe especificarse el contexto en el que se da la respuesta frente a un objetivo.
 4. Elemento *tiempo*: Debe especificarse el tiempo en el que interesa que ocurra la respuesta.
- II. Características especiales de la Actitud: La mayoría de las investigaciones respecto de la correlación entre actitud y conducta reducen la actitud a su componente afectivo, debido a la parsimonia que esto puede otorgar, sin embargo este elemento sólo es un buen resumen si es que los componentes afectivo y cognitivo son consistentes (Rosenberg, 1968; Norman, 1975). Es por ello que, a pesar de la parsimonia, es esencial incluir los otros dos componentes, pues entregan información que no sería considerada si es que se planteara una investigación desde un modelo unidimensional.

- III. Factores Situacionales: “Las actitudes serán débiles predictores de la conducta cuando los condicionamientos ambientales resulten tan fuertes que no sea posible ninguna conducta individual” (Hewstone, 1990). Por lo tanto, los “factores como las normas sociales, normas morales y hábitos evocados en cierta situación puede ejercer fuertes influencias en la conducta y fortalecer o atenuar la relación actitud-conducta” (Hewstone, 1990).
- IV. Factores de Personalidad: Según las investigaciones realizadas por Zinder y Kendziersky (1974) señalan que las personas de baja autoobservación, muestran una mayor correspondencia entre actitudes y conducta que los sujetos de alta autoobservación. Y, en una segunda investigación realizada por estos mismos autores (1982), descubrieron que la alta correspondencia de actitud-conducta en sujetos “de baja autoobservación podría ser debida parcialmente a su preferencia por las situaciones en que pueden expresarse abiertamente las actitudes existentes y por tanto ser fácilmente convertidas en acción” (Hewstone, 1990). Además, existe “una apreciable correlación entre la actitud y conducta en personas muy autoconscientes (Carver, 1975; Gibbons, 1978)” (Hewstone, 1990).

Todos estos factores son de relevancia para las investigaciones que trabajen con actitudes, debido a que en cualquiera de ellas que se quiera estudiar estos factores estarán interactuando conjuntamente.

De acuerdo a todo lo expuesto con anterioridad referente al constructo de actitud y sus implicancias, se optó por abordar esta misma desde el Modelo Tricomponencial, es decir, se evaluará la actitud desde su aspecto cognitivo, afectivo y conductual, basándose específicamente en la medición de sus reacciones valorativas referidas a las creencias, sentimientos y conductas que se tienen acerca de un hecho u objeto de actitud, en nuestro caso frente a la alimentación complementaria de los niños(as) entre 6 y 11 meses de edad. Una implicación de este modelo, llamado también jerárquico por sus autores, es que las medidas de un mismo componente deben ser muy similares entre sí (y, por tanto, están altamente correlacionadas) y poco similares a las medidas de otro componente. Para esto último, se utilizará el enfoque numérico, el cual define una metodología estándar para la construcción de instrumentos; inicialmente se deberán definir las propiedades prototípicas del rasgo, particularmente en este estudio, la actitud del cuidador

frente a la alimentación saludable o no saludable del infante. Luego se elaboraran un pool de ítemes que reflejen las características de este rasgo –en este caso corresponden a creencias, afectos y conductas o intenciones conductuales- que son sometidos a criterios de validación inicial a cargo de expertos; para luego continuar con el análisis del comportamiento que tiene el instrumento piloto en una muestra significativa que permita obtener indicadores de confiabilidad del instrumento como tal y orientaciones para futuras modificaciones. Producto de las características de dicho enfoque, éstas nos facilitarán la realización del análisis de los resultados, la descripción objetiva y, con ello, su interpretación y comunicabilidad.

2.5. METODOLOGÍA DE LA CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO DE ACTITUDES

Sabemos que todos los tipos de escalas están formados por series de ítems y en todos los casos la puntuación final de cada sujeto es la suma de sus respuestas: pero la finalidad última es situar a los sujetos en el continuo de la actitud o rasgo medido. (Morales, P., 1988). En consecuencia la única suposición básica es que la respuesta evocada por cada ítem está en función de la posición del sujeto en el continuo de la variable medida: a más de acuerdo, el sujeto tiene más del rasgo que estamos midiendo. (Morales, P., 1988).

2.5.1 Fases en el Proceso de Construcción de una Escala de Actitudes en General

El primer paso debe consistir en una somera descripción de las características que posee un sujeto hacia lo que se pretende medir, es decir, si posee un mayor o menor grado de actitud o rasgo definido hacia lo que se evaluará. Esta descripción equivale a una definición, frecuentemente provisional, que va a guiar la redacción de los ítems para la construcción del instrumento. En cualquier caso, esta unidad conceptual habrá que confirmarla experimentalmente comprobando la covariación de todos los rasgos descriptivos incluidos en los ítems una vez que se haya realizado la aplicación piloto del instrumento.

El segundo paso a seguir consta de dos etapas:

1) Enumerar características o manifestaciones relacionadas con la actitud.

2) Asignar importancias relativas a las diversas características, es decir, se asignara un peso relativo a cada una de estas descripciones y en relación a ellas se redactaran los ítems del test. La finalidad de este punto es que se le pueda dar consistencia interna al instrumento que se esta construyendo.

Una vez redactados todos los ítems, se pasa a la tercera etapa del proyecto que consiste en utilizar el juicio de jueces o expertos para comprobar la adecuación de los ítems al constructo que se desea medir, ya sean estos reactivos tomados de otras fuentes o de creación propia.

Se debe tener presente como investigador que en todo este proceso los ítems de las escalas de actitudes suelen tomar la forma de frases cortas, de afirmaciones, que expresan opiniones que se pueden tener con respeto al objeto de la actitud medida. Por lo que estas deben ser relevantes y relacionadas con el objeto de la actitud; deben ser claras, es decir, utilizar expresiones sencillas y de una sola interpretación; deben ser discriminatorias evitando que todos o casi todos estén de acuerdo o en desacuerdo, ya que los ítems deben reflejar opiniones y no hechos comprobables. Además, es importante tener en cuenta que en la primera redacción de los ítems puede ser conveniente expresar la misma idea de modos diferentes. Aunque la idea sea la misma, no siempre es previsible qué formulación va a ser más clara o más discriminante, por eso es relevante que pase por un proceso de selección ante los expertos.

Por otro lado, es importante mencionar que en relación con la identificación de las respuestas en una escala de actitudes, hay que tener en cuenta que es indiferente identificar las respuestas con números o con letras, con tal de que la serie de respuestas sea simétrica, en torno a una o dos repuestas centrales. Además es necesario agregar que los ítems deben presentarse siempre en el mismo orden.

3. METODO

3.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

3.1.1. Planteamiento del Problema

De acuerdo a lo que se ha planteado en el marco teórico de esta investigación cobra relevancia el aporte que la psicología puede realizar respecto de la creación de un instrumento que pueda identificar grupos de riesgo y/o predecir conductas susceptibles de ser modificadas a través de intervenciones preventivas, mediante alguna variable que sea pertinente desde esta disciplina. Es por ello que se hace oportuno abordarlo desde el constructo de la “actitud”, pues como se ha señalado, éste nos permitiría predecir la conducta del sujeto hacia el objeto de actitud que se pretende medir, es decir el patrón de alimentación saludable o no saludable que tiene el cuidador al momento de entregarle diariamente el alimento al niño(a),

En consecuencia, en nuestra investigación nos abocaremos a la tarea de construir un instrumento piloto que mida la actitud de los cuidadores hacia a la alimentación infantil. En la cual, la participación de jueces expertos en su construcción, así como su aplicación en una muestra significativa de sujetos, nos permitirá aportar con los primeros indicadores de validez interna y confiabilidad del instrumento.

3.1.2. Justificación de la Investigación

En el contexto de la prevención de la obesidad infantil, los resultados de la presente investigación pavimentan el camino de investigaciones futuras, que persiguen el objetivo final de contar en el mediano o largo plazo con un instrumento de medición actitudinal que permita identificar poblaciones en riesgo, susceptibles de ser abordadas desde el ámbito de la prevención primaria; y adicionalmente convertirse en un instrumento que permita evaluar el impacto de dichas intervenciones.

3.1.3 Objetivos de Investigación

3.1.3.1 Objetivo General

Construcción de un instrumento piloto para la detección de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable.

3.1.3.2 Objetivos Específicos

- ❖ Someter el instrumento piloto a la evaluación de un juicio de experto.
- ❖ Determinar la confiabilidad y validez del instrumento.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo De Estudio

El tipo de estudio es cuantitativo y descriptivo, correspondiendo con las fases iniciales de construcción de un instrumento psicométrico. Además, es transeccional pues los datos se recolectan en un único momento sobre una población definida estadísticamente. En su diseño pretende alcanzar los primeros indicadores validez y confiabilidad estadística, analizando el comportamiento de los ítems del instrumento piloto y seleccionando a partir de técnicas de análisis estadístico los ítems que, en virtud de su comportamiento, formarán parte de la primera versión del instrumento.

4.2 Diseño De Investigación

Nuestra investigación constará de tres fases. La primera y segunda de ellas se enfocará en alcanzar la validez interna del instrumento piloto y la tercera su confiabilidad.

En la primera etapa se presentará el objetivo del cuestionario de screening y la aplicación del mismo, la cual se tomará a 73 sujetos en el mes de octubre. Luego de ello, se analizarán sus resultados y sus respectivas puntuaciones, las cuales corresponderán a los objetivos anteriormente señalados.

La segunda etapa tendrá por objetivo el proceso creativo de redacción de ítems y validación a través del Juicio de Expertos presentándole a estos una amplia cantidad de ítems permita depurar cierta cantidad de ítems tanto en esta etapa como en la que sigue.

La tercera etapa de nuestra investigación corresponde al análisis psicométrico del instrumento aplicado, mediante la confiabilidad interna que presente el mismo. Ésta se alcanzará por medio de la aplicación de la versión ya refinada del instrumento piloto a una muestra de 100 sujetos en el mes de diciembre en horarios diferenciados despendiendo de la disponibilidad de horarios de las investigadoras.

Luego de la aplicación masiva del instrumento piloto se pasará al análisis estadístico para ciencias sociales SPSS para determinar de esta manera la confiabilidad a través de su alpha de Cronbach, donde el método de análisis desprendido se subdividirá en dos pasos. El primero de ellos constará del análisis ítems correspondiendo a la actitud

a la cual pertenece. En el segundo del análisis se evaluará cuál es el nivel de confiabilidad que los ítems aportan al instrumento final.

4.3. Población Objetivo

Nuestra población objetivo está enfocada a cuidadores de niños(a) entre 6 y 11 meses de edad, los cuales asistan a los consultorios pertenecientes a la ciudad de Valparaíso. Su participación en las distintas etapas de la investigación dependerá de su disponibilidad y disposición al momento de la recolección de datos.

4.4 Validez

Para establecer la validez interna del instrumento piloto que ha sido elaborado en esta investigación, se desarrolló una primera fase descriptiva exploratoria de la población a través de un cuestionario breve a modo de screening sobre la información, creencias, afectos y conductas que reconocen como más frecuentes los sujetos en estudio, los resultados de esta primera fase guiaron el paso siguiente de la investigación en el cual se elaboraron los ítems para la versión piloto del instrumento.

A continuación se procedió a una segunda fase también relacionada con la validez del instrumento, en la cual a través del Juicio de Expertos, se incorporaron algunas modificaciones a la redacción de los ítems y a su pertinencia respecto de las actitudes a las cuales pertenecieron en la versión piloto del instrumento.

4.5 Confiabilidad

Para determinar la confiabilidad interna de nuestro instrumento piloto se aplicará el instrumento descrito a una muestra de 100 sujetos, traspasando sus respuestas al programa estadístico para ciencias sociales SPSS y de esta forma determinar su confiabilidad a través del alpha de Cronbach, el cual nos permitirá elevar esta consistencia interna por medio de la eliminación de ciertos ítems para así lograr el mejor ajuste psicométrico de estos.

5. PRESENTACIÓN DE LAS FASES DE LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

5.1. Primera fase (Screening)

En esta primera etapa de screening se construyó un cuestionario compuesto por 13 preguntas que abarcaron las tres unidades del constructo de actitud según el modelo de Hovland. Cada una de estas preguntas están presentadas en el anexo N° 1 y debidamente justificada en el anexo N° 2.

La muestra sobre la cual se aplicó este instrumento de screening estuvo compuesta por 73 cuidadores de menores de 6 hasta 11 meses, todas usuarias de los servicios de salud pública. La toma de estos datos fue realizada en los meses de septiembre y octubre. Estas encuestas fueron realizadas en los siguientes consultorios: Consultorio de especialidades, Consultorio Barón, Consultorio Placeres, Consultorio Placilla, Consultorio Plaza justicia, Consultorio Reina Isabel, Consultorio Cordillera, Consultorio Laguna Verde, Consultorio Las Cañas, Consultorio Rodelillo, Consultorio Quebrada Verde y Consultorio Mena, procedentes de la ciudad de Valparaíso. Éstos fueron realizados entre los meses de septiembre y octubre del año 2009.

La composición de la muestra en relación a la edad de los menores aparece en el siguiente gráfico:

Análisis cantidad de niños según edad

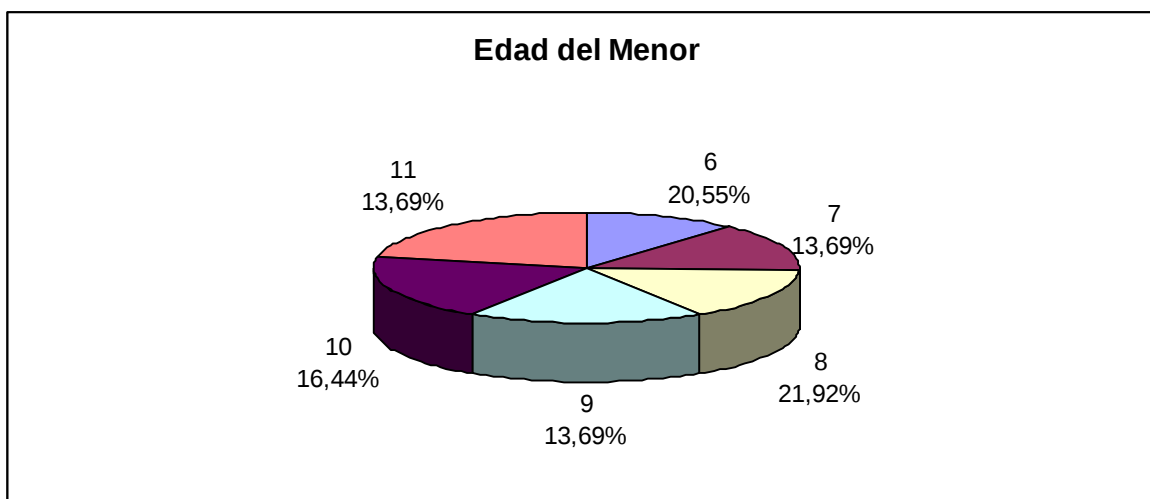


Figura I: Edades de los bebés entre 6 y 11 meses.

El 89% de las personas encuestadas corresponden a madres que afirman ser las responsables tanto de la preparación como de la entrega del alimento a los menores, y sólo un 11% señala ser responsable sólo de la preparación, pero no de la entrega del alimento o viceversa.

Los ítems (identificados numéricamente en este apartado) están orientados a explorar el **conocimiento** de las madres en aspectos básicos de la nutrición infantil, contenidos en la “Guía de Alimentación del menor de 2 años” (ver anexo N° 1). El posterior análisis de estos ítems nos permite obtener una aproximación al porcentaje de aciertos y errores, y en algunos casos a depurar el tipo de errores que presentan los sujetos encuestados. Los resultados descriptivos se presentan en la siguiente tabla y gráfico.

Tabla N° 1: Porcentaje de Aciertos y errores

	<i>Papilla adecuada 6 meses</i>	<i>Incorporación Alimentación Sólida</i>	<i>Pirámide Alimenticia</i>	<i>Extensión lactancia materna</i>	<i>Leche materna con múltiples beneficios</i>
Correcta	79,45%	90,41%	9,59%	45,21%	100%
Incorrecta	20,55%	9,59%	90,41%	54,79%	0%
	<i>Bebés con sobrepeso tendrán peso normal a futuro</i>	<i>Alimentación Saludable y prevención de enfermedades</i>	<i>Bebé llora sólo por hambre</i>	<i>Agregar azúcar en las comidas</i>	<i>Escasos recursos y Alimentación Saludable</i>
Correcta	45,21%	91,78%	50,68%	98,63%	30,14%
Incorrecta	54,79%	8,22%	49,32%	1,37%	69,86%

Figura II: Tabla de porcentaje de acierto y error en las preguntas orientadas al conocimiento de las madres encuestadas

Análisis de las respuestas a la pregunta N° 2

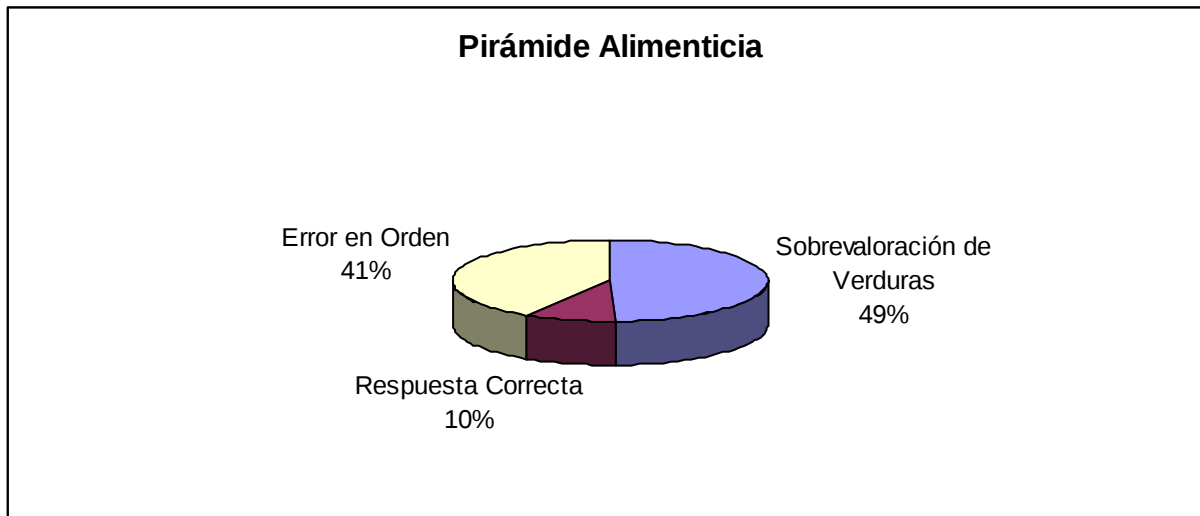


Figura III: Gráfico pregunta n° 2 correspondiente al Orden Correcto de la Pirámide Alimenticia

En términos generales los datos revelan que la gran mayoría de las encuestadas conocen cuál es la papilla con la que se debe comenzar en la incorporación de alimentos; asimismo, conocen la edad en la que se debiera incorporar la alimentación sólida. Sin embargo, se encontraron algunos errores en los ítems que indagaban acerca de la extensión de la lactancia materna (tan sólo 45,21% contestó correctamente). De relevancia en lo que atañe al período de la incorporación de alimentos, sólo un 9,59% de la población respondió de modo correcto el ítem tres respecto del orden y valoración de los alimentos contenidos en la pirámide alimenticia.

Los ítems a, b, d, e, g y h de la pregunta diez, aún cuando cambian su estructura, también exploran los conocimientos de las madres respecto de la alimentación, usando como estrategia preguntas de verdadero y falso en torno a algunos conocimientos que sostienen las madres sobre la alimentación infantil.

El análisis de las respuestas revelan los siguientes resultados. Existen algunas afirmaciones bien establecidas en la población; todas reconocen que la leche materna tiene múltiples beneficios (100%), y la mayoría de ellas ha incorporado la noción nutricional según la cual la alimentación saludable puede prevenir enfermedades futuras

(91,78%); en esta línea se reconoce además que no es recomendable agregar azúcar en las comidas de los bebés (98,63%).

Un resultado más heterogéneo que segmenta la muestra en torno al 50% de aciertos y un 50% de errores, se obtuvo en algunas afirmaciones que apuntan a un conocimiento popular no incorporado en la información oficial (guía nutricional) y además no verificable en la experiencia inmediata. Un 54,79% de las encuestadas sostienen como verdadera la idea de que un bebé con sobrepeso alcanzará de modo natural un peso normal a futuro en la medida que aumenta su actividad física y estatura. Asimismo, un 49,32% sostiene la idea de que cuando un bebé llora es porque tiene hambre. Finalmente, una de las informaciones más relevantes que se pudo evidenciar fue que la mayoría de las encuestadas sostiene la idea que para las personas de escasos recursos es mucho más difícil costear una dieta saludable, llegando al 69,86% de los encuestados. Estas creencias, podrían eventualmente inducir a las madres a prácticas de alimentación poco saludables.

Respecto del conocimiento de las causas a las que atribuyen el sobrepeso de niños de esta edad, se encuentra que la mayoría de las encuestadas, un 43%, atribuye esta condición a la “Alimentación No Saludable”, en tanto que un 27% reconoce las causas en una “Sobrealimentación” y un 18% en la “Alimentación fuera de Horarios”.

Los ítems 6, 7 y 9 están orientados a explorar las **conductas** o prácticas de alimentación más frecuentes de estas madres. El análisis descriptivo de los resultados permite aproximarnos al porcentaje de conductas correctas e incorrectas y, en algunos casos, hacer una aproximación más fina sobre el tipo particular de prácticas incorrectas de alimentación. Los resultados generales se exponen en las siguientes tablas.

Tabla N° 2: Porcentaje Aciertos y Errores en Almuerzo y Cena

ALMUERZO			
	Alimentos	Cantidad	Horario
Correctas	87,67%	72,60%	64,38%
Incorrectas	12,33%	27,40%	35,62%
CENA			
	Alimentos	Cantidad	Horario
Correctas	59,62%	48,08%	46,15%
Incorrectas	40,38%	51,92%	53,85%

Figura IV: Tabla de porcentaje de acierto y error en almuerzo y cena

Tabla N° 3: Porcentajes de Entrega de Alimentos fuera de Horario

Alimentos entregados fuera de horario	Cantidad
Lácteos	22,48%
Cereales	4,65%
Dulces	10,85%
Verduras	3,88%
Carnes	1,55%
Grasas	0
Frutas	23,26%
Jugos o Bebidas Gaseosas	25,58%
Relleno	7,75%

Figura V: Tabla de porcentaje de alimentos frecuentemente entregados por las madres encuestadas

Tabla N° 3: Porcentajes de Reacción frente al rechazo de la comida

Reacción frente al rechazo de la comida	Cantidad de personas
A	4,11%
B	26,03%
C	46,58%
D	23,29%

Figura VI: Tabla de porcentaje de opciones de reacción frente al rechazo de la comida por parte del menor

Tabla N° 3: Porcentajes de Causas por las que se entregan alimentos fuera del horario establecido

Causas por las que se entregan alimentos fuera de horario	Cantidad
Reacciones del niño	28%
Instancias fuera del hogar	18,67%
Debido a terceros	22,67%
Otros	7,33%
Respuesta atingente	13,33%

Figura VII: Tabla de porcentaje de opciones de causas por las que las madres encuestadas le dan alimentos fuera del horario estipulado

El análisis de las prácticas de alimentación reconocidas por las encuestadas revela que los principales errores conductuales se encuentran en la incorporación temprana de la segunda alimentación del día, específicamente un porcentaje importante de madres ha incorporado la cena antes del período indicado por la guía de alimentación y en el horario que habitualmente se utiliza para esta actividad, donde un porcentaje importante (53,85%) declara entregar la cena en un horario tardío que no favorece la correcta asimilación de los nutrientes.

El análisis del ítem 9, nos permite aproximarnos a las preferencias que muestran las encuestadas respecto de alimentos que son entregados fuera de horario; los jugos o bebidas gaseosas fueron las alternativas que concentran la mayor preferencia con un 25,58%, quedando en un segundo lugar las frutas con un 23,26%, y en un tercer lugar los lácteos con un 22,48%. Posteriormente, se les preguntó cuáles eran las instancias en que le entregaban estos alimentos extras y los resultados revelan que mayoritariamente, en un 28% de los casos esto ocurre debido a las interpretaciones que realizan respecto de las reacciones que tiene el bebé, produciéndose generalmente cuando llora. Enseguida aparecen las opciones: "Debido a terceros" (22,67%) e "Instancias fuera del Hogar" (18,67%).

Finalmente, se consultó a las madres respecto de cuál es su reacción en situaciones en que el menor rechaza la comida. En este punto la mayoría de la muestra, un 46,38%, realiza acciones tendientes a distraer al menor, alternando la papilla con otro alimento que le guste. Sólo un porcentaje menor, de 26,03% de las encuestadas señala

realizar una conducta nutricionalmente correcta, como es “cambiar la papilla por otra y en otra instancia incorporar el alimento”.

Los ítems 11 y 12 están orientados a explorar la **dimensión afectiva**, refiriéndose a los pensamientos y sensaciones que emergen en el cuidador. El análisis descriptivo de los resultados permite aproximarnos a los porcentajes más significativos respecto de las diversas opciones de reacciones afectivas posibles que se pueden presentar en las situaciones de alimentación para con el niño.

La pregunta 11 esbozaba el siguiente enunciado: “Cuando estoy comiendo y el niño me pide comida generalmente pienso que”, a lo que se podía contestar las siguientes opciones:

- a) Tiene ganas de comer
- b) Es injusto que me vea comer y él no pueda hacer lo mismo
- c) Es un poquito no más, ¿qué le va a hacer?
- d) Me da pena negarle la comida
- e) Otras

Las respuestas más frecuente fueron aquellas referidas a la interpretación que hace la madre respecto de las reacciones que el menor pueda tener en diversas instancias, destacándose con un 39% aquella que señala “Tiene ganas de comer”, mientras que las demás opciones redondean el 18%, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

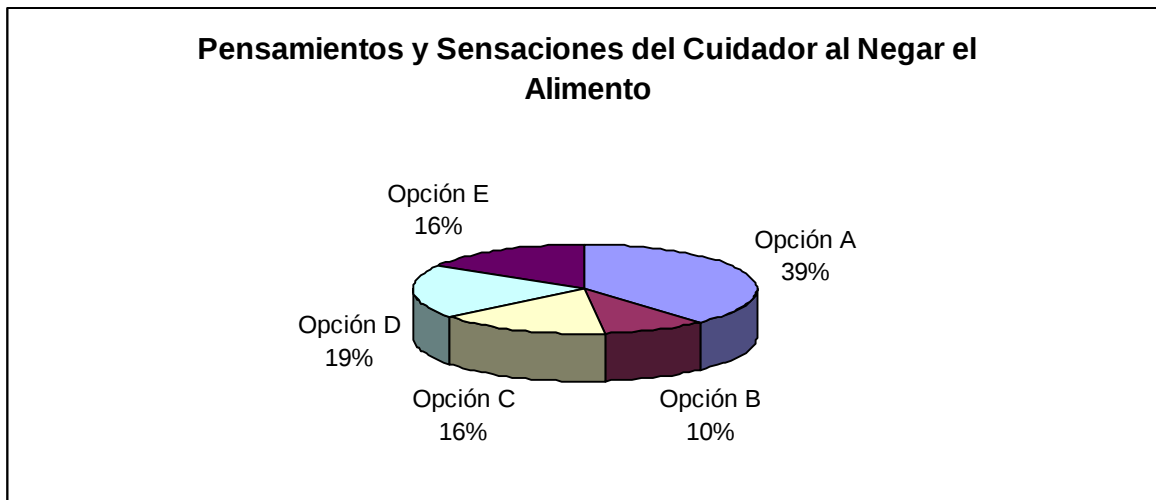


Figura VIII: Gráfico de porcentajes de opciones respecto de los pensamientos y sensaciones por parte del cuidador al negar algún alimento al niño(a)

Así también, la pregunta 12 tiene por enunciado: “Evito darle ciertos alimentos porque”, con las siguientes opciones de respuesta:

- a) Me da miedo que no sepa digerirlos correctamente
- b) Creo que no le va a gustar el alimento
- c) Los olores y sabores de ese (esos) alimento(s) no me gusta(n)
- d) Mi dieta no se compone de esto(s) alimento(s)
- e) Otras

Según, los resultados arrojados por el gráfico se puede evidenciar una amplia mayoría hacia la respuesta “Me da miedo que no sepa digerirlos correctamente”, expresándose en un 55% de la totalidad de la muestra, mientras que las demás opciones se encuentran alrededor de un 10%.

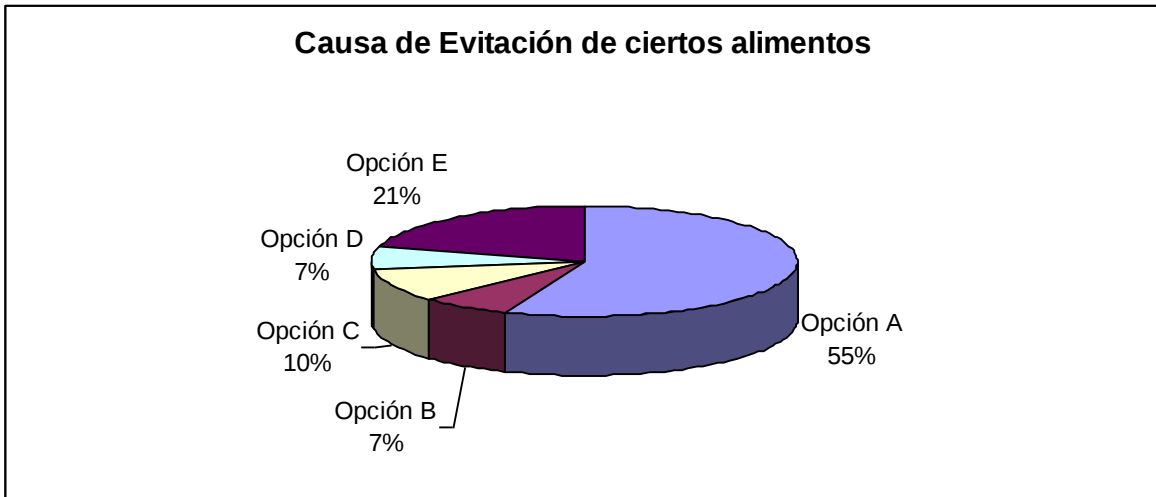


Figura IX: Gráfico de porcentajes de la causa por la que las madres evitan ciertos alimentos a sus hijos(a)

5.2. Segunda Fase. Proceso Creativo de redacción de ítems y validación a través del Juicio de Expertos

A partir de la información obtenida en la fase de screening, se construyeron 48 ítems acerca de la alimentación infantil, compuestos cada uno por un reactivo cognitivo, afectivo y conductual. Luego se agruparon de acuerdo al objetivo final que querían medir, distinguiéndose finalmente seis tipos de actitudes posibles. Estas fueron:

1. **Actitud hacia la Información Nutricional** definida como “aquel tipo de información, afectos y conductas que mantienen los cuidadores en relación con la entrega de alimentos al menor, incluyendo el conocimiento previo sobre la materia y el nuevo conocimiento que pudieran haber recibido a través de los centros de salud.” Esta actitud esta compuesta por 10 ítems.
2. **Actitud hacia los Hábitos de Alimentación** definida como “aquel tipo de información, afectos y conductas que mantienen los cuidadores en relación con las prácticas más frecuentes, el establecimiento de hábitos más o menos estables a esta edad, condiciones contextuales que facilitan o impiden la concreción de estos hábitos”. Esta actitud esta compuesta por 7 ítems.

3. **Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos** definida como “aquel tipo de información, afectos y conductas que mantienen los cuidadores en relación con la preparación y entrega de los alimentos: se refieren a la elección y utilización de algunos alimentos sobre la base de las costumbres transgeneracionales, las preferencias personales y las sugerencias que han recibido de parte del personal de salud tanto en lo que se refiere a los tipos de alimentos, su forma de preparación y las cantidades proporcionales que se deben entregar al menor en sus distintas etapas de desarrollo”. Esta actitud esta conformada por 10 ítems.
4. **Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil** definida como “aquel tipo de información, afectos y conductas que mantienen los cuidadores en relación con las causas, consecuencias y agentes mantenedores de la obesidad y la obesidad infantil y cómo la población se comporta frente a esta problemática.” Esta actitud esta compuesta por 6 ítems
5. **Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud** definida como “aquel tipo de información, afectos y conductas que mantienen los cuidadores en relación con el rol de los profesionales del sistema de salud vinculados a la nutrición y con quienes los sujetos han tenido contacto, incluye la validación que le otorgan y el grado en que sus conductas se ajustan a estos nuevos contenidos.” Esta actitud esta compuesta por 3 ítems
6. **Actitud hacia el Conocimiento Tradicional sobre la Alimentación Infantil** definida como “aquel tipo de información, afectos y conductas que mantienen los cuidadores en relación al conocimiento acumulado desde su experiencia en torno a la alimentación infantil, incluye su grado de acuerdo o desacuerdo frente a este conocimiento, el impacto que tiene en sus sensaciones inmediatas y prácticas cotidianas.” Esta actitud esta conformada por 9 ítems.

Cada una de estas actitudes se definió según los conocimientos adquiridos en el screening y en el proceso de investigación, y se anexó al juicio de expertos, con el fin de otorgarles una aproximación clara de lo que se esta tratando de medir. El Juicio de expertos final enviado en el formato que aparece en el anexo N° 5.

Los expertos que se escogieron para el juicio del instrumento piloto fueron los siguientes: Paula Jiménez, Psicóloga; Viviana Rodríguez, Psicóloga; Ximena Ceballos, Nutricionista; y, Claudia Miranda, Psicóloga. Cada uno de ellos realizó apreciaciones desde su postura de expertos como de profesionales de la salud. En su mayoría los comentarios fueron referidos a problemas de redacción y delineamientos confusos entre un reactivo y otro. Específicamente se realizaron sugerencias en relación con una revisión de los planteamientos de los ítems en la dimensión afectiva, ya que no quedaba claro si estaba apuntando al objetivo (afectividad), como por ejemplo ocurrió en el ítem 1 de la Actitud 1 y en el ítem 8 de la Actitud 6. Además se sugirieron cambios de frases tales como “Estoy de acuerdo” o “No me importa” por otra que sugiriera mayor énfasis en lo afectivo, como por ejemplo en el ítem 5 de la Actitud 1. También se hizo hincapié en cambiar algunas sentencias que indicaban intención conductual pero no una conducta como tal, como en el caso del ítem 3 de la Actitud 4. Al finalizar este proceso se eliminaron tres ítems por ser confusos y poco claros, quedando 45 de ellos para la conformación del instrumento piloto. Para ver la primera versión de este instrumento piloto diríjase al anexo N° 6. Una vez finalizado el instrumento se prosiguió con la aplicación. Esta fue realizada a 100 mamás de la región de Valparaíso que asistieran a cualquiera de los consultorios del sistema de salud pública.

5.3. Tercera Fase. Análisis psicométrico del Instrumento a partir de los resultados obtenidos de su aplicación piloto sobre una muestra significativa de madres.

El Instrumento Piloto (ver Anexo N° 6) fue aplicado a un total de 100 madres de menores de 6 hasta 11 meses, todas usuarias de los servicios de salud pública de la V región de Valparaíso. El proceso de selección fue no intencionado ni estratificado, por disponibilidad y azaroso. Su aplicación fue llevada a cabo entre el 21 de diciembre del 2009 y el 5 de enero del 2010.

Terminado el proceso anterior, se realizó el análisis estadístico de los datos utilizando el software SPSS, el cual se caracteriza por ser un paquete estadístico ampliamente utilizado en ciencias sociales, y que permite el análisis de amplias bases de datos.

Este análisis comienza con un plan estadístico que permita visualizar el nivel de confiabilidad o consistencia interna que obtenida por el instrumento en total y en cada uno de sus ítems.

De acuerdo a esto, se llevó a cabo un análisis por ítem utilizando el alpha de Cronbach que cada uno de ellos aportaba al nivel de confiabilidad total del instrumento, dividiéndose en dos pasos en el análisis.

El primer paso consiste en evaluar la confiabilidad que entrega cada uno de los ítems a la actitud a la cual pertenece y luego obtener un resultado a nivel mayor (segundo nivel), es decir calculando cuál es la cantidad de confiabilidad que cada ítem aporta a la totalidad del instrumento. En ambos niveles, si es que los ítems aportan una baja confiabilidad, ellos pueden ser eliminados y así elevar la confiabilidad tanto a nivel de actitud como a nivel de instrumento.

5.3.1 Primera Etapa. Análisis de confiabilidad de ítems instrumento con la totalidad de reactivos aplicados

Se comenzó realizando la evaluación de la confiabilidad de cada uno de los ítems respecto de la actitud, considerando los 45 ítems que fueron aplicados a la muestra, obteniendo los siguientes resultados:

En esta instancia el mismo software se encargó de señalar cuáles eran aquellos ítems que debieran ser dejados a un lado para que la confiabilidad interna aumentara. Estos ítems son los que se encontrarán destacados en verde en las tablas expositivas que se presentaran a continuación.

En cuanto a la Actitud hacia la Información Nutricional, el nivel de confiabilidad interna arrojado fue 0,556. Éste nivel podría incrementarse si es que se descartaran algunos ítems como el ítem 3 con un 0,581; el ítem 8 con un 0,581; el ítem 9 con un 0,565; y, el ítem 10 con un 0,560.

**Análisis de los ítems que componen la Actitud hacia la información
nutricional**

Alpha de Cronbach = 0,556

Ítems	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Items 1	0,556	0,496
Items 2	0,556	0,509
Items 3	0,556	0,581
Items 4	0,556	0,502
Items 5	0,556	0,496
Items 6	0,556	0,496
Items 7	0,556	0,498
Items 8	0,556	0,581
Items 9	0,556	0,565
Items 10	0,556	0,560

*Figura X: Tabla de resultados de Alpha de Cronbach de la Actitud hacia la Información
Nutricional*

La Actitud hacia los Hábitos de Alimentación obtuvo un 0,446 de los ítems que contenía, pero si es que el ítem 5 no se considera la confiabilidad aumentaría al 0,464.

**Análisis de los ítems que componen la Actitud hacia los Hábitos de
Alimentación**

Alpha de Cronbach = 0,446

Ítems	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Items 1	0,446	0,441
Items 2	0,446	0,416
Items 3	0,446	0,347
Items 4	0,446	0,294
Items 5	0,446	0,464
Items 6	0,446	0,425
Items 7	0,446	0,429

*Figura XI: Tabla de resultados de Alpha de Cronbach de ítems de la Actitud hacia los
Hábitos de Alimentación*

Del mismo modo, la Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos logró un 0,350. En esta actitud el programa detectó que si es que se sacaban: el ítem 8 incrementaría la consistencia al 0,357; el ítem 7 aumentaría a 0,390; y, el ítem 3 la confiabilidad crecería a un 0,399.

**Análisis de los ítems que componen la Actitud hacia la Incorporación,
Preparación y Entrega de Alimentos**

Alpha de Cronbach = 0,350

Ítems	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Items 1	0,350	0,327
Items 2	0,350	0,327
Items 3	0,350	0,399
Items 4	0,350	0,300
Items 5	0,350	0,250
Items 6	0,350	0,327
Items 7	0,350	0,390
Items 8	0,350	0,357
Items 9	0,350	0,298
Items 10	0,350	0,284

Figura XII: Tabla de resultados de Alpha de Cronbach de ítems de la Actitud hacia la incorporación, preparación y entrega de alimentos

La Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil obtuvo un 0,410; y, al igual que con la actitud anterior si se quita el ítem 5 aumentaría al 0,467 y si se saca el ítem 3, la confiabilidad incrementa a un 0,558.

**Análisis de los ítems que componen la Actitud hacia la Obesidad y la
Obesidad Infantil**

Alpha de Cronbach = 0,410

Ítems	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Items 1	0,410	0,222
Items 2	0,410	0,327
Items 3	0,410	0,558
Items 4	0,410	0,277
Items 5	0,410	0,467
Items 6	0,410	0,326

Figura XIII: Tabla de resultados de Alpha de Cronbach de ítems de la Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil

La Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud logró un 0,368 de confiabilidad y ésta podría aumentar si es que se elimina el ítem 1 a un 0,425.

Análisis de los ítems que componen la Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud

Alpha de Cronbach = 0,368

Ítems	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
Ítems 1	0,368	0,425
Ítems 2	0,368	0,247
Ítems 3	0,368	0,022

Figura XIV: Tabla de resultados de Alpha de Cronbach de ítems de la Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud.

La última actitud llamada Actitud hacia el Conocimiento Tradicional sobre la Alimentación Infantil logró un 0,804 de confiabilidad, sin embargo si es que se descarta el ítem 3 puede aumentar a un 0,816 y si se realiza lo mismo con el ítem 6 podría incrementarse a un 0,823.

Análisis de los ítems que componen la Actitud hacia el Conocimiento Tradicional sobre la Alimentación Infantil

Alpha de Cronbach = 0,804

Ítems	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
Ítems 1	0,804	0,791
Ítems 2	0,804	0,782
Ítems 3	0,804	0,816
Ítems 4	0,804	0,758
Ítems 5	0,804	0,757
Ítems 6	0,804	0,823
Ítems 7	0,804	0,781
Ítems 8	0,804	0,775
Ítems 9	0,804	0,750

Figura XV: Tabla de resultados de Alpha de Cronbach de ítems de la Actitud hacia el Conocimiento Tradicional sobre la Alimentación Infantil.

En el paso siguiente, se realizó el cálculo de confiabilidad interna del instrumento total con los 45 ítems, arrojando un 0,780.

Al igual que en el paso anterior, programa detectó que si se eliminan los siguientes ítems:

- Actitud hacia los Hábitos de Alimentación, ítem 2 aumentaría a 0,783
- Actitud hacia los Hábitos de Alimentación, ítem 6 aumentaría a 0,782

- Actitud hacia los Hábitos de Alimentación, ítem 7 aumentaría a 0,782
- Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos, ítem 10 aumentaría a 0,783.

**Análisis de confiabilidad de los ítems de la primera versión del instrumento
piloto en relación al instrumento total**

Alpha de Cronbach Total = 0,780

Ítems	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
Act 1. Items 1	0,780	0,773
Act 1. Items 2	0,780	0,777
Act 1. Items 3	0,780	0,781
Act 1. Items 4	0,780	0,772
Act 1. Items 5	0,780	0,773
Act 1. Items 6	0,780	0,778
Act 1. Items 7	0,780	0,774
Act 1. Items 8	0,780	0,778
Act 1. Items 9	0,780	0,781
Act 1. Items 10	0,780	0,789
Act 2. Items 1	0,780	0,777
Act 2. Items 2	0,780	0,783
Act 2. Items 3	0,780	0,778
Act 2. Items 4	0,780	0,778
Act 2. Items 5	0,780	0,777
Act 2. Items 6	0,780	0,782
Act 2. Items 7	0,780	0,782
Act 3. Items 1	0,780	0,778
Act 3. Items 2	0,780	0,777
Act 3. Items 3	0,780	0,773
Act 3. Items 4	0,780	0,778
Act 3. Items 5	0,780	0,775
Act 3. Items 6	0,780	0,770
Act 3. Items 7	0,780	0,786
Act 3. Items 8	0,780	0,780
Act 3. Items 9	0,780	0,778
Act 3. Items 10	0,780	0,786
Act 4. Items 1	0,780	0,776
Act 4. Items 2	0,780	0,778
Act 4. Items 3	0,780	0,776
Act 4. Items 4	0,780	0,775
Act 4. Items 5	0,780	0,783
Act 4. Items 6	0,780	0,777
Act 5. Items 1	0,780	0,783
Act 5. Items 2	0,780	0,771
Act 5. Items 3	0,780	0,771

Act 6. Items 1	0,780	0,774
Act 6. Items 2	0,780	0,771
Act 6. Items 3	0,780	0,780
Act 6. Items 4	0,780	0,760
Act 6. Items 5	0,780	0,761
Act 6. Items 6	0,780	0,784
Act 6. Items 7	0,780	0,768
Act 6. Items 8	0,780	0,768
Act 6. Items 9	0,780	0,761
TEST TOTAL I	0,780	

Figura XVI: Tabla de resultados de Alpha de Cronbach de los ítems de la primera etapa

5.3.2 Segunda Etapa. Análisis de confiabilidad de ítems instrumento corregido

El siguiente análisis considera la eliminación de los ítems (aquellos con menor aporte señalados en la etapa anterior), de modo de elevar el valor de consistencia interna al interior de cada una de las actitudes considerando el modelo de mejor ajuste que se presenta en las siguientes tablas.

En una primera instancia, esto se realizó por Actitud, la cual se especificará a continuación:

De acuerdo a ello, la Actitud hacia la Información Nutricional quedó con un 0,703.

Análisis de ítems que componen la Actitud hacia la Información Nutricional

Alpha de Cronbach = 0,703

Ítems	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Items 1	0,703	0,650
Items 2	0,703	0,644
Items 4	0,703	0,648
Items 5	0,703	0,694
Items 6	0,703	0,634
Items 7	0,703	0,698

Figura XVII: Tabla de resultados de Alpha de Cronbach de los ítems de la Actitud hacia la Información Nutricional.

En la Actitud hacia los Hábitos de Alimentación se eliminaron todos los ítems que pertenecían a ella, pues no aportaban suficiente confiabilidad tanto a la actitud como al instrumento mismo.

La Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos, por su parte, arroja un 0,424 de consistencia interna entre los ítems de dicha actitud.

**Análisis de ítems que componen la Actitud hacia la Incorporación,
Preparación y Entrega de Alimentos**

Alpha de Cronbach = 0,424

Ítems	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
Ítems 1	0,424	0,421
Ítems 2	0,424	0,394
Ítems 4	0,424	0,289
Ítems 5	0,424	0,359
Ítems 9	0,424	0,389

Figura XXIV: Tabla de resultados del Alpha de Cronbach de los ítems de la Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos

La Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil logró un 0,650.

Análisis de ítems que componen la Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil

Alpha de Cronbach = 0,605

Ítems	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
Ítems 1	0,605	0,434
Ítems 2	0,605	0,589
Ítems 4	0,605	0,546
Ítems 6	0,605	0,548

Figura XX: Tabla de resultados de Alpha de Cronbach de los ítems de la Actitud hacia la Obesidad y Obesidad Infantil.

La Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud obtuvo un 0,425.

Análisis de ítems que componen la Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud

Alpha de Cronbach = 0,425

Ítems	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Items 2	0,425	0,247
Items 3	0,425	0,022

Figura XXI: Tabla de resultados de Alpha de Cronbach de los ítems de la Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud.

Y, la Actitud hacia el Conocimiento Tradicional sobre la Alimentación Infantil con un

Ítems	Alpha de Cronbach's de Actitud I	Alpha de Cronbach's si Se elimina el Ítems
--------------	---	---

0,842.

Análisis de ítems que componen la Actitud hacia el Conocimiento Tradicional sobre la Alimentación Infantil

Alpha de Cronbach = 0,842

Ítems	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Items 1	0,842	0,837
Items 2	0,842	0,832
Items 4	0,842	0,808
Items 5	0,842	0,813
Items 7	0,842	0,825
Items 8	0,842	0,824
Items 9	0,842	0,799

Figura XXII: Alpha de Cronbach de los ítems de la Actitud hacia el Conocimiento Tradicional sobre la Alimentación Infantil.

Act 1. Items 1	0,828	0,822
Act 1. Items 2	0,828	0,825
Act 1. Items 4	0,828	0,820
Act 1. Items 5	0,828	0,826
Act 1. Items 6	0,828	0,828
Act 1. Items 7	0,828	0,823
Act 3. Items 1	0,828	0,828
Act 3. Items 5	0,828	0,824
Act 3. Items 6	0,828	0,823
Act 4. Items 1	0,828	0,826
Act 4. Items 2	0,828	0,827
Act 4. Items 4	0,828	0,823
Act 4. Items 6	0,828	0,826
Act 5. Items 2	0,828	0,822
Act 5. Items 3	0,828	0,824
Act 6. Items 1	0,828	0,821
Act 6. Items 2	0,828	0,819
Act 6. Items 4	0,828	0,808
Act 6. Items 5	0,828	0,809
Act 6. Items 7	0,828	0,812
Act 6. Items 8	0,828	0,816
Act 6. Items 9	0,828	0,804
TEST TOTAL	0,828	

Para finalizar, el instrumento quedó con un total de 21 ítems, logrando un total de 0,828 de confiabilidad o consistencia interna.

Análisis de ítems que componen el Instrumento Total

Alpha de Cronbach = 0,828

Figura XXVII: Tabla de resultados de Alpha de Cronbach de los ítems de la quinta etapa

7. CONCLUSIONES

El desarrollo de la presente investigación ha propiciado, desde el punto de vista de la producción del conocimiento científico, dar cuenta de un pool de hallazgos que son relevantes para el estudio de la problemática de la alimentación infantil en edades tempranas.

En primer lugar, desde la fase de screening logramos obtener una primera aproximación cuantitativa al estado del conocimiento y de las prácticas de las madres respecto de la alimentación infantil. Se pudo observar que la gran mayoría de la muestra (87%) correspondían a madres, observándose, asimismo, que de las respuestas dadas respecto de quién prepara y entrega el alimento es la misma persona, siendo éstas en un 100% madres de los menores. Al evidenciar esto en el período de análisis de screening, es que decidimos acotar la muestra en la aplicación del instrumento piloto tan sólo a madres y no incorporar a los cuidadores, ya que así la muestra pudo ser más homogénea y significativa, obteniendo así un mejor análisis de éste.

Además, cabe mencionar que durante la aplicación del screening cierta confusión por parte de los encuestados para comprender a cabalidad tanto los enunciados como las opciones de estos, de modo que para la creación de los reactivos destinados al instrumento piloto fue necesario utilizar un lenguaje común entre las investigadoras y la población objetivo, de modo que el lenguaje de las sentencias fuera más habitual para ellos y así lograr asegurar la comprensión de los encuestados.

Es así, como luego de seguir todas las recomendaciones arrojadas y extraídas del screening realizado, en una primera instancia, y de lo recogido del juicio de experto, en una segunda instancia, hemos logrado establecer un instrumento piloto sobre actitudes que permite entender la cognición, la conducta y la afectividad de las madres ante la alimentación de sus hijos, es decir, que el instrumento como tal mide efectivamente actitudes. Esto quedó justificado en el análisis de los datos, ya que la confiabilidad de nuestro instrumento quedó establecida en un 0.828 y, a su vez, los primeros aportes a su validez fueron definidos por el juicio de expertos que se realizó. Una línea de amplia proyección para futuras investigaciones, que sigan la línea psicométrica del refinamiento o depuración de este instrumento, deberán considerar la realización de nuevas

investigaciones que aporten evidencias de validez concurrente y predictiva a este instrumento.

Finalmente, a modo de sugerencias, y basándonos en los resultados de la presente investigación podemos señalar algunos de los siguientes lineamientos:

Los análisis psicométricos sucesivos de este instrumento piloto deben tener como objetivo, siempre presente arribar a un cuestionario de no más de 15 ítems, que facilite no sólo su aplicación en contextos de atención primaria, sino que además hace posible que las personas encuestadas (generalmente madres) mantengan un nivel de concentración y motivación suficiente para asegurar la confiabilidad de sus respuestas. .

En la línea de facilitar la comprensión de este instrumento es recomendable omitir las afirmaciones negativas del instrumento, debido a que causan confusión a la hora de responder. Se sugiere entonces que la totalidad de los ítems que componen el instrumento se compongan de afirmaciones positivas.

Se espera que en un futuro el instrumento resulte de utilidad para los objetivos de la detección de la población muestral de riesgo, sirviendo como referente para la creación de estrategias y formas de prevención en la obesidad infantil o para evaluar distintos tipos de muestras pudiendo comparar y analizar las correlaciones entre las distintas variables como: madres primerizas, infantes que presenten diferencias en el peso y estatura, estrato socioeconómico, antecedentes que indiquen obesidad familiar, nivel de escolaridad entre las cuidadoras, entre otras.

Además, se realizó un análisis de confiabilidad al interior de los ítems depurados (ver Anexo N° 8), mediante el cual se puede visualizar cuál de las dimensiones es la que aporta menor confiabilidad al ítem total. Así, se podrían corregir las dimensiones de estos ítems y luego volver a someter a confiabilidad dichos ítems con una muestra significativa que permita la re-incorporación de éstos al instrumento como tal.

8. ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE SCREENING

CUESTIONARIO SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL

Consultorio:

Nombre:

Parentesco:

Edad del menor:

1. Quién es el responsable de:

- Preparar el alimento.....
- Entregar el alimento.....

2. De las siguientes pirámides, elija de acuerdo a sus conocimientos cual de ellas es la que posee el orden correcto de alimentos para una dieta balanceada:

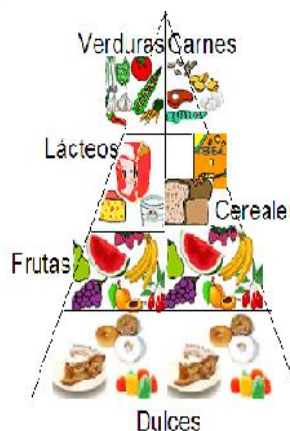
a)



b)



c)



3. De las siguientes opciones por cual optaría usted para preparar la comida de un niño de 6 meses.

- a) lentejas, aceite, arroz, papas
- b) carne, arroz, aceite, tomate
- c) sémola, zapallo, aceite, acelga

4. Según la Guía de alimentación del menor de 2 años, se sugiere extender la lactancia materna hasta:

- a) 3 meses
- b) 6 meses
- c) 12 meses

5. De acuerdo a lo que usted sabe, ¿cuál es la edad recomendable incorporar la alimentación sólida?

- a) 3 meses
- b) 6 meses
- c) 12 meses

6. Complete qué alimentos, en qué cantidad y en qué horario se le entrega el alimento:

COMIDAS	Alimentos Habituales	Cantidad	Horario
Desayuno			
Colación			
Almuerzo			
Once			
Cena			

* Cantidad en medidas de tazas

7. ¿Qué se hace cuando el menor rechaza la comida?

- a) No le vuelve a preparar una papilla con ese alimento.
- b) Cambia la papilla por otra y en otra instancia incorpora el alimento.
- c) Distrae al menor alternando la papilla con otro alimento que le guste.
- d) Otra.....

8. Nombre 3 causas que Ud. cree que los menores 11 meses presentarán sobre peso.

- a).....
- b).....
- c).....

9. Si Ud. le da alimentos fuera de los horarios indicados por el médico, seleccione con una "X" qué tipo de alimento(s) entrega:

- ☐ Lácteo
- ☐ Cereales
- ☐ Dulces
- ☐ Verdura
- ☐ Carne
- ☐ Grasas
- ☐ Fruta
- ☐ Jugos o Bebidas gaseosas
- ☐ Relleno (papillas de leche c/ cereal, etc)

A continuación señale en qué situaciones se le entrega este(os) alimento(s):

- 1.....
- 2.....
- 3.....

(Si Ud. no agrega alimentos en otros horarios a la dieta de su hijo, NO RESPONDA ESTA PREGUNTA)

10. De las siguientes afirmaciones, indique mediante una "V" si ella es verdadera o "F" si es falsa:

- a. La leche materna tiene múltiples beneficios ____
- b. Los bebés con sobrepeso tendrán un peso normal a futuro en forma natural, una vez que aumenten su estatura y su grado de actividad, producto de la etapa del desarrollo en la que están ____
- c. Cuando el niño se come toda la comida lo premio con un alimento extra de su agrado ____
- d. La alimentación saludable en los primeros meses de vida contribuye a la prevención de enfermedades durante toda la vida ____
- e. El bebé llora generalmente cuando tiene hambre ____
- g. No se recomienda agregar azúcar a la comida para facilitar su aceptación ____
- h. Creo que para las personas de escasos recursos es mucho más difícil costear los alimentos para llevar una dieta saludable ____

11. Cuando estoy comiendo y el niño me pide comida generalmente pienso que:

- a) Tiene ganas de comer
- b) Es injusto que me vea comer y él no pueda hacer lo mismo
- c) Es un poquito no más, ¿qué le va a hacer?
- d) Me da pena negarle la comida
- e) Otras.....

12. Evito darle ciertos alimentos porque:

- a) Me da miedo que no sepa digerirlos correctamente
- b) Creo que no le va a gustar el alimento
- c) Los olores y sabores de ese (esos) alimento(s) no me gusta(n)
- d) Mi dieta no se compone de esto(s) alimento(s)
- e) Otras.....

13. Alimentar a un niño en el proceso de incorporación de alimentos, ¿ha significado un cambio en mis hábitos alimenticios?

Sí____

No____

14. En esta escala de 1 a 7 ubíquese según cuánto esfuerzo le ha implicado cambiar sus hábitos alimenticios:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

ANEXO Nº 2: DESCRIPCIÓN CUESTIONARIO DE SCREENING

Objetivos

- Sondear cuánta es la información que manejan estos cuidadores, ya sea correcta o incorrecta.
- Develar cuáles son las prácticas reales de alimentación más habituales que tienen los cuidadores para con el niño.
- Develar cuales son los afectos predominantes en el cuidador del menor que se manifiestan en instancias de conflicto a la hora de la alimentación.

Metodología

Lugar de toma de cuestionarios.

Consultorio de especialidades, Consultorio Barón, Consultorio Placeres, Consultorio Placilla, Consultorio Plaza justicia, Consultorio Reina Isabel, Consultorio Cordillera, Consultorio Laguna Verde, Consultorio Las Cañas, Consultorio Rodelillo, Consultorio Quebrada Verde, Consultorio Mena.

Numero de personas

El número de encuestados será de 73 cuidadores de menores de 6 hasta 11 meses.

Tiempo.

Los cuestionarios serán aplicados en los meses de septiembre y octubre del año 2009, en horarios diferenciados correspondiente al tiempo de las investigadoras.

Descripción por preguntas

Pregunta 1:

El objetivo principal de la pregunta es el poder obtener información acerca de quien es el encargado de preparar y entregar el alimento, esto debido a que se necesita distinguir si estos dos procesos son realizados por un mismo sujeto o por diferentes. Esto es de relevancia ya que incide directamente en la calidad y cantidad en la entrega de alimentos, así también como de los tiempos de duración y los diversos contextos utilizados para su administración.

Pregunta 2:

Esta pregunta tiene como propósito conocer cual es el conocimiento que los cuidadores tienen respecto de la alimentación saludable a un nivel transversal, es decir, aquella alimentación que incorpora cualquier sujeto a su dieta diaria.

Ya que uno de los puntos más críticos de la pirámide de alimentación es el consumo dificultoso en adolescentes y en personas de entorno socioeconómico bajo, que tienen que interpretar correctamente la porción de alimentos, donde lo los errores más frecuentes son:

- ◆ sobreestimar la porción de carne
- ◆ subestimar la porción de verduras
- ◆ la clasificación errónea de galletas, pasteles y aperitivos

“The “healthy life style guide pyramid” for children and adolescents”

Pregunta 3:

El objetivo de esta pregunta es verificar cuáles son los alimentos que el cuidador opta para el consumo del menor. Esto último se apoya en la bibliografía investigada la cual dice que los padres, o la familia en general, son quienes determinarán el consumo del niño en esta edad, lo cual afecta directamente en los hábitos que estos niños tendrán a futuro. Por lo tanto, según esta lógica, las alternativas a y b serían incorrectas, puesto que los niños a los 6 años aún no pueden incorporar las legumbres ni las verduras crudas como el tomate. Entonces, los alimentos como la sémola, el zapallo y la acelga sí debieran comenzar a incorporarse a esa edad, por lo que la alternativa correcta es la “c”.

Pregunta 4:

La finalidad es evidenciar cuánta de la información que está en el sistema de salud pública a disposición del cuidador es manejada por él. Como resultado de esto el cuidador debiese saber cual es el periodo más recomendable del infante para extender la lactancia materna. Donde la alternativa correcta es la letra “b”

Pregunta 5:

El objetivo que busca evidenciar esta pregunta es saber si los datos que los cuidadores poseen sobre la alimentación infantil son los correctos de acuerdo a la información disponible en los sistemas de salud pública, donde la respuesta correcta sobre el proceso de incorporación de alimentación sólida sería la alterativa “b” 6 meses.

Pregunta 6:

La pregunta permitirá comprender cuáles son los principales errores respecto de la conducta alimenticia que estos cuidadores tienen para con los infantes. Por lo que se podrá determinar si aquellos errores son de los alimentos mismos que se entregan, lo cual se relaciona a la información que estos cuidadores poseen respecto de los alimentos permitidos de acuerdo a la edad que posea el o la bebé. Asimismo, discriminará si la cantidad que le entregan es la justa y si los horarios son los correspondientes.

Todo esto entregará información respecto del tipo de alimentación que estos cuidadores le otorgan a los menores dentro de este continuo de lo saludable a lo no saludable. Por consiguiente, lo recavado se evaluará de forma correcta o incorrecta según las siguientes categorías: alimentos habituales, cantidad y horarios.

Edad	Comida	Cantidad	Horario
6 meses	- Verduras cocidas, papas, se puede agregar sémola fideos, arroz, 1 cda. de carne molida raspada o rallada (pollo, pavo, posta o asiento), más cda. de aceite vegetal crudo. Se debe lograr la consistencia de papilla - Fruta cruda molida, raspada o ralla	- $\frac{3}{4}$ a 1 taza - $\frac{1}{2}$ a 1 fruta mediana diaria	11 AM a 12 PM.
8 a 9 meses	- Iniciar la comida de la tarde - Además de lo anterior, se debe incorporar los porotos, lentejas, garbanzos o arvejas tamizados (Pasados por cedazo). Comenzar con 1 a 2 cucharas de leguminosas y llegar hasta $\frac{3}{4}$ taza. - * Pescado una cucharada en una taza de puré de verduras. - * Huevo	- 1 o 2 veces por semana reemplazo del puré de verduras - 1 o 2 veces por semana si no usa ni carne ni leguminosa - 1 unidad agregado al puré de verduras o cocido con ella	11 AM a 12 PM.

	- fruta	- 1 diaria	
10- 12 meses	- Se incorpora a la alimentación familiar, almuerzo y cena, sin frituras y sin sal (molido) - No se debe dar ni sopas ni caldos		11 AM a 12 PM.

Pregunta 7:

Esta pregunta evalúa si es que los padres tienen el conocimiento y cuál es su conducta en la instancia en que el niño rechaza algún alimento. Ellos debieran saber que es natural que los niños rechacen algunos alimentos nuevos. Sin embargo, esto no significa que no le agrade nunca más. Por consiguiente debieran creer en la necesidad de reforzar buenas prácticas alimenticias, de modo que el niño pueda incorporar progresivamente la totalidad de alimentos.

Es por ello que es de vital importancia la comparación de lo que plantea la bibliografía especializada y la conducta misma de estos cuidadores.

Pregunta 8:

La relevancia de esta pregunta es conocer cuáles son las creencias que tienen los cuidadores respecto de las principales fuentes a las que atribuyen la generación de la sobrepeso en menores de 11 meses.

Pregunta 9:

El objetivo de esta pregunta es dar cuenta de qué alimentos son proporcionados por los cuidadores habitualmente fuera de los horarios establecidos por la nutricionista.

Pregunta 10:

Con este ítem se pretende conocer cuales son las creencias que poseen los cuidadores y que podrían influir en la alimentación saludables del menor. De acuerdo a esto necesitamos saber cada una de estas sentencias por:

a) Es importante evaluar el conocimiento que poseen los cuidadores acerca de la lactancia, puesto que con esto se podrá obtener datos concretos sobre que información correcta o incorrecta poseen, la respuesta correcta es VERDADERO.

- b) El objetivo de esta aseveración es verificar si es que el cuidador maneja información errónea respecto del estado nutricional de menor. La respuesta correcta es FALSO.
- c) Necesitamos conocer si esta creencia se encuentra presente en los cuidadores que son evaluados, puesto que de ser afirmativo, estos bebés estarían más proclives a ser alimentados una mayor cantidad de veces, constituyéndose así como un factor predisponente para el sobrepeso, La respuesta correcta es FALSO.
- d) A través de esta aseveración queremos reconocer si existe la información correcta sobre importancia de una alimentación saludable desde los primeros meses de vida. La respuesta correcta es VERDADERO.
- e) El reconocer que tan arraiga mantiene el cuidador del menor esta aseveración nos permitirá evaluar, de que manera se justifica una práctica de alimentación no saludable para el menor. La respuesta correcta es FALSO.
- g) Esta aseveración nos permiten verificar, si es que los cuidadores manejan información correcta respecto de la incorporación del azúcar en la alimentación infantil. La respuesta correcta es VERDADERO.
- h) Esta aseveración pretende dar cuenta si existe la creencia errada de que los estratos socioeconómicos no pueden acceder a una dieta saludable, lo que según investigaciones es errado. Entonces, la respuesta correcta es FALSO.

Pregunta 11.

El objetivo de esta pregunta es dar cuenta de cómo los cuidadores del menor, se explican o sienten, con una de las conductas más habituales como lo es pedir comida extra, de esta manera se podrá dar cuenta en una primera aproximación del quehacer real de los cuidadores en esta circunstancia.

Pregunta 12.

El objetivo de esta pregunta es dar cuenta si realmente existen propiedades en los alimentos que producen rechazo o acercamiento a los cuidadores de los menores, lo que se traducirá en la disposición a los alimentos, delimitando la entrega de algunos alimentos en la dieta del (la) menor.

Pregunta 13 y 14

Estas preguntas pretenden verificar si existe una relación entre la dificultad que existe en la generación de hábitos alimenticios saludables al menor y los hábitos alimenticios como cuidadores.

ANEXO N° 3: REACTIVOS TENTATIVOS DE ACUERDO A SCREENING (VERSION 1)

PREGUNTA 1 (+)

Cognición: Entiendo lo que dicen las etiquetas nutricionales

Afectividad: Creo que es mi deber como mamá preocuparme por leer la información nutricional de los alimentos.

Conducta: Habitualmente leo lo que dicen las etiquetas de los alimentos

PREGUNTA 2 (+)

Cognición: Sé el horario adecuado de alimentación que necesita mi hijo.

Afectividad: Me importa que mi hijo posea un horario para sus comidas.

Conducta: Cumpló con los horarios de alimentación de mi hijo.

PREGUNTA 3 (+)

Cognición: He aprendido formas variadas para preparar el alimento de mi hijo.

Afectividad: Disfruto viendo a mi hijo(a) probando nuevos sabores en sus comidas.

Conducta: Cocino papillas distintas durante la semana.

PREGUNTA 4 (+)

Cognición: Conozco las porciones adecuadas de alimento que mi hijo necesita en cada comida.

Afectividad: Después de darle su comida me quedo tranquila con que ha sido suficiente para su edad.

Conducta: Le sirvo a mi hijo en el plato la cantidad adecuada de alimentos que necesita para su edad.

PREGUNTA 5 (+)

Cognición: Creo que me manejo con la información suficiente como para llevar una alimentación saludable para mi hijo.

Afectivo: Me siento preparada para alimentar saludablemente a mi hijo.

Conductual: Escojo y mezclo los alimentos de manera equilibrada y en la medida justa en la alimentación de mi hijo.

PREGUNTA 6 (+)

Cognición: Conozco las enfermedades y consecuencias directas de no poseer una dieta equilibrada (alimentación saludable).

Afectivo: Me da miedo que mi hijo pueda desarrollar alguna enfermedad o problema producto de una mala alimentación.

Conductual: Cocino de forma saludable para prevenir futuras enfermedades asociadas.

PREGUNTA 7 (+)

Cognición: Creo que la salud de mi hijo estará bien si lo controlo mensualmente con el médico.

Afectivo: Me siento segura y respaldada si es que he asistido regularmente al consultorio.

Conductual: Asisto regularmente a los controles de niño sano.

PREGUNTA 8 (+)

Cognición: Sé cuál es la cantidad de alimentación necesaria para un niño de esta edad.

Afectividad: Me siento tranquila con que la cantidad de alimento recomendada para la edad de mi hijo es suficiente para que no quede con hambre.

Conducta: Le doy la cantidad necesaria de alimentos al niño.

PREGUNTA 9 (+)

Cognición: Sé que en algunas situaciones mi hijo tenderá a rechazar el alimento.

Afectividad: Me siento mal cuando mi hijo rechaza la comida.

Conducta: Dejo de dar el alimento cuando el niño lo rechaza.

PREGUNTA 10 (-)

Cognición: Sé que los niños se deben comer toda la comida.

Afectividad: Me da rabia que el niño no se coma todo lo que le sirvo.

Conducta: Hago distintos esfuerzos para lograr que el niño se coma todo lo que le sirvo en el plato.

PREGUNTA 11 (+)

Cognición: Sé que debo cambiar el alimento por otro cuando es rechazado por el niño, y en otra instancia incorporar nuevamente el alimento.

Afectividad: No me preocupo cuando el niño rechaza el alimento porque es algo normal a su edad.

Conducta: Cambio el alimento por otro cuando mi hijo lo rechaza.

PREGUNTA 12 (-)

Cognición: No se debe negar la comida a un niño.

Afectividad: Me da pena negarle la comida a mi hijo.

Conducta: Le doy comida cada vez que me pide.

PREGUNTA 13 (-)

Cognición: Creo que existen alimentos que no va a poder digerir, a pesar de que están indicados por el médico.

Afectividad: Me da miedo que no sepa digerir los alimentos correctamente, a pesar de que éstos son dados por el médico.

Conducta: Evito darle alimentos que yo creo que no va a poder digerir, a pesar de que están indicados por el médico.

PREGUNTA 14 (-)

Cognición: Pienso que no es necesario darle todos los alimentos que indica él (la) nutricionista.

Afectividad: De los alimentos que recomienda el especialista (nutricionista o médico) no me gusta darle aquellos que a mí me cargan o desagradan.

Conducta: Evito darle ciertos alimentos porque a mí no me gustan.

PREGUNTA 15 (-)

Cognición: Si el niño me pide más comida de la necesaria, pienso que es porque tiene hambre.

Afectividad: Me da pena negarle la comida.

Conducta: Cuando el niño me pide más comida de la que le serví, le doy otro poquito.

PREGUNTA 16 (-)

Cognición: Creo que no es necesario cambiar las papillas dentro de la semana.

Afectividad: Me da lata variar las papillas semanalmente.

Conducta: Cocino las papillas con los mismos alimentos siempre.

PREGUNTA 17 (-)

Cognición: Considero que no se puede perder un plato de comida.

Afectividad: Me da rabia haber trabajado en preparar un almuerzo que no se va a comer.

Conducta: Hago que se coma toda la comida que le preparé.

PREGUNTA 18 (+)

Cognición: Pienso que una de las causas de la obesidad es darle dulces.

Afectividad: Me siento tranquila cuando no le doy dulces, porque es lo correcto.

Conducta: Evito darle dulces al niño.

PREGUNTA 19 (-)

Cognición: A veces es necesario reemplazar una comida por otra, cuando el niño rechaza el alimento.

Afectividad: Me quedo tranquila cuando reemplazo la comida con un alimento si es que es necesario.

Conducta: Si es necesario reemplazo la comida con un alimento de su agrado.

PREGUNTA 20 (-)

Cognición: Es más difícil para las personas de escasos recursos comprar alimentos para llevar una dieta saludable.

Afectividad: Me da lata (aflige) que las personas de escasos recursos no puedan acceder a una dieta balanceada.

Conducta: Si los recursos son escasos se restringuen algunos alimentos incluso saludables.

PREGUNTA 21 (-)

Cognición: Pienso que los bebés con sobrepeso tendrán un peso normal a futuro, una vez que aumenten su estatura y su grado de actividad.

Afectividad: Estoy confiada de que los bebés con sobrepeso en esta edad tendrán un peso normal cuando aumenten su estatura y grado de actividad

Conducta: Esperaré a que mi hijo crezca y aumente su grado de actividad para que alcance el peso adecuado.

PREGUNTA 22 (-)

Cognición: El niño deja de llorar cuando le doy alguna cosa para comer como una galletita de champaña.

Afectividad: Me da pena que el niño llore y no pueda darle alguna cosa para comer.

Conducta: Evito que el niño llore dándole una galletita de champaña.

PREGUNTA 23 (-)

Cognición: Considero que es injusto que el niño vea comer a los otros y no pueda hacer lo mismo.

Afectividad: Es injusto que nos vea comer y no pueda comer lo que otros están comiendo.

Conducta: Cuando el niño está mirando lo que otros comen, le doy un pedacito para que no quede mirando.

PREGUNTA 24 (-)

Cognición: Pienso que las verduras son la base de la pirámide alimenticia.

Afectividad: Me siento segura si baso la dieta de mi hijo en verduras.

Conducta: Las papillas que preparo consisten mayoritariamente en verduras.

PREGUNTA 25 (+)

Cognición: Sé las cantidades necesarias que mi hijo requiere para estar saludable.

Afectividad: Me angustia que mi hijo se alimente mal cuando no se ha comido las cantidades recomendadas.

Conducta: Sirvo las cantidades indicadas por la nutricionista en el plato para la alimentación de mi hijo.

PREGUNTA 26 (+)

Cognición: Conozco las distintas etapas del desarrollo, sus diferencias y la etapa en que se encuentra mi hijo.

Afectividad: Me siento más tranquila conociendo las etapas del desarrollo de los niños y especialmente la etapa en que se encuentra mi hijo.

Conducta: Busco información para saber más de las etapas del desarrollo de los niños y especialmente la etapa en que se encuentra mi hijo.

PREGUNTA 27 (-)

Cognición: Creo que las madres son las principales responsables de la alimentación de los niños

Afectividad: Me siento la principal responsable de la alimentación y creación de hábitos de alimentación en mi hijo.

Conducta: Preparo todos los días la comida de mi hijo, superviso las cantidades y horarios en que come.

PREGUNTA 28 (-)

Cognición: Creo que cuando mi hijo llora es por hambre.

Afectividad: Me pongo nerviosa cada vez que mi hijo llora.

Conducta: Si veo a mi hijo llorando, lo primero que hago es darle algún alimento para que deje de llorar.

PREGUNTA 29 (+)

Cognición: Sé que a los 8 meses tengo que comenzar a darle cena.

Afectividad: Estoy de acuerdo cuando con que se le dé la cena a los 8 meses.

Conducta: Cuando mi hijo tenga o tuvo 8 meses comencé a darle la cena.

PREGUNTA 30 (-)

Cognición: Creo que si a mi mamá le funcionó conmigo no hay razón para cambiar esta estrategia de alimentación con mi hijo.

Afectividad: No tengo ninguna duda de que los conocimientos que me ha entregado mi mamá son los suficientes para darle una buena alimentación a mi hijo.

Conducta: Le doy los alimentos que mi mamá me daba a mí, independiente de lo que la nutricionista me indique.

PREGUNTA 31 (+)

Cognición: Conozco el aporte nutricional, como vitaminas y minerales, que poseen los alimentos que le entrego a mi hijo para su consumo diario.

Afectivo: Me siento tranquila si sé qué nutrientes contiene cada alimento que le entrego a mi hijo.

Conductual: Hago comidas que mezclen todos los minerales y vitaminas que debe consumir mi hijo en un día.

PREGUNTA 32 (+)

Cognición: Sé cuáles son los alimentos y la cantidad de éstos que mi hijo debe consumir de acuerdo a los meses que tiene y la etapa en la que se encuentra.

Afectivo: Me gusta preocuparme por cocinar comida que sea acorde a la cantidad de meses y/o etapa de edad en la que se encuentra.

Conductual: Preparo y cocino para mi hijo día a día acorde a la cantidad de meses y/o etapa de edad en la que se encuentra.

PREGUNTA 33 (+)

Cognición: Se les debe crear un hábito a los niños respetando los horarios de comidas.

Afectivo: No me gusta que mi hijo coma a deshoras.

Conductual: No le doy comidas a deshora a mi hijo.

PREGUNTA 34 (-)

Cognición: No es tan importante tener horarios rígidos de comida con niños tan pequeños.

Afectivo: No me hago problema si es que tengo que cambiar los horarios de comida de mi hijo por problemas de tiempo.

Conductual: No soy estricta en mantener un horario de comidas para mi hijo.

PREGUNTA 35 (-)

Cognición: Creo que a los niños se les debe permitir comer de todo tipo de alimentos, sin ningún tipo de restricción.

Afectivo: Me gusta que mi hijo coma de todo lo que se les da, sin ninguna restricción.

Conductual: Le doy de todo tipo de comida, sin algún tipo de restricción.

PREGUNTA 36 (-)

Cognición: Si estamos fuera de casa, él podrá tener “chipe libre” en la comida, ya que sé que esto no ocurrirá todos los días.

Afectivo: Si estamos fuera de casa, no me preocupa que mi hijo coma otros alimentos (no papilla), porque sé que esto no ocurre todos los días.

Conductual: No llevo papilla o comida especial para mi hijo cuando vamos a otra parte.

PREGUNTA 37 (+)

Cognición: Es importante que los niños experimenten progresivamente nuevos sabores y texturas.

Afectividad: Me gusta que mi hijo pruebe y conozca los nuevos sabores y texturas que le van siendo permitidos según su edad.

Conductual: Intento mezclar distintos sabores y texturas de acuerdo a lo que se le va permitiendo a mi hijo

PREGUNTA 38 (+)

Cognición: Es importante que los niños coman en un lugar tranquilo y siempre el mismo para que creen hábitos de alimentación.

Afectividad: Me gusta que mi hijo se acostumbre a comer siempre en un lugar tranquilo.

Conducta: Alimento a mi hijo en un espacio tranquilo, en el que me dedico a él, sin urgencias.

PREGUNTA 39 (+)

Cognición: El tema de la obesidad infantil cada día aumenta sus cifras en Chile

Afectividad: Me preocupa el tema de la obesidad infantil

Conducta: Comemos de una forma saludable para evitar la obesidad infantil en mi familia

PREGUNTA 40 (-)

Cognición: Es imposible compatibilizar los horarios del trabajo con los horarios de comida de mi hijo.

Afectividad: No me preocupa que otra persona sea la responsable de preparar y alimentar a mi hijo porque mi horario de trabajo no me lo permite.

Conducta: Delego la responsabilidad de la preparación y darle la comida a mi hijo en otras personas.

PREGUNTA 41 (-)

Cognición: Hay familias en las que todos tienden a ser gorditos sin que eso sea un problema.

Afectividad: No hay que preocuparse tanto por la obesidad de los niños porque a veces es de familia.

Conducta: Si vienen de una familia de gorditos, las mamás no se preocupan por la obesidad.

PREGUNTA 42 (-)

Cognición: Se que si él nos ve comer le va a dar hambre

Afectividad: Creo que es injusto que el me vea comer y el no pueda hacer lo mismo

Conducta: Cuando estamos comiendo le doy un poquito para que pruebe.

PREGUNTA 43 (-)

Cognición: Siempre los niños comen cosas que no deben porque otras personas se los dan.

Afectividad: No me enoja si es que alguien cercano al niño le da alguna cosa que no debiera comer.

Conducta: No impido que los otros le den alimentos que no corresponden a mi hijo.

PREGUNTA 44 (-)

Cognición: Los niños pueden comer a libre disposición todas las frutas y verduras que quieran.

Afectividad: No me importa si mi hijo come mucho siempre y cuando sean frutas o verduras.

Conducta: Realizo papillas que contengan gran cantidad de verduras y frutas

PREGUNTA 45 (+)

Cognición: Se que cantidades de leche debe tomar mi hijo a diario

Afectividad: Me siento segura al darle las medidas correspondientes a la etapa en la que se encuentra mi hijo.

Conducta: Utilizo un medidor de leche para hacer las mamaderas del menor

PREGUNTA 46 (+)

Cognición: Sé que los niños no deben comer dulces.

Afectividad: Me siento satisfecha con mi desempeño como madre al ver que mi hijo no come dulces como el resto.

Conducta: No compro dulces para el consumo de mi hijo.

PREGUNTA 47 (+)

Cognición: Algunos niños están con sobrepeso porque sus padres le dan comida en exceso.

Afectividad: Estoy tranquila si le doy la cantidad adecuada de comida a mi hijo.

Conducta: Le doy la cantidad de alimentos necesarios al niño para su consumo diario.

PREGUNTA 48 (+)

Cognición: Lo ideal es amamantar al niño mínimo hasta el año.

Afectividad: Admiro a aquellas mamás que le dan pecho a los niños hasta el año.

Conducta: Intento mantener la lactancia de mi hijo hasta los doce meses.

ANEXO N° 4: DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO PILOTO (VERSIÓN 1)

Pregunta 1

Los reactivos pretenden medir el nivel de información o conocimiento que manejan los cuidadores respecto a la alimentación. Sumando a esto, la relevancia que posee esta temática para ellos, evidenciando la responsabilidad en la alimentación del niño.

Pregunta 2

Con estas sentencias se espera evidenciar en el cuidador el cumplimiento adecuado de las indicaciones dadas por el especialista, específicamente, en lo que compete al horario de administración de las comidas, puesto que esta temática fue contestada de forma incorrecta en la mayoría de la muestra abordada.

Pregunta 3

En este reactivo se aborda la capacidad del cuidador de entregarle al menor una alimentación variada y completa, siendo capaz de mezclar los alimentos que no le gusten de tal manera que sean aceptados y consumidos por el bebe.

Pregunta 4

Se pretende medir si el cuidador posee la información correcta sobre cuales son las cantidades y porciones que su hijo debiera comer diariamente para poseer una alimentación saludable, no excediendo esto (alimentos) por pena o algún otro sentimiento que se le genera cuando ve que su hijo pide más comida.

Pregunta 5

Aquí se pretende evidenciar si es que la madre se siente preparada e informada acerca de cómo sobrellevar una alimentación saludable y equilibrada para su hijo.

Pregunta 6

Se busca explorar si es que las madres poseen prácticas alimenticias correctas al conocer y saber las consecuencias directas de no sobrellevar una alimentación saludable con su hijo.

Pregunta 7

Aquí no sólo se trata de evidenciar la responsabilidad de la madre hacia la salud del niño y sus debidos controles, sino también, de verificar que tanta responsabilidad le da la madre al especialista, debido a que se pudo evidenciar en el screening que la madre se siente completamente tranquila al llevar al hijo a todos los controles acordados, sin embargo, luego de estos no sobrellevan una alimentación saludable y en general no siguen gran parte de las indicaciones dadas por el especialista.

Pregunta 8

Se hace referencia a si el cuidador posee la información correcta de las porciones de alimentos que debe administrarle a su hijo, y si efectivamente lo cumple.

Pregunta 9

Aquí se busca explorar qué actitud posee el cuidador frente al rechazo del alimento proporcionado al menor, y si éste, es erróneamente sacado de la dieta del menor, tal cual lo demuestran los resultados en el screening realizado.

Pregunta 10

Se pretende evidenciar si es qué existen actitudes del cuidador que predispongan al menor al sobrepeso y obesidad en un futuro, en este caso en lo referente a las creencias que posea el cuidador del “deber” que tiene el menor de comerse todo aún quizás no queriendo más y quedando satisfecho con una parte de esta comida, lo que hace que se establezcan conductas como “obligar” al menor a comerse toda la comida.

Pregunta 11

Se intenta mostrar si existen actitudes que promueven un hábito saludable de alimentación, como lo es el cambio de papilla cuando el menor lo rechaza.

Pregunta 12

En estas sentencias se intenta mostrar si es que existen sentimientos, en este caso el de pena, que movilicen al cuidador a actuar de cierta forma ante una situación X, que sería la de darle la comida que me pide por pena a negárselo.

Pregunta 13

En este apartado se intenta indagar si es que efectivamente el cuidador cumple y realiza las indicaciones dadas por el especialista, independientemente de sus sentimientos y creencias hacia lo recomendado.

Pregunta 14

De igual forma que en el apartado anterior, se intenta indagar si es que efectivamente el cuidador cumple y realiza las indicaciones dadas por el especialista, independientemente de sus sentimientos y creencias hacia lo recomendado.

Pregunta 15

Esta afirmación va dirigida al exceso de alimentos que pueden proporcionar los cuidadores cuando el niño realiza algún tipo de acción, y como reaccionan ante ellos.

Pregunta 16

A través de estas afirmaciones se pretende indagar sobre la variabilidad de los alimentos que utilizan los cuidadores al momento de realizar las papillas de los menores.

Pregunta 17

En estas declaraciones lo que se busca es poder distinguir que tipo de reacción es la que manifiesta el cuidador al ver que el menor no come todo lo que se ha preparado especialmente para él, y cual es el tipo de relación que mantiene el adulto con el desperdicio de comida.

Pregunta 18

El screening realizado dio cuenta de que una de las causas dadas más frecuentes sobre obesidad infantil arrojadas por las muestra son la gran cantidad de dulces incluidas en la alimentación del niño, por esto se pretende indagar sobre esta aseveración y las practicas diarias que puede llevar el cuidador sobre este tema.

Pregunta 19

De acuerdo al screening una de las prácticas más recurrentes de alimentación no saludable es el reemplazar una de las comidas principales del día por otros alimentos, así

estos reactivos dejaran entrever cual es la forma de actuar y pensar del cuidador frente a este tema.

Pregunta 20

Una de las creencias más arraigadas dentro de la población encuestada, es que existen dificultades para las personas de escasos recursos de mantener una alimentación saludable. Estos reactivos pretenden ver en que actitud justifican esta aseveración.

Pregunta 21

Dentro de la aplicación del cuestionario una de la creencias más optadas por los cuidadores es que los menores presentaran un peso normal cuando crezcan y su actividad sea mayor. Con la aplicación de estos reactivos se pretenden dar cuenta de cual es la forma que tienen los cuidadores de tratar el tema.

Pregunta 22

Una de las creencias arraigada en la población, comprobada a su vez en la aplicación del screening menciona que los cuidadores creen que generalmente cuando el menor llora es porque este tiene hambre, lo que se pretende con la aplicación de estas afirmaciones es poder indagar en cuales son las reacciones que movilizan mayormente a los cuidadores en torno a esta temática.

Pregunta 23

Las afirmaciones ayudaran a conocer que acciones son las que llevan a cabo los cuidadores cuando el menor pide alimentos fuera de los horarios establecidos por el pediatra o especialista adecuado.

Pregunta 24

Uno de los errores más frecuentes en la información nutricional de la pirámide alimenticia es que las personas tienden a sobreestimar las verduras, con la creación de estos reactivos se pretende indagar sobre los tipos de reacciones que provoca el aumentar la importancia de las verduras en la dieta.

Pregunta 25

Las siguientes afirmaciones permitirán mostrar que acciones originan la preocupación de los cuidadores por saber las cantidades adecuadas que debe proporcionársele al menor cuando se le alimenta.

Pregunta 26

Los reactivos pretenden averiguar si la etapa del desarrollo del menor que tienen a cargo es de importancia para ellos.

Pregunta 27

Hay un tipo de creencia que menciona que la responsabilidad de la alimentación infantil generalmente es depositada solamente en la madre, sintiéndose poco apoyada y comprendida por el medio. Estos reactivos indagan sobre las diferentes reacciones que pueden manifestar las madres sobre esta problemática.

Pregunta 28

Una de las creencias populares más puntuadas en la aplicación del cuestionario es pensar generalmente cuando el niño llora es porque este tiene hambre, los reactivos mostraran en que acción se justifica la creencia.

Pregunta 29

Uno de los principales errores visto en la etapa de aplicación del cuestionario es la práctica errada de incorporación adelantada de la cena en los menores, por lo tanto este reactivo evaluará que las madres sí estén respetando el parámetro de edad correspondiente para incorporar la segunda alimentación del día.

Pregunta 30

Al conversar con las mamás encuestadas surgió la idea de la repetición del patrón conductual con respecto a la alimentación que le entregaban sus madres y, de este modo, ignorar las indicaciones que le manifestaba el pediatra o la nutricionista, de modo que se hace necesario consultar cuántas de las nuevas encuestadas tenderán a un patrón conductual no saludable como éste.

Pregunta 31

El reactivo apunta a evidenciar la existencia de un conocimiento respecto de los nutrientes que debe consumir su hijo diariamente y, por ende, si hay una preocupación por integrarlos en la alimentación y dieta del menor. De este modo, obtendrá una dieta equilibrada y saludable en el día a día.

Pregunta 32

Este reactivo hace referencia a la dedicación y responsabilidad con la que el cuidador hace entrega del alimento al menor, explorando la cantidad de esfuerzo dedicado en ello.

Pregunta 33

De acuerdo a lo revisado en el screening, los encuestados plantearon que una de las causas de la obesidad en los niños de 6 a 11 meses es el comer a deshoras, por lo que se hace pertinente preguntar si es que ellos intentan prevenir esto para con sus hijos, mostrando una actitud saludable hacia la alimentación infantil.

Pregunta 34

A través de este reactivo evidenciará si la madre es responsable con los tiempos de entrega del alimento, lo cual fue uno de los errores más frecuentes en las encuestas de screening.

Pregunta 35

Es importante evaluar la diversidad de alimentos que se le entrega al menor, pero siempre bajo los criterios de alimentos permitidos por el médico y/o la nutricionista de acuerdo a la edad del menor.

Pregunta 36

Este reactivo evalúa si es que el cuidador se encarga de administrar siempre una papilla saludable al menor, incluso en instancias en que se encuentren fuera del hogar; puesto que lo que se evidenció mediante al screening fue que generalmente las mamás le daban otros alimentos como forma de reemplazo en estos casos, provocando una sobrealimentación del menor, lo que puede inducir a un sobrepeso u obesidad posteriores con la repetición de este patrón.

Pregunta 37

Una de las prácticas saludables de alimentación en el proceso de incorporación de los alimentos es hacer que el menor experimente distintos sabores y texturas en la medida que le sea permitido.

Pregunta 38

Una de las características esenciales en el proceso de alimentación del menor es que se le deba proporcionar un espacio tranquilo durante éste.

Pregunta 39

El reactivo apunta netamente a evaluar cuál es el conocimiento que tiene el encuestado acerca de la obesidad infantil en nuestro país y lo que como consecuencia tendería a que la familia tenga pautas de alimentación saludables, evidenciando así también la preocupación a nivel afectivo con respecto a esto.

Pregunta 40

Una de las justificaciones más recurrente en aquellas madres que trabajan es la falta de tiempo, la cual les impide preocuparse de la alimentación del menor delegando esta responsabilidad a otro adulto.

Pregunta 41

Una de las falencias recurrente en las madres con obesidad es la despreocupación que tiene por el peso de sus hijos, por lo tanto este reactivo intenta evaluar cuál es la actitud que justifica esto.

Pregunta 42

Una de las creencias más puntuadas en el cuestionarios fue “Es injusto que el menor las vea comer y él no pueda hacer lo mismo”, a pesar de que ya haya comido. Por consiguiente, éste reactivo revisa la creencia y conducta que apoyaría esta afectividad no saludable.

ANEXO Nº 5: JUICIO DE EXPERTOS

Valparaíso, Diciembre 2009

Estimado(a) Informante Experto.

A través del presente solicitamos a Ud. Su colaboración en el proyecto de investigación “Actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil. Construcción de un instrumento piloto” desarrollado por las suscritas en el marco de la asignatura Seminario de Título como requisito para la obtención del título profesional de psicólogas.

El objetivo general de este proyecto es construir la versión piloto de un instrumento de medición de actitudes, que permita en el futuro a los profesionales de la salud aproximarse a las prácticas de alimentación infantil en edades tempranas, entre los 6 y 11 meses de vida, etapa en la cual se inicia la alimentación complementaria a la lactancia materna, y que desde el punto de vista evolutivo construye los inicios de los hábitos alimentarios, que influirán a futuro de modo preponderante en la presencia o ausencia de obesidad infantil.

El modelo de las actitudes, en su formulación general reconoce que los sujetos orientan sus prácticas conductuales a través de esquemas de pensamiento más o menos organizados, entre los cuales encontramos las “actitudes”, conforme este modelo una persona realiza una acción en particular (en nuestro caso las prácticas de alimentación) conforme el conjunto de **información** que maneja, los **afectos o emociones** que generan tales prácticas, y las **conductas** particulares que está dispuesto a realizar o que ha realizado de modo habitual. De este modo, conociendo las actitudes de las cuidadoras frente a la alimentación infantil, podremos predecir las prácticas concretas de alimentación que con mayor probabilidad derivarán de estas, algunas de las cuales responderán a prácticas saludables y otras a prácticas poco saludables; en cualquiera de ambos casos la construcción de un instrumento de screening que permita evaluar tempranamente a la población de cuidadoras en sus actitudes, posibilitará la detección de grupos de riesgo y la intervención preventiva precoz.

En la primera etapa de la investigación se realizó una encuesta de tamizaje en un total de 73 cuidadoras de menores de entre 6 y 11 meses; en esta encuesta se exploraron el tipo de información que manejan y su grado de ajuste con la guía de alimentación de dos años del MINSAL, además se analizó la presencia de un grupo de creencias (afectos) que las cuidadoras sostienen respecto de la alimentación infantil, algunas de las cuales avalan la presencia de conductas de alimentación saludable, en tanto que otras son contrapuestas

a estas conductas. En el plano conductual, la encuesta permitió analizar las prácticas reales de alimentación que estas madres realizan, identificando algunos patrones de alimentación saludable y no saludable.

Con la información recogida en la primera etapa el grupo ha construido un set de 8 actitudes que resultan relevantes para las prácticas de alimentación infantil; cada una de ellas ha sido transformada en ítems que recogen sus componentes informacionales, afectivos y conductuales que serán valorados en una escala likert por una muestra piloto de 100 sujetos en la próxima etapa de la investigación.

Con estos antecedentes, le solicitamos su colaboración como evaluador experto en el proceso de validación preliminar del instrumento piloto; para ello a continuación le presentaremos una a una las actitudes con sus respectivas definiciones y posteriormente los reactivos de información, afectos y conductas que debieran relacionarse con dicha actitud, le pedimos justamente se pronuncie sobre la coherencia de estos tres componentes respecto de la actitud que miden, marcando el casillero correspondiente conforme corresponda o no a la actitud, en la columna final podrá agregar cualquier comentario u observación que oriente a las investigadoras en este proceso de construcción del instrumento piloto.

De antemano le agradecemos su colaboración. Atentamente

Claudia Ahumada

Macarena Allende

Paula Aránguiz

Andrea Vallejo

Actitud hacia la Información Nutricional

Los 10 ítems que corresponden a esta actitud intentan medir que tipo de información, afectos y conductas mantienen los cuidadores en relación a la entrega de alimentos al menor, incluyendo el conocimiento previo sobre la materia y el nuevo conocimiento que pudieran haber recibido a través de los centros de salud.

ITEM 01

Cognición: Entiendo lo que dicen las etiquetas nutricionales

Afectividad: Es mi deber como mamá preocuparme por leer la información nutricional de los alimentos.

Conducta: Habitualmente leo lo que dicen las etiquetas de los alimentos

- Corresponde a la actitud:

- No corresponde a la actitud:

- Observaciones al ítem:

ITEM 02
Cognición: Creo que me manejo con la información suficiente como para llevar una alimentación saludable para mi hijo. Afectivo: Me siento preparada para alimentar saludablemente a mi hijo. Conducta: Escojo y mezclo los alimentos de manera justa para que mi hijo crezca sano.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 03
Cognición: Pienso que las verduras son la base de la pirámide alimenticia. Afectividad: Me siento segura si baso la dieta de mi hijo en verduras. Conducta: Las papillas que preparo consisten mayoritariamente en verduras.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 04
Cognición: Conozco las distintas etapas del desarrollo, sus diferencias y la etapa en que se encuentra mi hijo. Afectividad: Me siento más tranquila conociendo las etapas del desarrollo de los niños y especialmente la etapa en que se encuentra mi hijo. Conducta: Busco información para saber más de las etapas del desarrollo de los niños y especialmente la etapa en que se encuentra mi hijo.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 05
Cognición: Sé que a los 8 meses tengo que comenzar a darle cena. Afectividad: Estoy de acuerdo con que se le dé la cena a los 8 meses. Conducta: Cuando mi hijo tenga o tuvo 8 meses comencé a darle la cena.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 06
Cognición: Conozco el aporte nutricional, tales como vitaminas y minerales, que poseen los alimentos que le entrego a mi hijo para su consumo diario. Afectividad: Me siento tranquila si sé qué nutrientes contiene cada alimento que le entrego a mi hijo. Conducta: Hago comidas que mezclen todos los minerales y vitaminas que debe consumir mi hijo en un día.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 07
Cognición: Sé cuáles son los alimentos y la cantidad de éstos que mi hijo debe consumir de acuerdo a los meses que tiene y la etapa en que se encuentra. Afectividad: Me gusta preocuparme por cocinar comida que sea acorde a la cantidad de meses y/o etapa de edad en la que se encuentra mi hijo. Conducta: Preparo y cocino para mi hijo día a día acorde a la cantidad de meses y/o etapa de edad en la que se encuentra.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 08
Cognición: Los niños pueden comer a libre disposición todas las frutas y verduras que quieran. Afectividad: No me importa si mi hijo come mucho siempre y cuando sean frutas o verduras. Conducta: Realizo papillas que contengan gran cantidad de verduras y frutas
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 09
Cognición: Sé que los niños no deben comer dulces. Afectividad: Me siento satisfecha con mi desempeño como madre al ver que mi hijo no come dulces como el resto. Conducta: No compro dulces para el consumo de mi hijo.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 10
Cognición: Lo ideal es amamantar al niño mínimo hasta el año. Afectividad: Me gustaría darle pecho a mi hijo hasta el año. Conducta: Intento mantener la lactancia de mi hijo hasta los doce meses.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

Actitud hacia los Hábitos de Alimentación

Los 07 ítems que corresponden a esta actitud intentan medir que tipo de información, afectos y conductas mantienen los cuidadores en relación a las prácticas más frecuentes, el establecimiento de hábitos más o menos estables a esta edad, condiciones contextuales que facilitan o impiden la concreción de estos hábitos

ITEM 01

Cognición: Sé el horario adecuado de alimentación que necesita mi hijo.

Afectividad: Me importa que mi hijo posea un horario para sus comidas.

Conducta: Cumpló con los horarios de alimentación de mi hijo.

- Corresponde a la actitud:

- No corresponde a la actitud:

- Observaciones al ítem:

ITEM 02
Cognición: Se les debe crear un hábito a los niños respetando los horarios de comidas. Afectividad: No me gusta que mi hijo coma a deshoras. Conducta: No le doy comidas a deshora a mi hijo.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 03
Cognición: No es tan importante tener horarios rígidos de comida con niños tan pequeños. Afectividad: No me hago problema si es que tengo que cambiar los horarios de comida de mi hijo. Conducta: No soy estricta en mantener un horario de comidas para mi hijo.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 04
Cognición: Si estamos fuera de casa, mi hijo podrá tener “chipe libre” en la comida, ya que sé que esto no ocurrirá todos los días. Afectividad: Si estamos fuera de casa, no me preocupa que mi hijo coma otros alimentos (no papilla), porque sé que esto no ocurre todos los días. Conducta: No llevo papilla o comida especial para mi hijo cuando vamos a otra parte.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 05
Cognición: Es importante que los niños coman en un lugar tranquilo y siempre el mismo para que creen hábitos de alimentación. Afectividad: Me gusta que mi hijo se acostumbre a comer siempre en un lugar tranquilo. Conducta: Alimento a mi hijo en un espacio tranquilo, en el que me dedico a él, sin urgencias.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 06
Cognición: Es imposible compatibilizar los horarios del trabajo con los horarios de comida de mi hijo. Afectividad: No me preocupa que otra persona sea la responsable de preparar y alimentar a mi hijo porque mi horario de trabajo no me lo permite. Conducta: Delego la responsabilidad de la preparación y darle la comida a mi hijo en otras personas.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 07
Cognición: Siempre los niños comen cosas que no deben porque otras personas se los dan. Afectividad: No me enoja si es que alguien cercano al niño le da alguna cosa que no debiera comer. Conducta: No impido que los otros le den alimentos que no corresponden a mi hijo.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos

Los 13 ítems que corresponden a esta actitud intentan medir que tipo de información, afectos y conductas mantienen los cuidadores en relación a la preparación y entrega de los alimentos: se refieren a la elección y utilización de algunos alimentos en base a las costumbres transgeneracionales, las preferencias personales y las sugerencias que han recibido de parte del personal de salud tanto en lo que se refiere a los tipos de alimentos, su forma de preparación y las cantidades proporcionales que se deben entregar al menor en sus distintas etapas de desarrollo.

ITEM 01

Cognición: He aprendido formas variadas para preparar el alimento de mi hijo.

Afectividad: Disfruto viendo a mi hijo(a) probando nuevos sabores en sus comidas.

Conducta: Cocino papillas distintas durante la semana.

- Corresponde a la actitud:

- No corresponde a la actitud:

- Observaciones al ítem:

ITEM 02
Cognición: No es necesario cambiar las papillas dentro de la semana. Afectividad: Me da lata variar las papillas semanalmente. Conducta: Cocino las papillas con los mismos alimentos siempre.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 03
Cognición: A los niños se les debe permitir comer de todo tipo de alimentos, sin ningún tipo de restricción. Afectividad: Me gusta que mi hijo coma de todo lo que se les da, sin ninguna restricción. Conducta: Le doy de todo tipo de comida, sin algún tipo de restricción.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 04
Cognición: Es importante que los niños experimenten progresivamente nuevos sabores y texturas. Afectividad: Me gusta que mi hijo pruebe y conozca los nuevos sabores y texturas que le van siendo permitidos según su edad. Conducta: Intento mezclar distintos sabores y texturas de acuerdo a lo se le va permitiendo a mi hijo.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 05
Cognición: Conozco las porciones adecuadas de alimento que mi hijo necesita en cada comida. Afectividad: Después de darle su comida me quedo tranquila con que ha sido suficiente para su edad. Conducta: Le sirvo a mi hijo en el plato la cantidad adecuada de alimentos que necesita para su edad.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 06
Cognición: Sé cuál es la cantidad de alimentación necesaria para un niño de esta edad. Afectividad: Me siento tranquila con que la cantidad de alimento recomendada para la edad de mi hijo es suficiente para que no quede con hambre. Conducta: Le doy la cantidad necesaria de alimentos al niño.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 07
Cognición: Sé que los niños se deben comer toda la comida. Afectividad: Me da rabia que el niño no se coma todo lo que le sirvo. Conducta: Hago distintos esfuerzos para lograr que el niño se coma todo lo que le sirvo en el plato.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 08
Cognición: Considero que no se puede perder un plato de comida. Afectividad: Me da rabia haber trabajado en preparar un almuerzo que no se va a comer. Conducta: Hago que se coma toda la comida que le preparé.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 09
Cognición: Sé las cantidades necesarias que mi hijo requiere para estar saludable. Afectividad: Me angustia que mi hijo se alimente mal cuando no se ha comido las cantidades recomendadas. Conducta: Sirvo las cantidades indicadas por la nutricionista en el plato para la alimentación de mi hijo.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 10
Cognición: Sé que cantidades de leche debe tomar mi hijo a diario Afectividad: Me siento segura al darle las medidas correspondientes de leche a la etapa en la que se encuentra mi hijo. Conducta: Utilizo un medidor de leche para hacer las mamaderas del menor
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 11
Cognición: Sé que en algunas situaciones mi hijo tenderá a rechazar el alimento. Afectividad: Me siento mal cuando mi hijo rechaza la comida. Conducta: Dejo de dar el alimento cuando el niño lo rechaza.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 12
Cognición: Sé que debo cambiar el alimento por otro cuando es rechazado por el niño, y en otra instancia incorporar nuevamente el alimento. Afectividad: No me preocupo cuando el niño rechaza el alimento porque es algo normal a su edad. Conducta: Cambio el alimento por otro cuando mi hijo lo rechaza, incorporándolo posteriormente en una nueva papilla.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 13
Cognición: A veces es necesario reemplazar una comida por otra, cuando el niño rechaza el alimento. Afectividad: Me quedo tranquila cuando reemplazo la comida con un alimento si es que es necesario. Conducta: Si es necesario reemplazo la comida con un alimento de su agrado.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil

Los 06 ítems que corresponden a esta actitud intentan medir que tipo de información, afectos y conductas mantienen los cuidadores en relación a las causas, consecuencias y agentes mantenedores de la obesidad y la obesidad infantil y cómo la población se comporta frente a esta problemática.

ITEM 01

Cognición: Conozco las enfermedades y consecuencias directas de no poseer una dieta equilibrada (alimentación saludable).

Afectivo: Me da miedo que mi hijo pueda desarrollar alguna enfermedad o problema producto de una mala alimentación.

Conducta: Cocino de forma saludable para prevenir futuras enfermedades asociadas.

- Corresponde a la actitud:

- No corresponde a la actitud:

- Observaciones al ítem:

ITEM 02
Cognición: Una de las causas de la obesidad es darle dulces. Afectividad: Me siento tranquila cuando no le doy dulces, porque es lo correcto. Conducta: Evito darle dulces al niño.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 03
Cognición: Los bebés con sobrepeso tendrán un peso normal a futuro, una vez que aumenten su estatura y su grado de actividad. Afectividad: Estoy confiada de que los bebés con sobrepeso en esta edad tendrán un peso normal cuando aumenten su estatura y grado de actividad Conducta: Esperaré a que mi hijo crezca y aumente su grado de actividad para que alcance el peso adecuado.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 04
. Cognición: El tema de la obesidad infantil cada día aumenta sus cifras en Chile Afectividad: Me preocupa el tema de la obesidad infantil Conducta: Comemos de una forma saludable para evitar la obesidad infantil en mi familia.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 05
Cognición: Hay familias en las que todos tienden a ser gorditos sin que eso sea un problema. Afectividad: No hay que preocuparse tanto por la obesidad de los niños porque a veces es de familia. Conducta: A pesar de que mi hijo tenga sobrepeso no cambio mis hábitos alimenticios.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 06

Cognición: Algunos niños están con sobrepeso porque sus padres le dan comida en exceso.

Afectividad: Estoy tranquila si le doy la cantidad adecuada de comida a mi hijo.

Conducta: Le doy la cantidad de alimentos necesarios al niño para su consumo diario

- Corresponde a la actitud:

- No corresponde a la actitud:

- Observaciones al ítem:

Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud

Los 03 Ítems que corresponden a esta actitud intentan medir que tipo de información, afectos y conductas mantienen los cuidadores en relación al rol de los profesionales del sistema de salud vinculados a la nutrición y con quienes los sujetos han tenido contacto, incluye la validación que le otorgan y el grado en que sus conductas se ajustan a estos nuevos contenidos.

ITEM 01

Cognición: La salud de mi hijo estará bien si lo controlo mensualmente con el médico.

Afectivo: Me siento segura y respaldada si es que he asistido regularmente al consultorio.

Conducta: Asisto regularmente a los controles de niño sano.

- Corresponde a la actitud:

- No corresponde a la actitud:

- Observaciones al ítem:

ITEM 02
Cognición: Creo que existen alimentos que no va a poder digerir, a pesar de que están indicados por el médico. Afectividad: Me da miedo que no pueda digerir los alimentos correctamente, a pesar de que éstos son dados por el médico. Conducta: Evito darle alimentos que yo creo que no va a poder digerir, a pesar de que están indicados por el médico.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 03
Cognición: No es necesario darle todos los alimentos que indica él (la) nutricionista o médico. Afectividad: De los alimentos que recomienda el especialista (nutricionista o médico) no me gusta darle aquellos que a mí me cargan o desagradan. Conducta: Evito darle ciertos alimentos porque a mí no me gustan
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

Actitud hacia el Conocimiento tradicional sobre la alimentación infantil.

Los 09 ítems que corresponden a esta actitud intentan medir que tipo de información, afectos y conductas mantienen los cuidadores en relación al conocimiento acumulado desde su experiencia en torno a la alimentación infantil, incluye su grado de acuerdo o desacuerdo frente a este conocimiento, el impacto que tiene en sus sensaciones inmediatas y prácticas cotidianas.

ITEM 01

Cognición: No se debe negar la comida a un niño.

Afectividad: Me da pena negarle la comida a mi hijo.

Conducta: Le doy comida cada vez que me pide.

- Corresponde a la actitud:

- No corresponde a la actitud:

- Observaciones al ítem:

ITEM 02
Cognición: Si el niño me pide más comida de la indicada, pienso que es porque tiene hambre. Afectividad: Me da pena negarle la comida. Conducta: Cuando el niño me pide más comida de la que le serví, le doy otro poquito.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 03
Cognición: Es más difícil para las personas de escasos recursos comprar alimentos para llevar una dieta saludable. Afectividad: Me molesta que las personas de escasos recursos no puedan acceder a una dieta balanceada. Conducta: Si los recursos son escasos se restringen algunos alimentos incluso saludables.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 04
Cognición: El niño deja de llorar cuando le doy alguna cosa para comer como una galletita de champaña. Afectividad: Me da pena que el niño llore y no pueda darle alguna cosa para comer. Conducta: Evito que el niño llore dándole una galletita de champaña.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 05
Cognición: Considero que es injusto que el niño vea comer a otros y no pueda hacer lo mismo. Afectividad: Es injusto que nos vea comer y no pueda comer lo que otros están comiendo. Conducta: Cuando el niño está mirando lo que otros comen, le doy un pedacito para que no quede mirando.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 06
Cognición: Las madres son las principales responsables de la alimentación de los niños. Afectividad: Me siento la principal responsable de la alimentación y creación de hábitos de alimentación en mi hijo. Conducta: Preparo todos los días la comida de mi hijo, superviso las cantidades y horarios en que come.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 07
Cognición: Cuando mi hijo llora es por hambre. Afectividad: Me pongo nerviosa cada vez que mi hijo llora. Conducta: Si veo a mi hijo llorando, lo primero que hago es darle algún alimento para que deje de llorar.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 08
Cognición: Creo que si a mi mamá le funcionó conmigo no hay razón para cambiar esta estrategia de alimentación con mi hijo. Afectividad: No tengo ninguna duda de que los conocimientos que me ha entregado mi mamá son los suficientes para darle una buena alimentación a mi hijo. Conducta: Le doy los alimentos que mi mama me daba a mí, independiente de lo que la nutricionista me indique.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ITEM 09
Cognición: Si mi hijo nos ve comer le va a dar hambre Afectividad: Creo que es injusto que él me vea comer y él no pueda hacer lo mismo Conducta: Cuando estamos comiendo le doy un poquito para que pruebe.
- Corresponde a la actitud: - No corresponde a la actitud: - Observaciones al ítem:

ANEXO Nº 6: INSTRUMENTO APLICADO

ACTITUDES DE LOS CUIDADORES HACIA LA ALIMENTACIÓN INFANTIL SALUDABLE Y NO SALUDABLE

Nombre:

Consultorio en el que se atiende:

Edad del Menor:

Numero de Contacto:

Instrucciones:

A continuación usted encontrara una serie de situaciones, pensamientos o experiencias que pueden ser usuales para usted en relación a la alimentación de su hijo. Piense acerca de ellas y marque con una X en las columnas la frecuencia que más se acerca a su experiencia habitual. No existen respuestas correctas o incorrectas en este cuestionario, de modo que sea honesta y libre en sus respuestas.

Actitud hacia la Información Nutricional		No / Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuen- temente	Sí / Siempre
I T E M 1	Entiendo lo que dicen las etiquetas nutricionales					
	Es mi deber como mamá preocuparme por leer la información nutricional de los alimentos.					
	Habitualmente leo lo que dicen las etiquetas de los alimentos.					
I T E M 2	Creo que me manejo con la información suficiente como para llevar una alimentación saludable para mi hijo.					
	Me siento preparada para alimentar saludablemente a mi hijo.					
	Escojo y mezclo los alimentos de manera justa para que mi hijo crezca sano					
I T E M 3	Pienso que las verduras son la base de la pirámide alimenticia.					
	Me siento segura si baso la dieta de mi hijo en verduras.					
	Las papillas que preparo consisten mayoritariamente en verduras.					
I T E M 4	Conozco las distintas etapas del desarrollo, sus diferencias y la etapa en que se encuentra mi hijo.					
	Me siento más tranquila conociendo las etapas del desarrollo de los niños y especialmente la etapa en que se encuentra mi hijo.					
	Busco información para saber más de las etapas del desarrollo de los niños y especialmente la etapa en que se encuentra mi hijo.					
I T E M 5	Sé que a los 8 meses tengo que comenzar a darle cena.					
	Estoy de acuerdo con que se le dé la cena a los 8 meses.					
	Cuando mi hijo tenga o tuvo 8 meses comencé a darle la cena.					

I T E M 6	Conozco el aporte nutricional, tales como vitaminas y minerales, que poseen los alimentos que le entrego a mi hijo para su consumo diario.					
	Me siento tranquila si sé qué nutrientes contiene cada alimento que le entrego a mi hijo.					
	. Hago comidas que mezclen todos los minerales y vitaminas que debe consumir mi hijo en un día.					
I T E M 7	Sé cuáles son los alimentos y la cantidad de éstos que mi hijo debe consumir de acuerdo a los meses que tiene y la etapa en que se encuentra.					
	Me gusta preocuparme por cocinar comida que sea acorde a la cantidad de meses y/o etapa de edad en la que se encuentra mi hijo.					
	Preparo y cocino para mi hijo día a día acorde a la cantidad de meses y/o etapa de edad en la que se encuentra.					
I T E M 8	Los niños pueden comer a libre disposición todas las frutas y verduras que quieran.					
	No me importa si mi hijo come mucho siempre y cuando sean frutas o verduras.					
	. Realizo papillas que contengan gran cantidad de verduras y frutas.					
I T E M 9	Sé que los niños no deben comer dulces.					
	Me siento satisfecha con mi desempeño como madre al ver que mi hijo no come dulces como el resto.					
	No compro dulces para el consumo de mi hijo.					
I T E M 10	Se sugiere amamantar al niño mínimo hasta el año.					
	Me gustaría darle pecho a mi hijo hasta el año.					
	Mantuve o mantendré la lactancia de mi hijo hasta los doce meses.					

Actitud hacia los Hábitos de Alimentación		No / Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuente	Sí / Siempre
I T E M 11	Sé el horario adecuado de alimentación que necesita mi hijo.					
	Me importa que mi hijo posea un horario para sus comidas.					
	Cumplo con los horarios de alimentación de mi hijo.					
I T E M 12	Se les debe crear un hábito a los niños respetando los horarios de comidas.					
	No me gusta que mi hijo coma a deshoras.					
	No le doy comidas a deshora a mi hijo.					
I T E	No es tan importante tener horarios rígidos de comida con niños tan pequeños.					
	No me hago problema si es que tengo que cambiar					

M 3	los horarios de comida de mi hijo.					
	No soy estricta en mantener un horario de comidas para mi hijo.					
I T E M 4	Si estamos fuera de casa, mi hijo podrá tener “chipe libre” en la comida, ya que sé que esto no ocurrirá todos los días.					
	Si estamos fuera de casa, no me preocupa que mi hijo coma otros alimentos (no papilla), porque sé que esto no ocurre todos los días.					
	No llevo papilla o comida especial para mi hijo cuando vamos a otra parte.					
I T E M 5	Es importante que los niños coman en un lugar tranquilo y siempre el mismo para que creen hábitos de alimentación.					
	Me gusta que mi hijo se acostumbre a comer siempre en un lugar tranquilo.					
	Alimento a mi hijo en un espacio tranquilo, en el que me dedico a él, sin urgencias.					
I T E M 6	Es imposible compatibilizar los horarios del trabajo con los horarios de comida de mi hijo.					
	No me preocupa que otra persona sea la responsable de preparar y alimentar a mi hijo porque mi horario de trabajo no me lo permite.					
	Delego la responsabilidad de la preparación y darle la comida a mi hijo en otras personas.					
I T E M 7	Siempre los niños comen cosas que no deben porque otras personas se los dan.					
	No me enoja si es que alguien cercano al niño le da alguna cosa que no debiera comer.					
	No impido que los otros le den alimentos que no corresponden a mi hijo.					

Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos		No / Nunca	Rara-mente	Algunas veces	Frecuente-mente	Sí / Siempre
I T E M 1	He aprendido formas variadas para preparar el alimento de mi hijo.					
	Disfruto viendo a mi hijo(a) probando nuevos sabores en sus comidas.					
	Cocino papillas distintas durante la semana.					
I T E M 2	No es necesario cambiar las papillas dentro de la semana.					
	Me da lata variar las papillas semanalmente.					
	Cocino las papillas con los mismos alimentos siempre.					
I T	A los niños se les debe permitir comer de todo tipo de alimentos, sin ningún tipo de restricción.					

E M 3	Me gusta que mi hijo coma de todo lo que se les da, sin ninguna restricción.					
	Le doy de todo tipo de comida, sin algún tipo de restricción.					
I T E M 4	Es importante que los niños experimenten progresivamente nuevos sabores y texturas.					
	Me gusta que mi hijo pruebe y conozca los nuevos sabores y texturas que le van siendo permitidos según su edad.					
	Mezclo distintos sabores y texturas de acuerdo a lo se le va permitiendo a mi hijo.					
I T E M 5	Conozco las porciones adecuadas de alimento que mi hijo necesita en cada comida.					
	Después de darle su comida me quedo tranquila con que ha sido suficiente para su edad.					
	Le sirvo a mi hijo en el plato la cantidad adecuada de alimentos que necesita para su edad.					
I T E M 6	Sé que los niños se deben comer toda la comida.					
	Me da rabia que el niño no se coma todo lo que le sirvo.					
	Hago distintos esfuerzos para lograr que el niño se coma todo lo que le sirvo en el plato.					
I T E M 7	Sé las cantidades necesarias que mi hijo requiere para estar saludable.					
	Me angustia que mi hijo se alimente mal cuando no se ha comido las cantidades recomendadas.					
	Sirvo las cantidades indicadas por la nutricionista en el plato para la alimentación de mi hijo.					
I T E M 8	Sé qué cantidades de leche debe tomar mi hijo a diario.					
	Me siento segura al darle las medidas correspondientes de leche a la etapa en la que se encuentra mi hijo.					
	Utilizo un medidor de leche para hacer las mamaderas del menor.					
I T E M 9	Sé que en algunas situaciones mi hijo tenderá a rechazar el alimento.					
	Me siento mal cuando mi hijo rechaza la comida					
	Dejo de dar el alimento cuando el niño lo rechaza.					
I T E M 10	Sé que debo cambiar el alimento por otro cuando es rechazado por el niño, y en otra instancia incorporar nuevamente el alimento.					
	No me preocupo cuando el niño rechaza el alimento porque es algo normal a su edad.					
	Cambio el alimento por otro cuando mi hijo lo rechaza, incorporándolo posteriormente en una nueva papilla.					

Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil	No /	Rara-	Algunas	Frecuen	Sí /
--	------	-------	---------	---------	------

		Nunca	mente	veces	temente	Siempre
I T E M 1	Conozco las enfermedades y consecuencias directas de no poseer una dieta equilibrada (alimentación saludable).					
	Me da miedo que mi hijo pueda desarrollar alguna enfermedad o problema producto de una mala alimentación.					
	Cocino de forma saludable para prevenir futuras enfermedades asociadas.					
I T E M 2	Una de las causas de la obesidad es darle dulces.					
	Me siento tranquila cuando no le doy dulces, porque es lo correcto.					
	Evito darle dulces al niño.					
I T E M 3	Los bebés con sobrepeso tendrán un peso normal a futuro, una vez que aumenten su estatura y su grado de actividad.					
	Estoy confiada de que los bebés con sobrepeso en esta edad tendrán un peso normal cuando aumenten su estatura y grado de actividad.					
	Esperó que mi hijo crezca y aumente su grado de actividad para que alcance el peso adecuado.					
I T E M 4	El tema de la obesidad infantil cada día aumenta sus cifras en Chile.					
	Me preocupa el tema de la obesidad infantil.					
	Comemos de una forma saludable para evitar la obesidad infantil en mi familia.					
I T E M 5	Hay familias en las que todos tienden a ser gorditos sin que eso sea un problema.					
	No hay que preocuparse tanto por la obesidad de los niños porque a veces es de familia.					
	Los problemas de peso en algún miembro de la familia no han generado cambios en nuestra forma de alimentarnos.					
I T E M 6	Algunos niños están con sobrepeso porque sus padres le dan comida en exceso.					
	Estoy tranquila si le doy la cantidad adecuada de comida a mi hijo.					
	Le doy la cantidad de alimentos necesarios al niño para su consumo diario.					

	Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud	No / Nunca	Rara-mente	Algunas veces	Frecuen-temente	Sí / Siempre
I T E M 1	La salud de mi hijo estará bien si lo controlo mensualmente con el médico.					
	Me siento segura y respaldada si es que he asistido regularmente al consultorio.					
	Asisto regularmente a los controles de niño sano.					

I T E M 2	Creo que existen alimentos que no va a poder digerir, a pesar de que están indicados por el médico.					
	Me da miedo que no pueda digerir los alimentos correctamente, a pesar de que éstos son dados por el médico.					
	Evito darle alimentos que yo creo que no va a poder digerir, a pesar de que están indicados por el médico.					
I T E M 3	No es necesario darle todos los alimentos que indica él (la) nutricionista o médico.					
	De los alimentos que recomienda el especialista (nutricionista o médico) no me gusta darle aquellos que a mí me cargan o desagradan.					
	Evito darle ciertos alimentos porque a mí no me gustan.					

Actitud hacia el Conocimiento tradicional sobre la alimentación infantil.		No / Nunca	Rara-mente	Algunas veces	Frecuente-mente	Sí / Siempre
I T E M 1	No se debe negar la comida a un niño.					
	Me da pena negarle la comida a mi hijo					
	Le doy comida cada vez que me pide					
I T E M 2	Si el niño me pide más comida de la indicada, pienso que es porque tiene hambre.					
	Me da pena negarle la comida.					
	Cuando el niño me pide más comida de la que le serví, le doy otro poquito.					
I T E M 3	Es más difícil para las personas de escasos recursos comprar alimentos para llevar una dieta saludable.					
	Me molesta que las personas de escasos recursos no puedan acceder a una dieta balanceada.					
	Si los recursos son escasos se restringen algunos alimentos incluso saludables.					
I T E M 4	El niño deja de llorar cuando le doy alguna cosa para comer como una galletita de champaña.					
	Me da pena que el niño llore y no pueda darle alguna cosa para comer.					
	Evito que el niño llore dándole una galletita de champaña.					
I T E M 5	Los niños tienen derecho a comer lo que los otros estén comiendo, siempre que no les haga mal.					
	Es injusto que un bebé vea comer a otros y no pueda comer lo mismo que los otros están comiendo.					
	Cuando el niño está mirando lo que otros comen, le doy un pedacito para que no quede mirando.					

I T E M 6	Las madres son las principales responsables de la alimentación de los niños.					
	Me siento la principal responsable de la alimentación y creación de hábitos de alimentación en mi hijo.					
	Preparo todos los días la comida de mi hijo, superviso las cantidades y horarios en que come.					
I T E M 7	Cuando mi hijo llora es por hambre.					
	Me pongo nerviosa cada vez que mi hijo llora.					
	Si veo a mi hijo llorando, lo primero que hago es darle algún alimento para que deje de llorar.					
I T E M 8	Creo que si a mi mamá le funcionó conmigo no hay razón para cambiar esta estrategia de alimentación con mi hijo.					
	Me siento tranquila de los conocimientos que me entrego mi madre ya que son los suficientes para darle una buena alimentación a mi hijo.					
	Le doy los alimentos que mi mamá me daba a mí, independiente de lo que la nutricionista me indique.					
I T E M 9	Si mi hijo nos ve comer le va a dar hambre.					
	Siento que es injusto que él me vea comer y él no pueda hacer lo mismo.					
	Cuando estamos comiendo le doy un poquito para que pruebe.					

ANEXO N° 7: INSTRUMENTO FINAL

ACTITUDES DE LOS CUIDADORES HACIA LA ALIMENTACIÓN INFANTIL SALUDABLE Y NO SALUDABLE

Nombre:

Consultorio en el que se atiende:

Edad del Menor:

Instrucciones:

A continuación usted encontrará una serie de situaciones, pensamientos o experiencias que pueden ser usuales para usted en relación a la alimentación de su hijo. Piense acerca de ellas y marque con una X en las columnas la frecuencia que más se acerca a su experiencia habitual. No existen respuestas correctas o incorrectas en este cuestionario, de modo que sea honesta y libre en sus respuestas

Actitud hacia la Información Nutricional		No / Nunca	Rara- mente	Algun as veces	Frecu- entem- ente	Sí / Siemp- re
I T E M 1	Entiendo lo que dicen las etiquetas nutricionales					
	Es mi deber como mamá preocuparme por leer la información nutricional de los alimentos.					
	Habitualmente leo lo que dicen las etiquetas de los alimentos.					
I T E M 2	Creo que me manejo con la información suficiente como para llevar una alimentación saludable para mi hijo.					
	Me siento preparada para alimentar saludablemente a mi hijo.					
	Escojo y mezclo los alimentos de manera justa para que mi hijo crezca sano					
I T E M 4	Conozco las distintas etapas del desarrollo, sus diferencias y la etapa en que se encuentra mi hijo.					
	Me siento más tranquila conociendo las etapas del desarrollo de los niños y especialmente la etapa en que se encuentra mi hijo.					
	Busco información para saber más de las etapas del desarrollo de los niños y especialmente la etapa en que se encuentra mi hijo.					
I T E M 5	Sé que a los 8 meses tengo que comenzar a darle cena.					
	Estoy de acuerdo con que se le dé la cena a los 8 meses.					
	Cuando mi hijo tenga o tuvo 8 meses comencé a darle la cena.					
I T E M	Conozco el aporte nutricional, tales como vitaminas y minerales, que poseen los alimentos que le entrego a mi hijo para su consumo diario.					
	Me siento tranquila si sé qué nutrientes contiene cada alimento que le entrego a mi hijo.					

6	Hago comidas que mezclen todos los minerales y vitaminas que debe consumir mi hijo en un día.					
I T E M 7	Sé cuáles son los alimentos y la cantidad de éstos que mi hijo debe consumir de a cuerdo a los meses que tiene y la etapa en que se encuentra.					
	Me gusta preocuparme por cocinar comida que sea acorde a la cantidad de meses y/o etapa de edad en la que se encuentra mi hijo.					
	Preparo y cocino para mi hijo día a día acorde a la cantidad de meses y/o etapa de edad en la que se encuentra.					

Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos		No / Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Sí / Siempre
I T E M 1	He aprendido formas variadas para preparar el alimento de mi hijo.					
	Disfruto viendo a mi hijo(a) probando nuevos sabores en sus comidas.					
	Cocino papillas distintas durante la semana.					
I T E M 5	Conozco las porciones adecuadas de alimento que mi hijo necesita en cada comida.					
	Después de darle su comida me quedo tranquila con que ha sido suficiente para su edad.					
	Le sirvo a mi hijo en el plato la cantidad adecuada de alimentos que necesita para su edad.					
I T E M 6	Sé que los niños se deben comer toda la comida.					
	Me da rabia que el niño no se coma todo lo que le sirvo.					
	Hago distintos esfuerzos para lograr que el niño se coma todo lo que le sirvo en el plato.					

Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil		No / Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Sí / Siempre
I T E M 1	Conozco las enfermedades y consecuencias directas de no poseer una dieta equilibrada (alimentación saludable).					
	Me da miedo que mi hijo pueda desarrollar alguna enfermedad o problema producto de una mala alimentación.					
	Cocino de forma saludable para prevenir futuras enfermedades asociadas.					
I T E	Una de las causas de la obesidad es darle dulces.					
	Me siento tranquila cuando no le doy dulces, porque es lo correcto.					

M 2	Evito darle dulces al niño.					
I T E M 4	El tema de la obesidad infantil cada día aumenta sus cifras en Chile.					
	Me preocupa el tema de la obesidad infantil.					
	Comemos de una forma saludable para evitar la obesidad infantil en mi familia.					
I T E M 6	Algunos niños están con sobrepeso porque sus padres le dan comida en exceso.					
	Estoy tranquila si le doy la cantidad adecuada de comida a mi hijo.					
	Le doy la cantidad de alimentos necesarios al niño para su consumo diario.					

Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud		No / Nunc a	Rara- mente	Algun as veces	Frecu entem ente	Sí / Siemp re
I T E M 2	Creo que existen alimentos que no va a poder digerir, a pesar de que están indicados por el médico.					
	Me da miedo que no pueda digerir los alimentos correctamente, a pesar de que éstos son dados por el médico.					
	Evito darle alimentos que yo creo que no va a poder digerir, a pesar de que están indicados por el médico.					
I T E M 3	No es necesario darle todos los alimentos que indica él (la) nutricionista o médico.					
	De los alimentos que recomienda el especialista (nutricionista o médico) no me gusta darle aquellos que a mi me cargan o desagradan.					
	Evito darle ciertos alimentos porque a mí no me gustan.					

Actitud hacia al Conocimiento tradicional sobre la alimentación infantil.		No / Nunc a	Rara- mente	Algun as veces	Frecu entem ente	Sí / Siemp re
I T E M 1	No se debe negar la comida a un niño.					
	Me da pena negarle la comida a mi hijo					
	Le doy comida cada vez que me pide					
I T E M 2	Si el niño me pide más comida de la indicada, pienso que es porque tiene hambre.					
	Me da pena negarle la comida.					
	Cuando el niño me pide más comida de la que le serví, le doy otro poquito.					
I T E M	El niño deja de llorar cuando le doy alguna cosa para comer como una galletita de champaña.					
	Me da pena que el niño lllore y no pueda darle alguna cosa para comer.					

4	Evito que el niño llore dándole una galletita de champaña.					
ITEM 5	Los niños tienen derecho a comer lo que los otros estén comiendo, siempre que no les haga mal.					
	Es injusto que un bebé vea comer a otros y no pueda comer lo mismo que los otros están comiendo.					
	Cuando el niño está mirando lo que otros comen, le doy un pedacito para que no quede mirando.					
ITEM 7	Cuando mi hijo llora es por hambre.					
	Me pongo nerviosa cada vez que mi hijo llora.					
	Si veo a mi hijo llorando, lo primero que hago es darle algún alimento para que deje de llorar.					
ITEM 8	Creo que si a mi mamá le funcionó conmigo no hay razón para cambiar esta estrategia de alimentación con mi hijo.					
	Me siento tranquila de los conocimientos que me entrego mi madre ya que son los suficientes para darle una buena alimentación a mi hijo.					
	Le doy los alimentos que mi mamá me daba a mí, independiente de lo que la nutricionista me indique.					
ITEM 9	Si mi hijo nos ve comer le va a dar hambre.					
	Siento que es injusto que él me vea comer y él no pueda hacer lo mismo.					
	Cuando estamos comiendo le doy un poquito para que pruebe.					

ANEXO N° 8: ANÁLISIS POR ÍTEM DE DIMENSIONES DE LOS ÍTEMS ELIMINADOS

Se comienza por el análisis de los ítems a nivel más molecular, el cual permite evidenciar la confiabilidad que aportaba cada dimensión (cognición, afectividad y conducta) al mismo ítem. Para este análisis, se llevó a cabo una sumatoria de dichas dimensiones de acuerdo al ítem al que correspondían, de forma que el sistema comprendiera que los tres reactivos de cada ítem apuntaban a un mismo objetivo.

A continuación, se mostrarán los ítems que fueron descartados con la especificación de cuál dimensión de cada ítem (cognición, afectividad o conducta) es la que debiera modificarse para aumentar la confiabilidad del mismo y, de este modo, incorporar nuevamente estos ítems para una nueva recogida de datos.

Actitud hacia la Información Nutricional

ÍTEM 3	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
--------	-------------------	--

Cognición	0,492	0,272
Afectividad	0,492	0,131
Conducta	0,492	0,587

ÍTEM 8	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Cognición	0,617	0,302
Afectividad	0,617	0,420
Conducta	0,617	0,697

ÍTEM 9	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Cognición	0,383	0,137
Afectividad	0,383	0,300
Conducta	0,383	0,469

ÍTEM 10	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Cognición	0,723	0,616
Afectividad	0,723	0,545
Conducta	0,723	0,773

Actitud hacia los Hábitos de Alimentación

ÍTEM 1	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Cognición	0,548	0,469
Afectividad	0,548	0,400
Conducta	0,548	0,493

ÍTEM 2	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Cognición	0,524	0,724
Afectividad	0,524	0,079
Conducta	0,524	0,306

ÍTEM 3	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Cognición	0,777	0,688
Afectividad	0,777	0,706
Conducta	0,777	0,702
ÍTEM 4	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Cognición	0,383	0,235
Afectividad	0,383	0,016
Conducta	0,383	0,566

ÍTEM 5	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se
---------------	--------------------------	--------------------------------

		elimina el ítems
Cognición	0,800	0,713
Afectividad	0,800	0,583
Conducta	0,800	0,839

ÍTEM 6	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
Cognición	0,482	0,439
Afectividad	0,482	0,346
Conducta	0,482	0,365

ÍTEM 7	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
Cognición	0,579	0,742
Afectividad	0,579	0,308
Conducta	0,579	0,305

Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos

ÍTEM 3	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
Cognición	0,869	0,873
Afectividad	0,869	0,821
Conducta	0,869	0,749

ÍTEM 6	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
Cognición	0,525	0,487
Afectividad	0,525	0,446
Conducta	0,525	0,320

ÍTEM 7	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
Cognición	0,213	-0,059
Afectividad	0,213	0,726
Conducta	0,213	-0,237

ÍTEM 8	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
Cognición	0,729	0,690
Afectividad	0,729	0,589
Conducta	0,729	0,633

ÍTEM 10	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítems
----------------	--------------------------	---

Cognición	0,592	0,336
Afectividad	0,592	0,696
Conducta	0,592	0,410

Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil

ÍTEM 3	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Cognición	0,644	0,334
Afectividad	0,644	0,424
Conducta	0,644	0,768

ÍTEM 5	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Cognición	0,237	0,179
Afectividad	0,237	0,171
Conducta	0,237	0,162

Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud

ÍTEM 1	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Cognición	0,774	0,576
Afectividad	0,774	0,801
Conducta	0,774	0,718

Actitud hacia el Conocimiento Tradicional sobre la Alimentación Infantil

ÍTEM 3	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Cognición	0,709	0,610
Afectividad	0,709	0,662
Conducta	0,709	0,581

ÍTEM 6	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el Ítems
Cognición	0,332	0,249
Afectividad	0,332	0,080
Conducta	0,332	0,409

9. BIBLIOGRAFIA

Referencia a Libros

- Hewstone, M., Stroebe, W., Codo, I. J. P. & Stephenson, G. M. (1990). *Introducción a la Psicología Social: Una perspectiva europea*. Editorial Ariel Psicología.
- MINISTERIO DE SALUD CHILE. DPTO. NUTRICIÓN Y CICLO VITAL DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES (2005). *Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años. Guía de Alimentación hasta la Adolescencia*.
- MINSAL, Chile (2000) *Norma de alimentación del menor de 2 años*
- Morales Domínguez, J [et al] (2007). *Psicología social*. (3a. edición) Madrid: McGraw-Hill.

- Morales, P. (1988). *Medición de Actitudes en Psicología y Educación: Construcción de escalas y problemas metodológicos*. Editorial Ttarttalo
- Moscovici (1985 – 1986). *Psicología Social*. Editorial Paidós.
- Salazar, M., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez, E., Santero, E. y Villegas, J. F. (1979). *Psicología Social*. Editorial Trillas.

Revistas

- Aranceta-Bartrinaa. J, Serra-Majemb. L, Foz-Salac. M, Moreno-Esteband. B, & Grupo Colaborativo SEEDO (2007). Prevalencia de obesidad en España.
- Beato, L. y Rodríguez, T. Attitudes towards change in eating disorders (ACTA). *Development and psychometric properties*
- Bersch, S. (2006). La Obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 25. Nº 4.*
- Caéz, G. & Casas, N. (2007). Formar en un estilo de vida saludable: otro reto para la ingeniería y la industria. *Revista Educación y educadores. Vol. 10, Nº 2.*
- Cervera Ral, P. (2008). Fomento del Consumo de Frutas y Hortalizas: vehículo de promoción de la salud y prevención de trastornos y patologías prevalentes en la sociedad. *Revista ANS. Alimentación, Nutrición y Salud. Vol. 15. Nº 2*
- Gamboa, E., López, N., Prada, G. & Gallo, K. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Scielo*
- Lama, R. A., Alonso, A., Gil-Campos, M., Leis, R., Martínez, V., Moráis, A., Moreno, J. M., Pedrón, M.C & Comité de Nutrición de la AEP. (2007). Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. *Asociación española de Pediatría.*

- Martínez, J. (2002). Causas de la obesidad. *Análisis del Sistema Sanitario de Navarra. Vol 25, Supl 1. Obesidad*
- Moraga, F., Rebollo, M. J., Bórquez, P., Cáceres, J. & Castillo, C. (2003). Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable. *Revista médica de Pediatría v. 74 n. 4.*
- Moreno, M. (1997). Diagnostico de Obesidad y sus métodos de evaluación. *vol. 26, N° 1*
- Vio, F. & Albala, C. (2002). Obesidad en Chile: Una mirada Epidemiológica. *Revista médica de Chile v.130 n.7.*

Recursos Electrónicos

- <http://www.who.int/es/index.html> , OMS.
- www.minsal.cl
- www.latercera.com
- Minsal. Propuesta de trabajo. Estrategia Global contra la obesidad (EGO- Chile), 2006
- Barquera. S, 2006 en <http://cbs.xoc.uam.mx/3rafase/obesidad/unidad1.htm>
- <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/obesidad/DiagnosticoObesidad.html>
- <http://www.guiainfantil.com/salud/obesidad/causas.htm>
- www.scielo.cl