

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**“REDISEÑO DEL INSTRUMENTO PILOTO PARA LA DETECCIÓN DE ACTITUDES
HACIA LA ALIMENTACIÓN INFANTIL SALUDABLE DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12
MESES”**

**SEMINARIO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO
Y AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PROFESORA GUIA

PS. CLAUDIA CALDERÓN FLANDES

POR

VICKY CONTRERAS BRITO

ANDREA FLORES POBLETE

BÁRBARA MUÑOZ ORELLANA

PAMELA SUAZO MUÑOZ

VALPARAISO, ENERO DE 2014

A mis padres, por su amor, confianza y apoyo incondicional.

A mis abuelos por su cariño y sabiduría.

A mi hermano por su ayuda y compañía.

A Jair y familia por su cariño, confianza y apoyo.

Vicky

A mi madre por su amor y confianza infinita.

A mis hermanos, tíos y primos por su amor, paciencia y apoyo incondicional.

A mis amigas por su cariño, compañía y apoyo en este proceso.

Andrea

A mi madre por su apoyo, amor y contención en momentos difíciles.

A mi padre, por creer en mí y apoyarme en este proceso.

A mis hermanos/as, amigas/os y Raúl por su confianza y amor incondicional.

Bárbara

Le doy gracias a Dios, por entrégame fortaleza durante este proceso.

A mis padres por su constante apoyo y cariño.

A mi hermana pequeña Paola y a Rodrigo, por estar presentes y tenerme paciencia.

Pamela

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todos aquellos que hicieron posible esta investigación.

A la Corporación Municipal de Salud de Quilpué, a los Centros de Salud y Colegio Numancia, por permitarnos contactar a las personas participantes de nuestro estudio.

A las madres que en forma voluntaria y desinteresada accedieron a participar en esta investigación, compartiendo sus experiencias y contestando los cuestionarios.

Al cuerpo docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, por el conocimiento teórico y práctico entregado a los largo de estos años, suscitando en nosotras el respeto, dedicación y empatía hacia las personas con las cuales trabajaremos.

A nuestra profesora guía Ps. Claudia Calderón Flandes, por promover en nosotras la rigurosidad y perseverancia necesaria para llevar a cabo nuestro seminario.

A nuestro profesor Ps. Alonso Ortega por orientarnos y apoyarnos durante el proceso de esta investigación.

A la Nutricionista Pamela Muñoz Díaz, por su colaboración desde su área de experticia.

Finalmente, quisiéramos agradecer a nuestras familias y amigos cercanos, por su paciencia, compañía y apoyo en cada paso de este proceso que hoy culmina.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	Pág. 6
2. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS.....	Pág. 8
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	Pág. 10
2.2 ANTECEDENTES SOBRE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS.....	Pág. 13
3. MARCO TEÓRICO	
3.1 CONCEPTO ACTITUDINAL.....	Pág. 16
4. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	Pág. 25
4.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	Pág. 25
4.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	
4.3.1 Objetivo General.....	Pág. 26
4.3.2 Objetivos Específicos.....	Pág. 26
5. METODOLOGÍA	
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	Pág. 27
5.2 POBLACIÓN OBJETIVO.....	Pág. 27
5.3 PROCEDIMIENTO.....	Pág. 28
6. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.....	Pág. 31

7. DISCUSIÓN.....	Pág. 41
8. CONCLUSION.....	Pág. 44
9. BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 46
10. ANEXOS	
10.1 ANEXO 1.....	Pág. 50
10.2 ANEXO 2.....	Pág. 57
10.3 ANEXO 3.....	Pág. 62
10.4 ANEXO 4.....	Pág. 65
10.5 ANEXO 5.....	Pág. 69
10.6 ANEXO 6.....	Pág. 70
10.7 ANEXO 7.....	Pág. 71
10.8 ANEXO 8.....	Pág. 72
10.9 ANEXO 9.....	Pág. 74
10.10 ANEXO 10.....	Pág. 74

INDICE DE GRÁFICOS

Graf. 1: Estado Nutricional Menores de 6 años.....	Pág. 9
Graf. 2: Prevalencia Obesidad Infantil según Grupo de Edad.....	Pág. 9
Graf. 3: Prevalencia de Obesidad en Escuelas EGO.....	Pág. 12
Graf. 4: Consultorios de acuerdo a porcentaje de personas que componen la muestra.....	Pág. 31

INDICE DE TABLAS

Tabla I: Alphas de Cronbach Escala Total.....	Pág. 32
Tabla II: Alphas de Cronbach Escala Total con Eliminación Ítems.....	Pág. 34
Tabla III: Varianza Total Explicada con Rotación.....	Pág. 35
Tabla IV: Matriz Factores Rotados.....	Pág. 36
Tabla V: Cuadro Explicativo Agrupación en Triadas de los ítems.....	Pág. 37
Tabla VI: Alphas de Cronbach Escala Total 18 Reactivos.....	Pág. 38
Tabla VII: Alphas de Cronbach Escala Total con 15 Reactivos.....	Pág. 39
Tabla VIII: Factores que Componen Cuestionario Final.....	Pág. 42

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación está inserta en el contexto de la obesidad como un cuadro, que dentro del contexto mundial, ha aumentado su tasa de prevalencia en forma considerable, especialmente durante la última década y cuya situación en Chile no es distinta.

La obesidad infantil al seguir la misma tendencia, ha generado alarma entre las autoridades sanitarias, quienes a pesar de haber instaurado políticas públicas para prevenir la obesidad y promocionar prácticas de alimentación saludables, no han logrado una disminución significativa en la tasa de sobrepeso infantil, tal como se podrá apreciar en las estadísticas de los antecedentes epidemiológicos.

En ese sentido se destaca la importancia de la etapa infantil, ya que se considera la obesidad infantil como la antesala de la obesidad adulta, siendo el primer año de vida, una etapa particularmente crítica, dado que en ella se encuentra la incorporación de la alimentación complementaria. Por este motivo, resulta relevante conocer las madres de los cuidadores de niños, ya que, son los responsables de la alimentación que sus hijos (as) reciben. Conocer la disposición de estas madres hacia las prácticas saludables de alimentación, permitiría focalizar mejor el trabajo educativo de los profesionales de salud en su labor preventiva. Es por ello que se ha desarrollado esta línea de investigación, comenzando en el año 2010, donde se realiza una primera versión de un instrumento, basado en el modelo actitudinal de Rosenberg y Hovland (1960), el cual fue sometido a una primera fase de validación de contenido, realizada a través de un juicio de expertos. A partir de esto, se conformó un instrumento que incluía 45 ítems, compuestos cada uno de ellos por tres reactivos, los que apuntaban al área afectiva, cognitiva y conductual.

Para efectos de nuestro seminario, utilizaremos estos 3 conceptos, pero en vez de utilizar el componente conductual como reactivo, lo cambiaremos por una idea más acorde al modelo teórico utilizado, en donde se entiende como intención conductual. De esta manera, orientaremos nuestro trabajo a reforzar el modelo teórico psicológico de alta trayectoria investigativa y que tiene entre sus objetivos describir y explicar la conducta objetivo.

La intención es un aspecto importante de la conducta, por lo cual la presencia de este componente dentro del concepto actitudinal del individuo, nos podría mostrar una probabilidad de que lleve a cabo una conducta determinada. También al utilizar el concepto de “intención conductual”, se puede disminuir el efecto de la deseabilidad social, ya que no pone a la cuidadora en una situación que implique un juicio valorativo de su rol, al no preguntar por una acción o hecho en particular, las personas no se sentirán enjuiciadas en la manera en que entregan la alimentación a sus hijos (as).

El concepto de las actitudes de Rosenberg y Hovland (1960), ha sido especialmente útil como guía en la confección de escalas, ya que, la medición de actitudes se basa precisamente en la medición de sus manifestaciones, que son, en este caso, reacciones valorativas, ante opiniones referidas a creencias, sentimientos o conductas.

Es así, como para nuestro seminario se propone realizar un trabajo de enriquecimiento y perfeccionamiento conceptual y psicométrico del instrumento originalmente desarrollado por Calderón y cols. (2010) sobre “Actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable”, partiendo desde una revisión bibliográfica de investigaciones anteriores en esta línea, como también investigaciones en prácticas alimentarias. Los resultados obtenidos permitirán aportar a la APS un instrumento más depurado.

La formulación del problema, la recolección y análisis de la información se realizará siguiendo una metodología cuantitativa. Nuestra muestra consistirá en madres de niños entre 6 y 12 meses de edad. El tipo de estudio es descriptivo – correlacional.

Estos hallazgos pretenden ser un aporte al cuerpo de conocimientos, que a futuro permitan elaborar programas de intervención situados, que consideren el contexto sociocultural, subjetivo e intersubjetivo de las madres, y que consecuentemente favorezcan la emergencia de prácticas saludables de alimentación.

El Programa de Atención Primaria de la Salud –APS-, según la Carta de Ottawa de 1986, subraya la Promoción de Salud como concepto clave, superando la realización estricta de tareas curativas o reparadoras, y utiliza la prevención y la educación como medios para la consecución de sus metas, "salud para todos para el nuevo milenio", es uno de los lemas emanados desde esta carta. "La APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables". La evaluación en APS es clave para mejorar la calidad de la atención y posibilitar la toma de decisiones, basado en los datos empíricos (Starfield, 2001). Dado este sustento teórico y el acercamiento de los investigadores de este seminario en APS, es que se puede mencionar que los instrumentos de evaluación siguen una lógica de tamizaje por lo cual son instrumentos breves, de rápida aplicación y evaluación. Por este motivo, consideramos relevante desarrollar un instrumento con estas características para dar un apoyo a los objetivos programáticos de la APS, además que el instrumento permita delimitar grupos objetivos y por ende focalizar las estrategias de intervención.

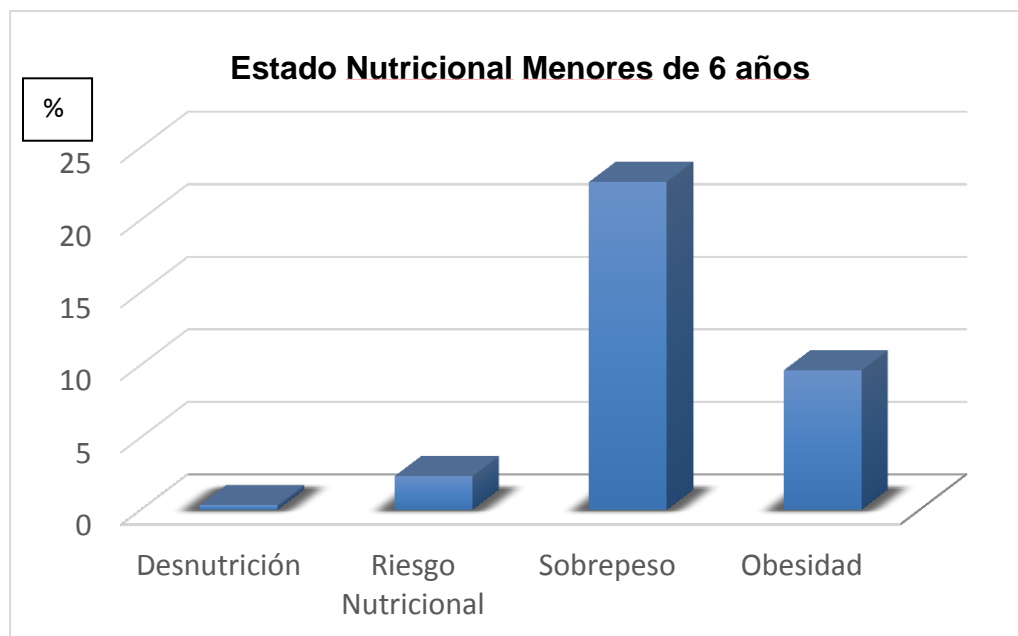
2. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

Tanto en el contexto mundial como nacional, la obesidad es entendida como un problema de salud pública. Desde las décadas del 60 y 70 hasta el día de hoy, la desnutrición pasó a ser reemplazada por el aumento sostenido de peso en la población general, afectando sobre todo a los sectores más vulnerables y medios del país (OMS, 2013). Tras la implementación de políticas integrales en los años '80, que promovían la entrega de alimentos a los beneficiarios de los sistemas de salud durante los controles de salud materna e infantil, comienzan a observarse los primeros índices de obesidad infantil. (Salinas y Vio, 2003).

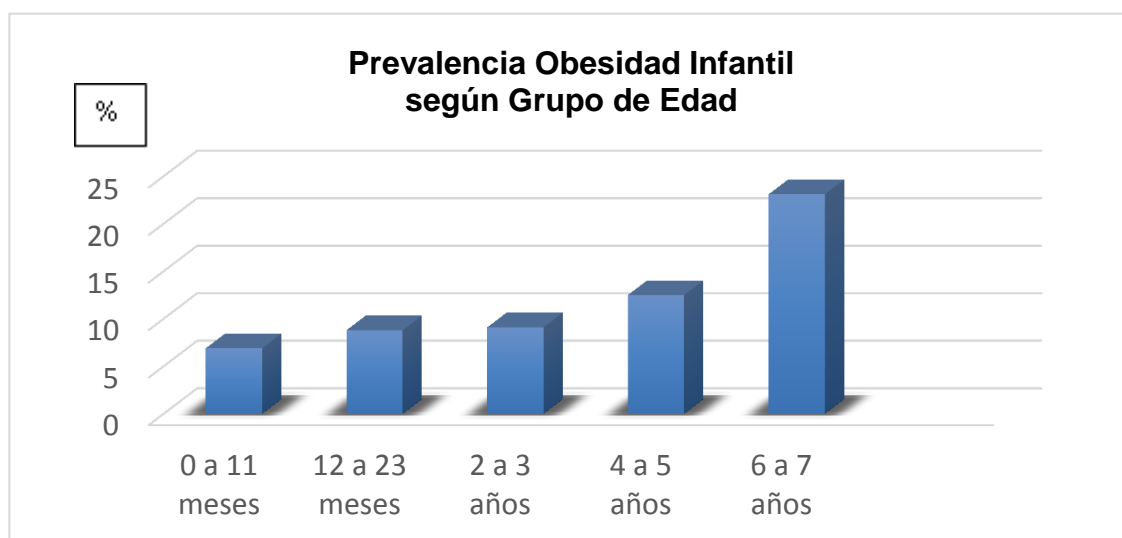
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” quedando determinado con un IMC igual o superior a 30. En cuanto a las cifras a nivel mundial, se estima que existen mil millones de obesos. Dada la rapidez de la propagación de esta epidemia, con tasas duplicándose en las últimas tres décadas, se proyecta para el 2015 que esta cifra superará los 1500 millones (OMS, 2013).

En Chile, la obesidad ha mostrado un importante incremento entre los años 2003 y 2010. El sobrepeso afecta a 2 de cada 3 adultos en Chile, donde el 39,3% presenta sobrepeso y el 25,1% presenta obesidad. Los datos muestran una mayor prevalencia en mujeres, en personas de mayor edad y en personas con menor escolaridad (MINSAL, 2010). Para el caso de las embarazadas, más del 50% de las que asisten a control presenta algún grado de sobrepeso u obesidad.

La situación nutricional de la población menor de 6 años, que está bajo control del Sistema Público de Salud, es de 9.6% con obesidad y 22.6% con sobrepeso, concentrándose la mayor alza entre los 4-5 y 6-7 años de edad, tal como se demuestra en los gráficos adjuntos (MINSAL, 2010). Chile es hoy el país con más rápido crecimiento de la obesidad infantil, con una de las prevalencias más altas del mundo. En esta población, la obesidad supera el 40% y muestra una tendencia al alza en los últimos 10 años. No sólo aumenta en frecuencia, sino también es su intensidad al incrementarse en más del 60% (Atalah, 2012).



*Gráfico 1: Estado Nutricional Menores de 6 años.
Extraído de MINSAL 2010*



*Gráfico 2: Prevalencia Obesidad Infantil según Grupo de Edad.
Extraído de MINSAL 2010*

Por otro lado, el Ministerio de Desarrollo Social, realizó una Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) el año 2011, relacionada con la situación de la población infantil y adolescente. Una de las variables estudiadas fue el peso corporal, cuyos resultados mostraron que el 14% de los menores de cinco años (cifra al 2011) presentan sobrepeso u obesidad, lo que confirma esta tendencia sostenida al alza desde el año 1990, donde sólo un 4.9% de los niños presentaba esta

condición. En la misma encuesta se indicó que el sobrepeso sostenido proviene principalmente de hogares con menores recursos, “donde la distribución de los gastos económicos está concentrada en el consumo de comida de alto contenido graso y de azúcar refinada (comida chatarra) y de bebidas gaseosas, así como la compra de televisores y equipos electrodomésticos, con lo que disminuyó la actividad física, aumentando considerablemente el sedentarismo” (CASEN, 2011).

La obesidad infantil desde el 2003 a la fecha, ha seguido la misma tendencia de la obesidad adulta. Se ha observado un aumento progresivo, sin retroceso, a pesar de las diferentes políticas públicas implementadas. Esto genera una alarma en las autoridades sanitarias, por la repercusión que tiene en la salud. Los niños con sobrepeso tienen mayor probabilidad de mantener la problemática hasta su adultez, mayor riesgo a presentar diabetes a edades más tempranas y a desarrollar distintas enfermedades cardiovasculares y crónicas. Lo anterior, genera índices elevados de molestias y malestar en diversos aspectos de sus vidas. (OMS, 2013).

La OMS brinda lineamientos con pruebas científicas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, donde se señala la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de la vida, enfatizando el papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas, para lograr un estado de salud óptimo. Las buenas prácticas de alimentación, permiten iniciar estilos de vida saludables en la infancia y mejorar el estado de salud en la vida adulta.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

El Ministerio de Salud ha buscado implementar distintas estrategias para prevenir la obesidad y promocionar a nivel primario prácticas de alimentación más saludables. Las actividades que realiza la APS, son importantes para la salud de la comunidad. Ya en 1974, Lalonde identificó a los estilos de vida y las prácticas alimentarias como uno de los determinantes de salud. Por tanto, una cuestión central son los objetivos de prevención y promoción dictados por APS. En este sentido, es importante contar con instrumentos que ayuden a identificar grupos de riesgo y además guíen las intervenciones en este sector, es por tanto, que consideramos fundamental centrar los esfuerzos en entregar este medio de identificación, a través de un cuestionario capaz de medir las actitudes hacia la alimentación infantil saludable.

Las primeras intervenciones se generaron en el año 2000, cuando se inició el Plan Nacional de Promoción de la Salud, con metas propuestas para el 2010. Simultáneamente se creó Vida Chile, organismo encargado de elaborar políticas de promoción de salud en el país. Para disminuir la prevalencia de sedentarismo en la población, se elaboraron y transmitieron recomendaciones de actividad física, realizando programas de información y educación para el fomento de una vida activa.

Estas estrategias adoptadas tenían un carácter intersectorial y participativo, llevándose a cabo mediante procedimientos educativos y comunitarios destinados a estimular la responsabilidad ciudadana (Salinas y Vio, 2003).

El aumento de las horas de actividad física curricular y extracurricular durante la jornada escolar, forma parte de la más actual reforma educacional, llevada a cabo por el Ministerio de Educación. En este marco se genera, en el año 2006, la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO), cuya meta principal es disminuir la prevalencia de la obesidad en nuestro país, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la actividad física, a lo largo de toda la vida. La estrategia define como necesaria la participación de distintos sectores del país, que tienen como principal tarea desde el supervisar el aumento de horas de Educación Física semanales, hasta el incentivar y promocionar el consumo de colaciones sanas al interior de las escuelas (MINSAL, 2006).

En cuanto a los resultados que se han obtenido tras la aplicación de esta estrategia, el MINSAL desarrolló una evaluación externa el año 2010 a 62 escuelas municipales, en donde se realizó un seguimiento en cuanto al estado nutricional y las acciones implementadas para disminuir la obesidad. De este estudio se desprenden los siguientes datos: en el período 2005 al 2010 la obesidad a nivel nacional en escolares de 1er año básico se ha visto en aumento desde un 18,5% de prevalencia, a un 23,4%, tal como lo indica el gráfico 3. En cuanto a los resultados de evaluación de la implementación de las actividades propuestas, se evidencia que más del 50% de las escuelas evaluadas mantienen un programa de actividades en materia de alimentación saludable, pero en la práctica no existe un documento verificador de esta situación. Gran cantidad de profesores de las escuelas evaluadas, señalan no haber recibido una capacitación sobre el programa; sólo el 16% de las escuelas cumple con la presencia de una patrulla juvenil; menos del 40% realiza los recreos activos; sólo el 20% de las escuelas cumple con las 3 horas programadas de educación física a la semana; entre otros (MINSAL, 2010).

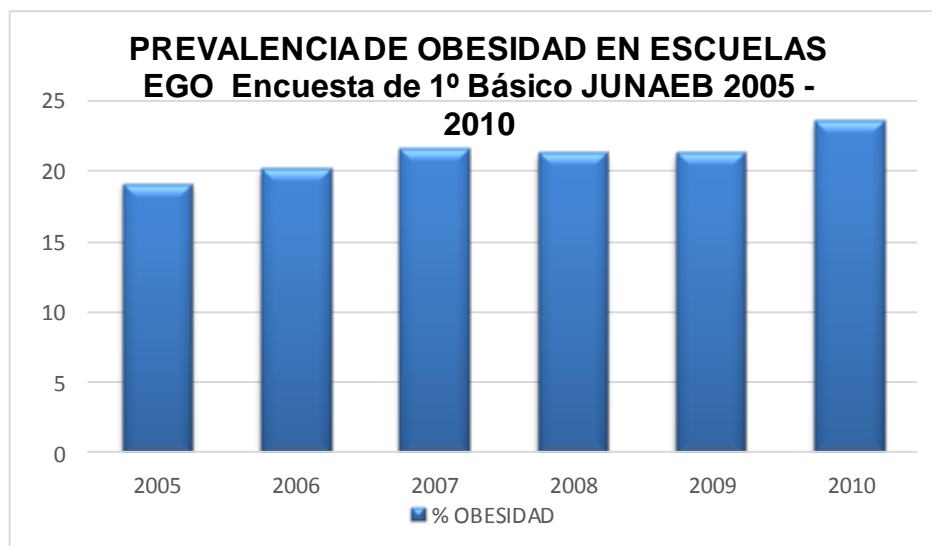


Gráfico 3: Prevalencia de Obesidad en Escuelas EGO. Extraído de MINSAL 2010

En la Atención Primaria de Salud (APS), siguiendo el marco del programa EGO, en el año 2010 se comenzó a desarrollar la “Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital” (EINCV). En este programa, se propone una visión integrada de la nutrición, la alimentación y la actividad física. Se enmarca en el contexto de la prevención de enfermedades no transmisibles. Dentro de sus objetivos se pretende destacar la magnitud de la actual epidemia de obesidad, sus costos en la calidad de vida y junto con ello, enfatiza la importancia de la prevención a través de intervenciones iniciadas precozmente y mantenidas por todo el ciclo vital en los niños, madres embarazadas, y sobre todo en aquellas personas con comorbilidad y riesgo más elevado (MINSAL, 2010). Además, busca intervenir en la población infantil y mujeres embarazadas, en cuanto a la promoción de la alimentación saludable y actividad física, vigila el estado nutricional, el incremento del peso durante el embarazo y primera infancia, y también promueve la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (MINSAL, 2010). Dentro de los principales ejes de esta estrategia, está el combatir la mala nutrición, tanto por déficit o por exceso, siendo la meta a alcanzar de un 60% de lactancia materna hasta el 6to mes de vida (MINSAL, 2010). Este dato es lo que nos permite delimitar el rango inferior de la población objetivo, fundamentando aquí el inicio óptimo de la alimentación complementaria. Además, este programa enfatiza la importancia de la prevención a través de intervenciones iniciadas precozmente y mantenidas por todo el ciclo vital, especialmente en aquellas personas que desde muy temprano se pueden catalogar como de mayor riesgo de padecer malnutrición por exceso o déficit (EINCV, 2010).

A pesar de los trabajos realizados a nivel nacional, se evidencia que hasta la fecha estas estrategias no han tenido el impacto esperado, es más, la prevalencia de la obesidad en las distintas edades se ha mantenido o aumentado, quizás por su carácter informacional y la poca supervisión sobre las

actividades realizadas en los distintos sectores (APS y Escuelas). Tras los resultados de las evaluaciones a los distintos programas, se evidencia una serie de factores obstaculizadores, por ejemplo “la venta de alimentos no saludables dentro de las escuelas; la falta de seguimiento y supervisión de los programas en los distintos niveles sectoriales; falta de continuidad o sustentabilidad de las intervenciones que se instalan en los establecimientos; la situación económica de las familias, entre otros” (MINSAL, 2010).

2.2 ANTECEDENTES SOBRE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

La conducta alimentaria es entendida como “el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, selección de alimentos que se ingieren, sus preparaciones y cantidades ingeridas” (Osorio, 2002). Los distintos modos de alimentarse (preferencias y rechazos) están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas durante los primeros 2 años de vida. El rol de la educación y transmisión de estas pautas, recae directamente sobre las madres, por lo que es de vital importancia la entrega de contenidos educativos preventivos, sobre todo tomando en cuenta el marco alimentario que predomina en Chile (Osorio y cols, 2002).

Para nuestra investigación consideramos relevante, el momento en el cual el niño transita desde una alimentación exclusivamente materna, a otros alimentos, a través, por ejemplo, de la cena o algún tipo de alimento extra para su dieta. Es así, como las siguientes investigaciones proveen de evidencia empírica acerca de cómo se dan este tipo de prácticas.

En la investigación realizada por Osorio, J, Castillo, C, y Weisstaub, G (2002) se analizó el desarrollo normal de la conducta alimentaria en 4 componentes: fisiología del apetito y saciedad, aspectos socioculturales, aspectos familiares y alteraciones del apetito. De este trabajo, se desprende que durante el primer año de vida los alimentos ingeridos son de preferencia dulces y que, poco a poco, se deben incorporar la otra gama de sabores. En este momento, en la transición desde la alimentación láctea al esquema de alimentación del propio grupo familiar, es donde se establecen las prácticas de alimentación no saludables. Los momentos claves son: la introducción de la primera alimentación sólida, la auto-alimentación con la mano-cuchara, el cambio en la consistencia de la papilla y la incorporación a la comida del hogar y a la mesa (Osorio y cols, 2002). Es aquí donde cobra relevancia la educación, en cuanto a informar a la madre sobre la alimentación óptima para su hijo, en el momento de los controles sanos.

En el contexto de los trastornos alimentarios y la figura materna como “educadora”, resultados recientes de un estudio realizado con madres que presentan trastornos en esta índole, demostraron que los conflictos alimentarios de sus hijos eran menores, en aquellas madres capaces de reconocer las manifestaciones de los pequeños y poner de lado sus propias preocupaciones sobre la alimentación

(Stein y cols, 1999; citado en Osorio y cols, 2002). Además, en este estudio se destaca que el desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso complejo, en el que participan componentes fisiológicos de la regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal; componentes psicológicos del niño, de los padres y de la familia, y además componentes culturales y sociales. Para poder manejar estas variables, según este estudio, debiese realizarse una educación preventiva durante los dos primeros años de vida del hijo y una modificación del ambiente familiar. Dado que las prácticas alimentarias son un fenómeno muy diverso, es necesario medirla de una manera más amplia que abarque las distintas dimensiones del fenómeno.

Por otro lado, la evolución de la situación alimentaria en Chile entre 1964 y 2003, basándose en los informes de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), encuestas de presupuestos familiares y de calidad de vida y salud (INE), muestra que, la dieta alimentaria en el país se encuentra sobrecargada de productos altos en energía calórica, disminuyendo el acceso a pescados/mariscos y frutas. Este cambio en el perfil alimentario, favorece el incremento de problemas nutricionales por exceso y de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo este tipo de dieta establecida como una práctica desde los primeros años de vida de los infantes (Mendoza y cols. 2007).

A nivel latinoamericano, nos encontramos con una investigación orientada a conocer las “Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en un Jardín de Bogotá”, realizada por Saenz-Lozada M. & Camacho-Lindo A. (2007), donde el objetivo consiste en identificar las características de las prácticas respecto de la alimentación materna y alimentación complementaria. Además de ello, busca encontrar las causas más comunes del cese de amamantamiento. La recolección de datos para el desarrollo de este estudio de tipo descriptivo mixto, se llevó a cabo mediante la aplicación de un cuestionario a 199 familias, de los niños pertenecientes al Jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia, ejecutándose entre los años 2004 y 2005. Los resultados respecto del amamantamiento indican que el 99% de las madres tuvieron controles prenatales. Un 89% recibió información respecto de lactancia materna y un 98% de las madres alimentó a su hijo con lactancia materna. Las prácticas respecto de la alimentación complementaria en este grupo, indican que un 63% de las madres inició la alimentación complementaria a los 6 meses, un 28% lo realizó a los 4 meses de edad y un pequeño porcentaje lo hizo después de los 12 meses de edad. Ambos resultados indican que las madres tienen un adecuado manejo y comprensión sobre la importancia de la lactancia materna y la alimentación complementaria. Estos resultados, son sugerentes de la relación existente entre prácticas adecuadas de alimentación, nivel educativo, empleo de los padres y del apoyo institucional.

En esta línea de análisis de las prácticas alimentarias, Gatica y cols, (2009) realizaron una investigación que tuvo como principal objetivo determinar la duración de la lactancia materna. También buscó identificar el tipo, la composición y el adulto involucrado en la preparación de la alimentación complementaria. Esta investigación se llevó a cabo por Médicos pediatras voluntarios, de la Región Cuyo de la Sociedad Argentina de Pediatría, administrando una encuesta de sobre prácticas de alimentación. La población consistió en niños sanos menores de 2 años, de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. Los resultados en este grupo particular, indican que la lactancia materna fue mucho mayor a menor edad de la madre. La incorporación de comidas muestra una mayor frecuencia de incorporación de alimentos al 6to mes, lo cual coincide con las recomendaciones de salud pública, sin embargo, un 23% lo hizo antes. Dentro de las prácticas de alimentación se destacan la introducción temprana de bebidas (agua y bebidas azucaradas) antes de los 11 meses, la exposición a la televisión mientras se lleva a cabo la alimentación, el enriquecimiento de la comida inicial (puré/papillas) con aceite, leche o queso y un amplio intervalo en la edad de incorporación de la carne y el huevo. Las prácticas de alimentación fueron similares en instituciones públicas y privadas. Tampoco se observó relación entre el nivel de educación materna y las prácticas de alimentación, diferenciándose con los resultados de otras investigaciones.

Estas investigaciones nos muestran que las madres tienen manejo de información respecto de la alimentación, tanto en la forma de entrega como en los tiempos para su introducción. Además se destaca el compromiso con la participación de los controles de salud de sus hijos. De esta manera, nos invitan a considerar que, a pesar de existir una información y entendimiento respecto de la forma apropiada de alimentar a sus hijos, existe cierta incongruencia a la hora de llevar a cabo la acción, repercutiendo en la ejecución de prácticas alimentarias saludables.

Buscamos, dentro de las áreas de la psicología, una idea que, pudiera servir para intentar explicar esta inconsistencia. Es así, que cobra relevancia el constructo de la Actitud compuesto por tres componentes, ya que, con sus distintos componentes que involucran las áreas del pensamiento, la afectividad y la intención a la acción, nos entrega luces respecto del plan consciente de la persona de realizar o no una conducta.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTO ACTITUDINAL

A lo largo de los años se han propuesto múltiples definiciones de actitud, algunas de ellas dan cuenta de la multicomponencialidad del concepto. Entre las definiciones que dan cuenta de esta característica, podemos mencionar a Moscovici (1988), quién la define como el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento. Allport (1935, citado en Moscovici, 1988) señala que la actitud es un juicio evaluativo (bueno o malo) de un objeto. Así, una actitud representa la propensión favorable o negativa del individuo hacia el objeto. Desde la perspectiva que nos interesa, orientada a la medición de actitudes, destacamos que las actitudes están referidas hacia algo, hacia un objeto específico como es la alimentación saludable. Por otra parte, Rosnow y Robinson (1967, citados en Moscovici, 1988) declaran que el término actitud denota la organización de los sentimientos como de las creencias y de las predisposiciones del individuo, para comportarse de un modo dado.

Estas definiciones tienen a la base la noción de tricomponencialidad, basándose en el supuesto de que la estructura de la actitud, es producto de la presencia de los componentes afectivo, cognitivo y conductual. Por tanto, las actitudes son definidas como vinculadas a las cogniciones, los afectos y conductas (Katz y Stotland, 1959; citados en Rosenberg y Hovland, 1960). Es relevante explicitar que la consideración de los tres tipos de respuestas (componentes), no significa de ninguna manera que la actitud pierda su carácter de variable unitaria. La actitud es la condición interna de carácter evaluativo, y tal como indican diversos autores, las respuestas cognitivas, afectivas y conativas no son más que su expresión externa.

En este sentido, Brecler (1984, citado en Morales 2007), presenta dos premisas fundamentales:

- a) Cualquier actitud se puede manifestar a través de tres vías que se diferencian entre sí, pero que convergen porque comparten un sustrato o base común, y representan la misma actitud.
- b) Cada tipo de respuesta se puede medir con la utilización de diferentes índices. La relación entre los índices diferentes de la misma respuesta debe no sólo ser positiva sino también intensa.

Estas premisas representan dos importantes fundamentos de la concepción estructural de las actitudes, que ha facilitado el estudio y desarrollo de alternativas de conceptualización de las actitudes, que buscan explicar la relación entre los componentes cognitivos, afectivos y conativos.

Con el objetivo de una mejor comprensión del concepto de actitud, es que nos detendremos un momento, para ver algunas de las influencias que han tenido lugar en la descripción de dicho concepto.

En primera instancia, por los años cincuenta, fue el conductismo quien se posicionó como la corriente más influyente en la concepción de la actitud, considerándola una respuesta anticipatoria y de mediación, que el sujeto aprende a través de las contingencias de refuerzo y castigo, evocada por determinados estímulos (Thorndike, 1935; Doob, 1947; Rhine, 1958; citados en Delgadillo 2008). Esta línea de investigación pone un mayor énfasis en el elemento conductual de la actitud. Al transcurrir el tiempo, entre los años setenta y ochenta se desarrolló, bajo alero de la llamada “revolución cognitiva”, toda una vía de investigación que modificó la investigación del constructo actitudinal. Este nuevo paradigma, enfatiza el elemento cognitivo de las actitudes, es decir, los aspectos que subyacen, predicen y explican la conducta humana (Brehem y Kassin, 2003).

En las descripciones señaladas anteriormente, se otorga preponderancia a los componentes conductuales y cognitivos de la actitud, restando importancia a los elementos afectivos y emocionales. En este sentido, Breckler y Wiggins (1979; citados en Warr y cols, 1979) señalan que, a pesar de que los investigadores reconocen la naturaleza afectiva de las actitudes, no han sido un objeto de investigación relevante hasta el momento, por lo cual queda un desafío pendiente. Sin embargo, para efectos de este seminario, es necesario salir de los esquemas racionales y rígidos de las tendencias cognitiva y conductual, y considerar la actitud como un concepto global que integra a los tres componentes (Breckler y Wiggins 1979; citados en Warr y cols, 1979). Lo anterior, se basa en una comprensión multidimensional del concepto que implica comprender la actitud como emergente desde los tres componentes (cognitivo, afectivo y conductual), sin entregar mayor preponderancia a alguno de ellos.

Hasta esta instancia, la revisión teórica se ha centrado en un dominio conceptual general, que busca principalmente evidenciar la presencia de múltiples componentes en las definiciones del constructo actitud. Esta multicomponencialidad es de vital relevancia, ya que, es la que otorga el cimiento sobre el cual se trabajó en la investigación realizada por Calderón y cols, en el año 2010. El principal objetivo de esta investigación, fue la creación de un instrumento piloto de medición de actitudes hacia la alimentación saludable y no saludable en cuidadores de niños de 6 a 12 meses, donde desde una definición conceptual de cada componente (cognitivo, afectivo y conductual), se operacionalizan reactivos en una escala métrica, permitiendo la evaluación de la población objetivo. Dicho instrumento, tiene un alto nivel de relevancia para nuestra investigación, ya que es la base para avanzar hacia un mayor perfeccionamiento y refinamiento del instrumento piloto. Precizando más aún lo anterior, el trabajo realizado por este grupo de investigación, toma como modelo teórico el modelo de Rosenberg y Hovland (1960), que de igual modo compone la base teórica de nuestro seminario. Este modelo será

explicado con mayor detalle posteriormente. Ahora bien, se hace necesario (como antesala a dicha explicación) hacer referencia a los distintos modelos actitudinales.

Utilizando la terminología de Zimbardo y Leippe (1991), los modelos actitudinales pueden ser explicados a partir de distintas dimensiones que están correlacionadas entre sí. Estas dimensiones son las siguientes: el comportamiento (ej. comer una dieta establecida saludable), la intención de llevar a cabo dicho comportamiento (ej. intentaré comer alimentos bajos en calorías y con poca grasa saturada), las cogniciones (ej. si como sano podré mantener mi tensión arterial dentro de los límites saludables), las respuestas afectivas (ej. siento miedo al pensar que pueda ocurrirme algo malo si no sigo una dieta equilibrada). Todos estos componentes inciden en la valoración afectiva hacia el objeto de actitud, que en este caso sería, la conducta saludable.

Los modelos actitudinales tienen como principal objetivo conceptualizar el término “actitud” y darle un carácter operativo. Mc Guire (1989, citado en Martin 2005) señala que existen hasta siete modelos que dan cuenta del concepto de actitud y se diferencian por la forma de operacionalizar este constructo. Según este mismo autor los principales modelos son: el Modelo Jerárquico o tripartito y el Modelo de Cadena Causal.

El modelo de cadena causal (también llamado Modelo de Expectativa Valor) desarrollado por Fishbein y Azjen (1963, 1967) otorga la siguiente definición al concepto de actitud: “sentimiento general, permanentemente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema” (Fishbein y Azjen, 1975). En este modelo cobra relevancia el valor de los atributos y las expectativas que tiene la persona respecto de un objeto de actitud. Por tanto, la relación entre conducta y actitud estaría determinada por la probabilidad de que exista concordancia entre los atributos que se esperan del objeto actitudinal, y los que presenta en la realidad.

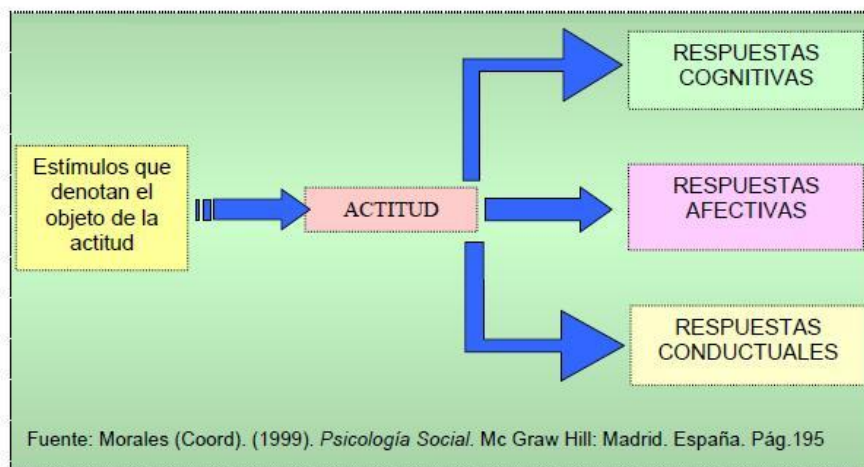
Este modelo conceptualiza la actitud como un compuesto tricomponencial, y agrega un factor social y otro evaluativo. Además de ello la intención conductual es ubicada en un orden distinto en la cadena explicativa, por lo cual esta última tendría un carácter predictivo de la conducta. Esta mayor preponderancia de uno de los componentes (intención conductual) es lo que difiere con nuestra investigación, ya que consideraremos los componentes afectivos, cognitivos y conductuales con la misma relevancia.

Por otro lado, existen también, los modelos unidimensionales, cuya principal característica es la prioridad otorgada al aspecto evaluativo o afectivo, expresándola en términos negativos y positivos. Petty y Cacioppo (1981, citados en León J., Barriga S., Gómez T., Gonzáles B., Medina., S. & Cantero F., 1989), entienden a la actitud como un sentimiento general, de carácter permanente, positivo o

negativo en relación a alguna persona, objeto o problema. Este modelo no será considerado como base teórica a nuestro seminario, ya que otorga mayor preponderancia a un componente por sobre otro, lo cual difiere de la conceptualización de actitud base para nuestra investigación.

Como fue mencionado anteriormente, es el Modelo Tripartito de la actitud de Rosenberg y Hovland (1960) el que entrega el sustento conceptual a nuestra investigación. Esta conceptualización es concebida como un modelo clásico respecto a la relación entre actitud y conducta. Estos autores definen la actitud, como una predisposición a responder a alguna clase de estímulo con tres tipos de respuesta: afectiva, cognitiva y conductual. (Sánchez et al. 1998)

Desde este modelo, la actitud es un “constructo hipotético” que se encuentra entre el estímulo y la conducta, y solo a través de las respuestas se puede evidenciar el valor, que el sujeto le otorga a los distintos objetos actitudinales. De esta manera, las personas frente al estímulo actitudinal, pueden presentar estos tres tipos de respuestas, en donde los componentes son considerados como factores de “primer orden” y la actitud como un único factor de “segundo orden”.



Los tres componentes se pueden detallar de la siguiente manera:

- Componente Afectivo: Este componente se puede definir por los sentimientos, estados de ánimo y reacciones emocionales, que experimentan las personas con el objeto de actitud, ya sea por aprendizaje o reflexión. Se constituyen, por tanto, en referentes de algún valor o interés, como agrado/desagrado, amor/odio, etc.
- Componente Cognitivo: Puede definirse por la información y conocimientos, que una persona cree que tiene sobre un objeto de actitud. Dichas creencias se desarrollan a través del pensamiento, el

conocimiento, la observación y la interrelación lógica entre ellas. Estas creencias pueden ser positivas o negativas, dependiendo del tipo de evaluación que hace el individuo sobre el objeto.

- Componente Conductual: Comportamiento que incluye las intenciones de actuar de una determinada manera ante un objeto. (Martin, 2005).

Puesto que el componente conductual constituye una variable desde la cual abordaremos el problema de investigación, hemos hecho revisión del instrumento piloto realizado por Calderón y cols. (2010), encontrando que en los ítems de dicho cuestionario, la operacionalización del componente conductual hace alusión a la conducta manifiesta de la persona que responde. Por ejemplo, en la actitud hacia la información nutricional los ítems están redactados de la siguiente manera: “escoger y mezclar alimentos, hacer comidas, buscar información”, etc.

Dado que buscamos ceñirnos a la teoría original de Rosenberg y Hovland (1960), será la definición de Warshaw y Davis (1985), la que nos guiará en la re-escritura del componente conductual, así como en la operacionalización de los reactivos del instrumento re-diseñado. Estos autores definen la Intención Conductual como “el grado en el cual las personas tienen planes conscientes de realizar o no una conducta” (Warshaw y Davis, 1985, citado en Espí, 2004). Por tanto, entendemos el componente conductual (intención conductual) como constitutivo de la actitud; y además como paso previo a la conducta, junto con el componente afectivo y el cognitivo. Es importante recalcar la constitución unitaria del constructo actitud, y los aportes de cada uno de los componentes en la predicción de la conducta. En todo momento se debe considerar que todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. De allí que una actitud determinada, predispone a una respuesta en particular (abierta o encubierta) con una carga afectiva que la caracteriza. Frecuentemente estos componentes son congruentes entre sí; y están íntimamente relacionados; "...la interrelación entre estas dimensiones: los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente" (Bolívar, 1995, citado en Prat et al. 2003)

La actitud se puede expresar en tres tipos de respuestas (cognitivas, afectivas y conductuales), las cuales nos dan acceso a la actitud propiamente tal. Frente a esto, podemos señalar que hace casi 80 años, comenzó de forma sistemática la investigación sobre la medición de actitudes, mediante un artículo de Thurstone (1928), donde afirmaba: “las actitudes pueden medirse” (Lameiras, 1997). A partir de este hecho, que Dawes (1974, citado en Thurstone, 1928) llama ‘revolucionario’, se ha sumado una labor fructífera en el desarrollo de técnicas para la cuantificación actitudinal, las cuales se han ido

perfeccionando con los avances de técnicas para el análisis estadístico de los datos, análisis de varianza, análisis factorial y demás aspectos.

El concepto de las actitudes de Rosenberg y Hovland (1960), ha sido especialmente útil como guía en la confección de escalas, ya que la medición de actitudes se basa precisamente en la medición de sus manifestaciones, que son, en este caso, reacciones valorativas, ante opiniones referidas a creencias, sentimientos o conductas. A través de esta medición intentaremos acercarnos a la identificación de las actitudes que presentan las madres hacia la alimentación infantil saludable y que se relacionan con sus prácticas futuras.

En este sentido es que existe evidencia empírica que da cuenta sobre un primer acercamiento a la medición, realizado por el grupo de Calderón y cols. (2010), quienes construyen un instrumento que mida la actitud hacia la alimentación saludable y no saludable de los cuidadores de niños entre 6 y 12 meses. El fin último de la construcción de dicho instrumento, fue que permitiese identificar grupos de riesgo en APS.

El trabajo realizado en dicho seminario de investigación, se desarrolla en fases y tiene como objetivo principal alcanzar la validez externa del instrumento y la validación de contenido del cuestionario a través del juicio de expertos. Para la redacción de los ítems del instrumento piloto, se utilizó como base la teoría de Hovland (1960), los cuales se agruparon en seis categorías (actitud hacia la información nutricional, actitud hacia los hábitos de alimentación, actitud hacia la incorporación, preparación y entrega de alimentos, actitud hacia la obesidad y la obesidad infantil, actitud hacia el rol del sistema de salud y actitud hacia el conocimiento tradicional sobre la alimentación infantil).

Consideramos que este instrumento piloto al ser elaborado en las tres dimensiones (conductual, afectiva y cognitiva), otorga una mirada integral al concepto de actitud. A pesar de los buenos resultados obtenidos en el análisis de consistencia interna del instrumento original (a través del cálculo del coeficiente de Alpha de Cronbach), el grupo investigador entiende el componente conductual como conducta manifiesta. Lo anterior, se desprende dado el análisis de los reactivos realizado por nuestro grupo investigador, lo cual ya fue explicitado anteriormente en este marco teórico. Por lo tanto, el trabajo de construcción de reactivos en el componente conductual, realizado por el grupo original y cols. (2010), no se condice con lo planteado en la teoría de los autores Rosenberg y Hovland (1960). Es por esto que nosotros, como grupo investigador, haremos una re-escritura de los reactivos proponiendo un rediseño de dichos enunciados. Para efectos de nuestro seminario, utilizaremos el concepto de intención conductual en vez de conducta manifiesta, con el objetivo de apuntar a un mayor nivel de congruencia conceptual. La intención es un aspecto importante de la conducta, por lo cual la presencia

de este componente dentro del concepto actitudinal del individuo, nos muestra una alta probabilidad de que lleve a cabo una conducta determinada. También al utilizar el concepto de “intención conductual”, se puede disminuir el efecto de la deseabilidad social, ya que no pone a la cuidadora en una situación que implique un juicio valorativo de su rol, al no preguntar por una acción o hecho en particular, las personas no sentirán amenazada la manera en que entregan la alimentación a los bebés.

Además, una modificación importante que realizaremos para efectos de nuestra investigación, será utilizar sólo el concepto de “alimentación infantil saludable”, como un continuo dentro de la escala de medición, marcando una diferencia con el instrumento piloto de Calderón y cols. 2010, en el cual se planteaba una visión más dicotómica en cuanto a la alimentación infantil, definiéndolas como saludables y no saludables. Se mantiene la escala Likert del instrumento original, ya que esta escala permite extender la medición de actitudes y generar el continuo que se necesita para poder comprender el fenómeno en cuestión (Morales, 2006).

Dentro de las modificaciones realizadas para nuestro rediseño se encuentra la demarcación de la muestra, respecto a constituirla solo a madres de niños entre 6 y 12 meses de edad, quedando fuera la etiqueta de cuidadora, ya que daremos relevancia al grupo familiar y particularmente de la madre como responsable de la transmisión de pautas alimentarias (Domínguez-Vásquez, Olivares, Santos, 2008-2009).

Tomamos en cuenta, como estudio que sirve de insumo para nuestra investigación, el trabajo realizado por Carreño y cols. (2011), en donde se buscó validar y analizar la coherencia interna del instrumento piloto. Posteriormente se adaptó el instrumento al modelo de la Acción Planificada de Ajzen y Madden (1985), por considerar esta teoría como más actualizada y con evidencia empírica. Finalmente se avanzó hacia la validación del instrumento adaptado, a través de un análisis de confiabilidad y validez de constructo. Por otro lado, el trabajo realizado por Contreras y cols. (2012), titulado “Construcción de un cuestionario de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable: Una aproximación hacia el proceso de validación externa del instrumento”, busca continuar con el proceso de validación del cuestionario ACAISAP de Carreño y cols. (2011), mediante una prueba de sensibilidad del instrumento y su posterior depuración. Si bien, estas dos investigaciones siguen dentro la línea de medición de actitudes, se sustentan en la teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen y Maden (1980, 1991) y la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1975), por lo cual difieren del modelo teórico que sustenta nuestra investigación, se distinguen por ende de la lógica que subyace al instrumento original de Calderón y cols. (2010). Estos trabajos se utilizarán desde una perspectiva bibliográfica, ya que sirven como antecedente de un trabajo de análisis previo, realizado sobre el mismo instrumento.

Otro insumo revisado para el desarrollo de esta investigación es el trabajo realizado por Calderón y cols., (2010) sobre el constructo de las Teorías Implícitas. El tema central de dicho seminario trata acerca de las prácticas de alimentación, mostrando que las actitudes hacia la alimentación saludable y no saludable, están influenciadas por las normas sociales, la experiencia previa de alimentación guiada principalmente por una línea matriarcal, la educación y la información. Lo anterior, se podría entender como una fuente de influencia en la configuración de las actitudes de las personas. Dentro de los elementos rescatados de esta investigación, encontramos las categorías comprensivas, que tienen relación con la visión dicotómica del concepto de salud- enfermedad y las líneas matriarcales, como transmisión intergeneracional de las prácticas alimentarias. Es por esto que los resultados de esta investigación servirán para integrar los enunciados en cada reactivo, incorporando esta visión, con el fin de enriquecer el rediseño de los ítems, manteniendo, eso sí, las dimensiones existentes.

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada anteriormente sobre el concepto actitudinal, a las cifras rescatadas en el Ministerio de Salud sobre los niveles de obesidad en el país, a las investigaciones realizadas en Latinoamérica respecto de las prácticas alimentarias de las madres y a los seminarios que siguen la línea del instrumento original, es que, mantenemos las 5 dimensiones sobre la actitud que guiarán el rediseño del instrumento. Cabe señalar, que se realiza la reescritura de 44 reactivos. Para ver la comparación entre el instrumento original y el rediseño, ver anexo 1.

Las categorías serán entendidas de la siguiente manera:

- *Actitud hacia la Información Nutricional*: entendida como toda aquella información, afecto e intención conductual que mantienen los cuidadores respecto a la entrega de alimentos al niño/a. Incluye el conocimiento previo sobre las etiquetas nutricionales, las cantidades correspondientes a su edad, el manejo de la información y el nuevo conocimiento que pudieran haber adquirido de manera particular o por conocimiento transmitido de otras madres. Esta dimensión surge tras la revisión bibliográfica sobre el concepto actitudinal y sus diferentes influencias en el comportamiento humano.

- *Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos*: categoría que contiene todo tipo de información, incluidos los afectos y la intención conductual, que mantienen los cuidadores en relación a la elección y utilización de algunos alimentos en base a las costumbres transgeneracionales. Esta dimensión surge tras la revisión de la investigación sobre las teorías implícitas, específicamente sobre la influencia del traspaso de información entre madres a través de las generaciones, y de la revisión bibliográfica sobre el concepto de actitud.

- *Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil:* corresponde a aquel tipo de información, afectos e intención conductual que mantienen los cuidadores en relación al reconocimiento de las ventajas de una alimentación saludable, las causas de la obesidad y de su mantención, así como también las consecuencias y la comprensión de la obesidad como una epidemia nacional. Tras los datos entregados en el marco referencial sobre la obesidad infantil, y las investigaciones realizadas en Latinoamérica, es que surge esta dimensión sobre el concepto de actitud.

- *Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud:* refiere a la información, afecto e intención conductual que mantienen los cuidadores, en relación al rol de los profesionales del sistema de salud vinculados a la nutrición. Incluye la validación que le otorgan en comparación con los conocimientos transgeneracionales. Esta dimensión surge tras la revisión de los datos entregados en el marco referencial, sobre las cifras de la obesidad en el país y el trabajo que se realiza en el sistema de salud nacional.

- *Actitud frente al Conocimiento Tradicional sobre la Alimentación Infantil:* considera aquel tipo de información, afecto e intención conductual que mantienen los cuidadores con respecto al conocimiento acumulado desde su experiencia y la de sus madres, en torno a la alimentación infantil. Incluye el grado de acuerdo o desacuerdo frente a este conocimiento. Tras la revisión de las distintas investigaciones en el ámbito de las prácticas alimentarias de las madres a nivel latinoamericano, es que surge esta dimensión y su relevancia en ser analizada.

4. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En base a la revisión antes expuesta, es que, primeramente, analizamos los componentes de la teoría de las actitudes de Rosenberg y Hovland (1960) y decidimos transformar el componente conductual a “intención conductual”. Con lo anterior, se pretende generar mayor concordancia a nivel teórico-práctico, es decir, exista un ajuste entre los ítems y la teoría de base.

Además se propone incorporar dentro de los reactivos, algunos de los resultados emanados de la investigación acerca de las teorías implícitas, realizada por Calderón y cols. (2010) de manera de enriquecer los enunciados en el cuestionario.

Por otro lado, nuestra propuesta de rediseño delimita en dos aspectos, que son: visión de las madres como figura principal en la transmisión de las pautas alimentarias y por otro lado, el fenómeno de la alimentación será visto como un continuo orientado a lo saludable.

4.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El ministerio de salud centra sus intervenciones en materia nutricional, desde un nivel promocional y preventivo, focalizándose en grupos objetivo y apoyándose en las conductas de autocuidado desarrolladas en el propio núcleo familiar, donde cobra relevancia el rol de la madre en las prácticas de alimentación saludable.

En la medida que se van detectando y actualizando las problemáticas de salud en este ámbito, es que, cobra relevancia que el Sistema de Salud Público pueda contar con un instrumento que permita focalizar sus intervenciones en esta materia.

Para lograr lo anterior, se propone realizar un trabajo de rediseño (conceptual y psicométrico) del instrumento originalmente desarrollado por Calderón y cols. (2010), para ser proporcionado a APS.

4.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

4.3.1 Objetivo General

Rediseñar el instrumento piloto para la detección de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable.

4.3.2 Objetivos Específicos

- Re-diseñar el instrumento original a través de la re-escritura de 44 reactivos
- Enriquecer el instrumento a partir de las dimensiones rescatadas desde las Teorías Implícitas
- Determinar la consistencia interna del instrumento
- Someter el instrumento rediseñado a un análisis de validez de contenido y constructo

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo cuantitativo-descriptivo, ya que describe los hechos como son observados (Hernández, Fernández y Baptista, 2003); no experimental y transeccional, ya que los datos se recolectan en un momento dado. Es un estudio correlacional, por el uso del análisis factorial como herramienta principal para determinar las propiedades psicométricas del instrumento.

El análisis de las propiedades psicométricas del instrumento contempla dos fases, descritas a continuación:

A. Un estudio de consistencia interna del instrumento mediante la evaluación de su confiabilidad, estimando el Alpha de Cronbach. La confiabilidad (o consistencia) de un test es la precisión con que el test mide lo que mide, en una población determinada y en las condiciones normales de aplicación. (Anastasi, 1982; Aiken, 1995)

B. Un estudio de Validez del Instrumento mediante la Técnica del análisis factorial exploratorio, ya que se trata de una primera etapa de validación del instrumento rediseñado. Con esta etapa se conocerá la varianza explicada del instrumento, los factores en los cuales se agrupa y la significancia de la carga factorial.

Se utiliza una metodología cuantitativa, ya que sus instrumentos suelen recoger los datos de una forma, en la cual se incluyen la medición sistemática, y se emplea el análisis estadístico como característica resaltante, hecho que resulta acorde a la manera de acercarse al fenómeno que se desea por parte de este estudio.

5.2 POBLACIÓN OBJETIVO

Nuestra población objetivo está constituida por madres de niños(a) entre 6 y 12 meses de edad, los cuales asistan a los consultorios y colegios pertenecientes a las Regiones V, VI y Metropolitana. Serán escogidos en estas ciudades, acorde a la factibilidad de trabajo, por consiguiente será una muestra de tipo no aleatoria.

Específicamente, se utilizarán 160 sujetos para la fase de aplicación del instrumento rediseñado. El cuestionario será aplicado entre los meses de Noviembre y Diciembre del año 2013 respectivamente, en horarios diferenciados correspondientes al tiempo de las investigadoras.

5.3 PROCEDIMIENTO

Primera Fase: Revisión del Inventario Original e Investigaciones Afines

La primera fase del presente seminario consistió en la revisión línea de investigación, que fue comenzada por Calderón y cols. (2010), específicamente en el inventario piloto. Nuestro análisis se centró en la información del marco conceptual que subyacía dicho instrumento y en las dimensiones utilizadas.

En base a ello, se optó por mantener como sustento teórico el modelo tricomponencial de actitudes, elaborado por Rosenberg y Hovland (1960). Sin embargo, se encontró que los autores originales del modelo definían el componente conductual de las actitudes, como una “intención conductual”, y que en el inventario piloto, este componente estaba operacionalizado de una manera en la que se entendía como “conducta manifiesta”. Lo anterior otorga sustento para la reescritura de los ítems, que será detallada en la segunda fase de este procedimiento.

Desde la revisión de la investigación de las Teorías implícitas acerca de prácticas de alimentación en madres de niños de 6 a 12 meses de edad, realizada por Apablaza y cols., (2010). Dichas categorías fueron las siguientes: obesidad como enfermedad, visión dicotómica entre salud y enfermedad y líneas matriarcales.

Segunda Fase: Re-diseño del Instrumento

En primera instancia se llevó a cabo una redefinición conceptual de las cinco dimensiones originales propuestas por Calderón y cols. (2010): Actitud hacia la información nutricional, actitud hacia la Incorporación, preparación y entrega de alimentos, actitud hacia la obesidad y la obesidad Infantil, actitud hacia el Rol del Sistema de Salud, actitud frente al Conocimiento tradicional sobre la alimentación infantil. Este procedimiento se lleva a cabo, buscando un mayor reflejo de los antecedentes presentados en nuestro marco teórico y referencial.

Se definió conceptualmente cada ítem, con el fin de entregar un lineamiento de guía, para su reestructuración. (Recordar que un ítem está compuesto por reactivos afectivos, cognitivos y conductuales).

Seguido de ello, se realizó la reestructuración de los reactivos afectivos, cognitivos y conductuales, considerando los antecedentes de teorías implícitas e intención conductual, expuestos en la fase 1 del procedimiento.

Finalmente el cuestionario queda construido por un número de 18 ítems (54 reactivos) (ver anexo 2).

Tercera Fase: Validación de Contenido

Se procedió con la validación de contenido del instrumento, utilizando el método de Juicio de Expertos. Se buscó específicamente mejorar la discriminación de los ítems.

Los expertos a los cuales se les solicitó ayuda para nuestra investigación fueron los siguientes: Pamela Muñoz Díaz (nutricionista), Viviana Rodríguez (psicóloga) y María Isabel Quiroga (enfermera). A dichos profesionales se les pidió que realizaran sus apreciaciones y comentarios con respecto a la comprensión y coherencia de los componentes de la actitud, debiendo basarse en el cuerpo de conocimientos que poseen producto del ejercicio de su profesión.

Los comentarios entregados por la experta en nutrición, tuvieron relación principalmente con la redacción de los ítems, encontrando en ellos problemas de redacción y terminología de difícil comprensión para el grupo objetivo. También señaló que existían algunos ítems cuyo contenido no aportaba nueva información al cuestionario (por ejemplo en los ítems 8, 9 y 16). Se decidió eliminar dichos ítems, junto con modificar los otros ítems para hacer más comprensiva su lectura. El cuestionario queda constituido por 15 ítems (45 reactivos).

Posteriormente, se realizó un focus group con madres que tuvieran hijos (as) entre 6 y 12 meses, con el objetivo de explorar el grado de comprensión respecto de la semántica, utilizada en la redacción de los ítems. Su ejecución se llevó a cabo en 3 fases (ver anexo 3). En la primera de ellas se explicó y contextualizó a las madres con los objetivos de nuestra investigación. En la segunda parte se llevó a cabo una exploración por ítem. Se buscó que las madres opinaran y llegaran a un consenso grupal, considerando los siguientes criterios: grado de comprensión del reactivo y grado de ajuste del ítem con las prácticas de alimentación que lleva a cabo con su hijo (a). En la tercera parte se realizó una actividad de camaradería para agradecer por la ayuda brindada para nuestra investigación.

Como resultado de esta metodología, el grupo de madres llegó al consenso, de que en general los ítems se entienden, exceptuando el reactivo conductual del ítem 7. Se decide realizar una re-escritura del reactivo, manteniendo el cuestionario compuesto por un número de 15 ítems.

Cuarta Fase: Aplicación del Cuestionario

Posteriormente se aplicó el cuestionario (ver anexo 4), junto con un consentimiento informado (anexo 5), a una muestra de 160 madres de niños(as) entre 6 y 12 meses que se atiendan en el Sistema de salud público.

Se solicitó la autorización de la Corporación Municipal de Quilpué, acceder a la aplicación del cuestionario en las dependencias de los Consultorios y Centros de Salud Primarios, otorgando una respuesta favorable. Por motivos de cercanía y disponibilidad, la aplicación se llevó a cabo en los siguientes centros de salud de dicha comuna: Cesfam Aviador Acevedo, Consultorio Los Pinos y el Consultorio de Especialidades de Quilpué. Por requerimientos de la institución Cesfam Aviador Acevedo, la aplicación del instrumento fue precedida por la firma de un consentimiento informado distinto al propuesto por nuestra investigación (ver anexo 6).

La muestra restante se atiende en los siguientes lugares: Cesfam Plaza Justicia, Consultorio Marcos Maldonado, Consultorio El Olivar, Cesfam Eduardo Frei, Consultorio Nueva Aurora, Consultorio Placilla, Consultorio Barón, Consultorio Reina Isabel II, Consultorio Miraflores, Consultorio Esperanza, Consultorio Padre Damián, Consultorio San Roque, Consultorio Placeres, Consultorio Forestal, Consultorio Reina Victoria, Cesfam Gómez Carreño, Consultorio Santa Julia, Consultorio Carol Ursúa (Región Metropolitana), Cesfam Olmué, Cesfam Algarrobo, Consultorio Santa Cruz (Sexta Región).

Respecto a la aplicación del cuestionario, algunos de estos, fueron realizados conjuntamente con las usuarias y otros fueron entregados para ser respondidos. En el primer caso se les leyó a las madres cada reactivo (sin mediar explicación por medio), para así mantener las condiciones de aplicación lo más homogéneas posible.

Quinta Fase: Análisis Estadístico de los Datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 17.

En primera instancia se realizó una matriz de datos y luego se llevó a cabo el plan estadístico (sus pasos y resultados están detallados en el próximo apartado).

6. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS

Estadísticos descriptivos de la muestra

Los Centros de Atención Primaria en los cuales fueron aplicados los cuestionarios forman parte de las regiones V, VI y Metropolitana.

De un total de 25 Centros de Atención primaria, los datos señalan que la mayor parte de la muestra se atiende en los Consultorios Quilpué (21%), Carol Ursúa (24%) y Cesfam Aviador Acevedo (21%).

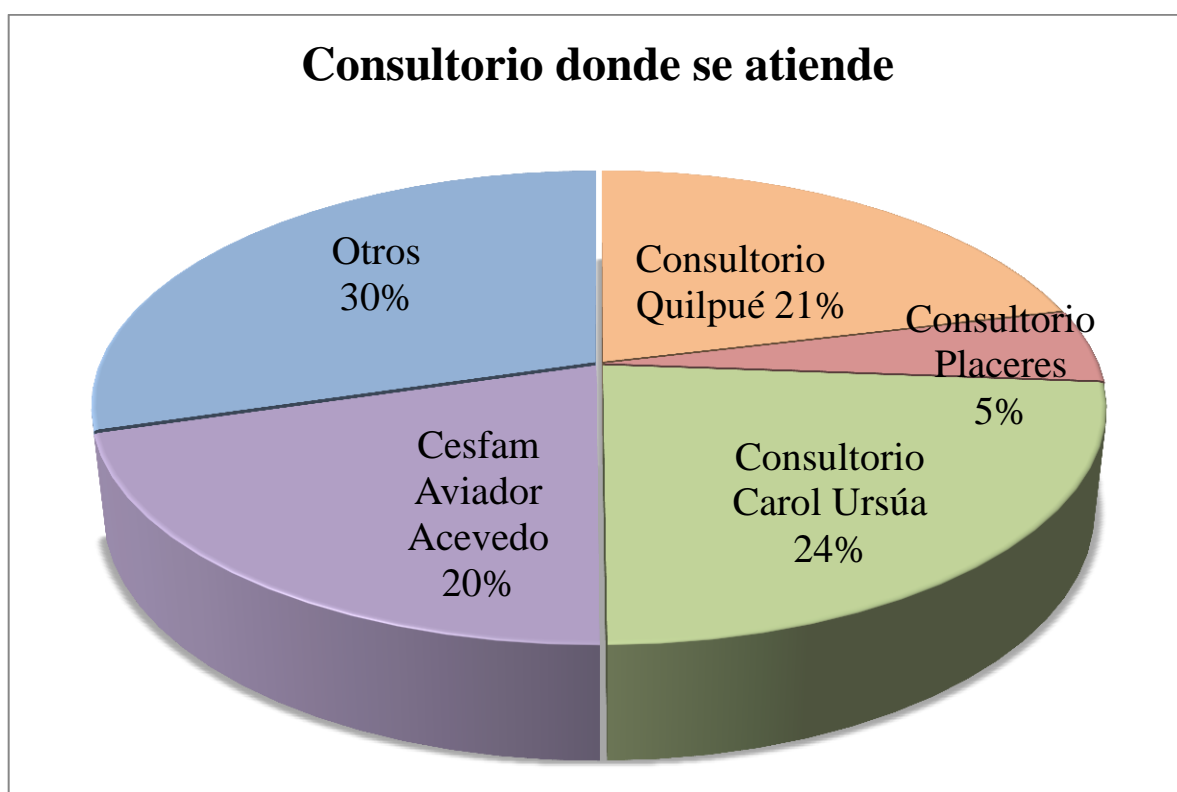


Gráfico 4: Consultorios de acuerdo a porcentaje de personas que componen la muestra

En cuanto a las edades, la media aritmética corresponde a los 9 meses, y la moda corresponde a los 12 meses de edad. Se desprende de lo anterior, que las madres de estos niños llevan a cabo prácticas de alimentación complementaria, al menos en la mayor parte de la muestra.

Análisis de la Consistencia Interna del Instrumento, Compuesto por 15 Ítems (45 reactivos)

El análisis estadístico comenzó realizando la evaluación de la consistencia interna de los 15 ítems (45 reactivos) que componen el cuestionario aplicado a la muestra. El programa estadístico, arrojó un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0,836.

Se detectó que si se eliminan los siguientes reactivos, la consistencia interna del instrumento aumentaría:

- Reactivo 2 aumentaría a 0,838
- Reactivo 24 aumentaría a 0,838
- Reactivo 25 aumentaría a 0,837
- Reactivo 28 aumentaría a 0,838
- Reactivo 30 aumentaría a 0,837
- Reactivo 32 aumentaría a 0,839
- Reactivo 33 aumentaría a 0,837

Dichos reactivos están marcados con amarillo en la tabla que se presenta a continuación:

Análisis de los reactivos que componen la Escala Total Alpha de Cronbach = 0,836

Reactivos	Correlación con escala total	Alfa de Cronbach si se elimina el reactivo
Reactivo 1	,462	,828
Reactivo 2	,059	,838
Reactivo 3	,407	,830
Reactivo 4	,271	,833
Reactivo 5	,235	,834
Reactivo 6	,228	,834
Reactivo 7	,425	,829
Reactivo 8	,507	,827
Reactivo 9	,447	,829
Reactivo 10	,304	,833
Reactivo 11	,249	,834
Reactivo 12	,340	,832
Reactivo 13	,313	,832
Reactivo 14	,290	,833
Reactivo 15	,339	,832
Reactivo 16	,331	,832

Reactivo 17	,388	,831
Reactivo 18	,223	,834
Reactivo 19	,379	,831
Reactivo 20	,458	,828
Reactivo 21	,326	,832
Reactivo 22	,225	,834
Reactivo 23	,225	,834
Reactivo 24	,039	,838
Reactivo 25	,106	,837
Reactivo 26	,268	,833
Reactivo 27	,227	,835
Reactivo 28	,068	,838
Reactivo 29	,164	,836
Reactivo 30	,068	,837
Reactivo 31	,203	,835
Reactivo 32	,003	,839
Reactivo 33	,108	,837
Reactivo 34	,327	,832
Reactivo 35	,166	,836
Reactivo 36	,414	,830
Reactivo 37	,393	,830
Reactivo 38	,441	,829
Reactivo 39	,437	,829
Reactivo 40	,313	,832
Reactivo 41	,257	,834
Reactivo 42	,396	,830
Reactivo 43	,359	,831
Reactivo 44	,309	,832
Reactivo 45	,302	,833

Tabla I: Alphas de Cronbach Escala Total

Nota 1: En nuestro cuestionario, cada ítem está compuesto por 3 reactivos (afectivo, cognitivo y conductual), si es que un reactivo disminuye el coeficiente de Alpha de Cronbach del instrumento final, se decide que se debe eliminar el ítem completo. Este criterio se basa en el modelo teórico Tricomponencial de las Actitudes, que subyace a la lógica de creación del instrumento.

Análisis de Consistencia Interna del Instrumento Compuesto por 11 Ítems

Con el objetivo de aumentar la consistencia interna, se eliminaron los ítems 8, 9, 10 y 11. El cuestionario queda compuesto por un total de 11 ítems, correspondientes a 33 reactivos. El valor de consistencia interna alcanza un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0,848.

Análisis de los reactivos que componen la Escala Total Alpha de Cronbach = 0,848

Ítems	Reactivos	Correlación elemento-total corregida	Alpha de Cronbach si se elimina el reactivo
1	Reactivo 1	0,317	0,845
	Reactivo 2	0,239	0,846
	Reactivo 3	0,172	0,848
2	Reactivo 4	0,485	0,84
	Reactivo 5	0,547	0,838
	Reactivo 6	0,444	0,841
3	Reactivo 7	0,251	0,846
	Reactivo 8	0,219	0,847
	Reactivo 9	0,32	0,845
4	Reactivo 10	0,343	0,844
	Reactivo 11	0,209	0,847
	Reactivo 12	0,268	0,846
5	Reactivo 13	0,316	0,845
	Reactivo 14	0,37	0,844
	Reactivo 15	0,201	0,847
6	Reactivo 16	0,451	0,841
	Reactivo 17	0,566	0,837
	Reactivo 18	0,402	0,843
7	Reactivo 19	0,301	0,845
	Reactivo 20	0,162	0,848
	Reactivo 21	0,44	0,841
12	Reactivo 34	0,45	0,841
	Reactivo 35	0,493	0,84
	Reactivo 36	0,455	0,841
13	Reactivo 37	0,265	0,846
	Reactivo 38	0,204	0,847
	Reactivo 39	0,406	0,842
14	Reactivo 40	0,385	0,843
	Reactivo 41	0,393	0,843

	Reactivo 42	0,396	0,843
15	Reactivo 43	0,413	0,842
	Reactivo 44	0,036	0,852
	Reactivo 45	0,363	0,844

Tabla II: Alphas de Cronbach Escala Total

Nota 2: Los ítem 8, 9 y 10 forman parte de la dimensión “Actitud hacia la obesidad y obesidad infantil”. Al ser eliminados esta dimensión queda sin ítems que la compongan, por ende de aquí en adelante ya no será considerada.

Análisis de Validez de Constructo del Cuestionario, mediante un Análisis Factorial Exploratorio

Primer Paso

Con el fin de conocer la estructura subyacente a nuestro cuestionario, se le solicitó al programa estadístico, realizar un análisis factorial de extracción de ejes principales, sin rotación. Los resultados evidenciaron una estructura factorial, compuesta por 10 factores, explicando un 54,557% de la varianza total del instrumento (Ver anexo 7).

Segundo Paso

Con el fin de facilitar la interpretación de la matriz de factores iniciales, se llevó a cabo una rotación Varimax. Los resultados dan cuenta de una matriz de componentes rotados, compuesta por 10 factores, que de igual modo que el anterior explican el 54,557% de la varianza. Con este método de rotación ortogonal se intenta minimizar el número de variables que tienen saturaciones altas en cada factor (Gorsuch, 1983).

Varianza Total Explicada con Rotación

Factor	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,931	17,972	17,972	2,505	7,59	7,59
2	3,705	11,226	29,198	2,323	7,039	14,628
3	2,602	7,884	37,082	1,884	5,711	20,339
4	2,077	6,293	43,375	1,884	5,709	26,048
5	1,761	5,337	48,712	1,739	5,269	31,317
6	1,57	4,757	53,468	1,658	5,024	36,341
7	1,361	4,123	57,591	1,631	4,941	41,282
8	1,297	3,931	61,522	1,616	4,898	46,18
9	1,096	3,32	64,842	1,486	4,503	50,682

10	1,044	3,162	68,005	1,279	3,875	54,557
11	0,956	2,898	70,903			
12	0,914	2,77	73,672			
13	0,811	2,457	76,129			
14	0,761	2,306	78,435			
15	0,665	2,016	80,451			
16	0,63	1,908	82,359			
17	0,591	1,79	84,149			
18	0,57	1,727	85,876			
19	0,548	1,662	87,538			
20	0,503	1,525	89,062			
21	0,451	1,366	90,428			
22	0,403	1,222	91,651			
23	0,362	1,098	92,748			
24	0,337	1,02	93,769			
25	0,329	0,997	94,766			
26	0,305	0,924	95,689			
27	0,288	0,872	96,561			
28	0,251	0,761	97,323			
29	0,212	0,643	97,966			
30	0,202	0,612	98,578			
31	0,179	0,544	99,122			
32	0,161	0,488	99,61			
33	0,129	0,39	100			

Tabla III: Método de extracción: Factorización de Ejes principales.

La matriz de factores rotados que se presenta a continuación, da cuenta del nivel de carga factorial de cada reactivo. Se destaca en color en la tabla el nivel de significancia más elevado.

Matriz de Factores Rotados

Reactivos	Factor									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	-0,002	0,212	0,07	-0,008	0,253	0,039	0,143	0,219	0,604	0,052
2	-0,038	-0,088	-0,012	-0,025	-0,194	-0,144	0	0,065	0,492	0,406
3	0,016	0,208	0,037	0,065	0,075	-0,022	0,204	0,036	0,655	0,123
4	-0,085	0,132	0,046	0,086	0,592	0,04	0,07	0,32	0,174	-0,05
5	0,07	-0,087	0,043	-0,007	0,701	0,023	-0,054	0,246	0,068	0,19
6	-0,016	-0,003	0,036	-0,026	0,131	0,013	0,024	0,162	0,034	0,512
7	0,269	0,641	-0,042	0,214	-0,028	0,129	-0,034	-0,012	0,256	-0,045
8	0,254	0,753	0,016	0,319	-0,018	-0,022	0,023	0,049	0,06	0,196
9	0,193	0,586	-0,053	0,175	0,094	-0,002	0,03	0,182	-0,031	0,205

10	-0,073	0,19	0,048	-0,051	0,181	-0,056	0,186	0,542	-0,058	0,156
11	0,021	-0,075	-0,044	0,028	0,209	0,067	0,071	0,594	0,066	0,012
12	-0,027	0,084	0,051	0,079	0,126	0,145	0,047	0,415	0,17	0,111
13	-0,156	0,563	-0,001	0,031	0,227	0,206	0,036	-0,037	0,324	-0,043
14	-0,104	0,245	0,167	0,037	-0,044	-0,034	-0,066	0,042	0,196	0,382
15	-0,033	0,235	0,017	-0,104	0,19	0,096	0,209	-0,078	0,12	0,554
16	0,002	0,229	-0,021	-0,026	0,52	0,14	0,329	0,009	-0,089	0,182
17	0,069	-0,029	0,081	0,039	0,321	0,069	0,601	0,107	0,113	0,111
18	0,075	0,1	0,129	0,503	0,255	0,24	0,184	0,057	0,119	-0,19
19	0,243	0,315	0,041	0,885	0,039	0,117	0,116	0,002	-0,02	0,041
20	-0,095	0,054	0,044	0,107	0,05	0,006	0,52	0,045	0,06	0,019
21	0,223	0,317	0,09	0,634	-0,141	0,185	-0,125	-0,009	0,018	-0,057
34	-0,019	0,06	0,707	0,034	-0,031	0,006	0,19	0,108	0,107	0,022
35	-0,01	-0,054	0,76	-0,005	0,065	0,046	-0,056	0,006	-0,029	-0,007
36	0,193	-0,064	0,583	0,2	0,012	0,266	0,277	-0,023	-0,023	0,189
37	0,25	0,076	0,428	0,08	0,185	0,542	-0,036	-0,1	0,023	0,104
38	0,29	0,03	0,179	0,197	0,188	0,632	0,04	0,093	0,007	-0,019
39	0,279	0,161	-0,075	0,216	-0,11	0,707	0,06	0,304	-0,106	0,005
40	0,053	-0,007	0,136	-0,089	-0,133	0,077	0,507	0,502	0,073	-0,075
41	0,112	-0,072	0,135	-0,087	-0,119	-0,081	0,481	0,296	0,178	0,031
42	0,437	-0,078	0,342	0,097	0,002	-0,035	0,207	0,049	0,21	0,229
43	0,691	0,085	0,068	0,137	0,018	0,224	-0,066	0,106	-0,055	-0,125
44	0,831	0,139	-0,015	0,075	-0,006	0,092	0,048	-0,06	-0,002	0,005
45	0,712	0,228	0,004	0,184	-0,01	0,257	-0,055	-0,113	-0,045	-0,109

*Tabla IV: Método de extracción: Factorización del eje principal.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
La rotación ha convergido en 54 iteraciones.*

Los resultados del análisis factorial, dan cuenta de que algunos de los ítems se agruparon en tríadas afectivas- cognitivos- conductuales. Dicha organización de los ítems se resume a continuación:

Factor	Reactivos que componen el factor	Ítem que se corresponde con el cuestionario aplicado
1	42	14
	43-44-45	15
2	7-8-9	3
	13	5
3	34-35-36	12
4*	18	6
	19-21	7
5*	4-5	2
	16	6
6	37-38-39	13
7*	17	6
	20	7
	40-41	14
8	10-11-12	4
9	1-2-3	1
10*	6	2
	14-15	5

Tabla V: Cuadro explicativo de acuerdo a agrupación en triadas de los ítems

Nota 3: Los factores 4, 5, 7 y 10 no evidenciaron ítems que se agruparon en triadas, sólo se agruparon en ellos reactivos de forma individual o en diadas.

Nota 4: Dado que nos planteamos como investigadoras reducir la extensión del cuestionario, es que establecimos los siguientes criterios para la mantención y/o eliminación de ítems:

Criterio 1- Consistencia con la Teoría Tricomponencial de las actitudes: esto quiere decir, que aquellos ítems compuestos por reactivos con numeración correlativa y que sean afectivos, cognitivos y conductuales se mantendrán.

Criterio 2- En consideración de las directrices para la identificación de cargas factoriales significativas, basadas en el tamaño de la muestra, propuestas por Hair et al. (1999, citado en Zamora, 2010) se seleccionó un criterio de significancia de 0,425. Esto quiere decir que los reactivos con valores inferiores, se eliminarán.

Estos criterios no son excluyentes, por lo cual pueden cumplirse ambos o solo uno de ellos.

Para visualizar el proceso de análisis de los reactivos e ítems que se eliminarán y/o mantendrán ver anexo 8.

Al terminar el análisis factorial exploratorio, el cuestionario quedó constituido por un número de 6 ítems (18 reactivos).

Análisis de consistencia interna del instrumento compuesto por 6 ítems

Al cuestionario señalado anteriormente, se le somete a una nueva prueba de consistencia interna. Los resultados arrojan un coeficiente de Alpha de Cronbach 0,787.

Se detectó que se si elimina el reactivo 2, el coeficiente de Alpha de Cronbach aumenta a 0,798. Dicho reactivo está seleccionado con amarillo en la tabla que se presenta a continuación.

Análisis de los reactivos que componen la Escala Total con 18 elementos Alpha de Cronbach = 0,787

Reactivos	Correlación con escala total	Alfa de Cronbach si se elimina el reactivo
Reactivo 1	0,339	0,78
Reactivo 2	0,003	0,798
Reactivo 3	0,272	0,784
Reactivo 4	0,516	0,766
Reactivo 5	0,519	0,766
Reactivo 6	0,423	0,773
Reactivo 7	0,181	0,788
Reactivo 8	0,205	0,787
Reactivo 9	0,256	0,784
Reactivo 10	0,273	0,784
Reactivo 11	0,166	0,789
Reactivo 12	0,411	0,775
Reactivo 13	0,476	0,77
Reactivo 14	0,496	0,768
Reactivo 15	0,485	0,769
Reactivo 16	0,473	0,769
Reactivo 17	0,458	0,771
Reactivo 18	0,465	0,77

Tabla VI: Alphas de Cronbach Escala Total 18 elementos

Considerando el criterio expuesto en la nota 1, se elimina el ítem 1.

Análisis de consistencia interna del instrumento final compuesto por 5 ítems

El instrumento final queda compuesto por un número de 5 ítems (15 reactivos). El coeficiente de Alpha de Cronbach corresponde a 0,799.

No se evidencian diferencias significativas en el coeficiente Alpha de Cronbach si es que se elimina algún reactivo, por lo cual se decide que está será la configuración final del “Cuestionario de actitudes de madres hacia la alimentación infantil saludable” (ver anexo 9).

Análisis de los reactivos que componen la Escala Total con 15 elementos
Alpha de Cronbach = 0,799

Reactivos	Correlación con escala total	Alfa de Cronbach si se elimina el reactivo
Reactivo 1	0,468	0,783
Reactivo 2	0,497	0,781
Reactivo 3	0,417	0,787
Reactivo 4	0,147	0,804
Reactivo 5	0,172	0,802
Reactivo 6	0,211	0,801
Reactivo 7	0,235	0,801
Reactivo 8	0,191	0,801
Reactivo 9	0,422	0,787
Reactivo 10	0,513	0,78
Reactivo 11	0,545	0,777
Reactivo 12	0,552	0,776
Reactivo 13	0,544	0,776
Reactivo 14	0,505	0,78
Reactivo 15	0,537	0,777

Tabla VII: Alphas de Cronbach Escala Total con 15 elementos

7. DISCUSIÓN

Los resultados del re-diseño y validación del instrumento final ponen de manifiesto que el cuestionario hacia la actitud hacia la alimentación infantil saludable, mantiene un índice de confiabilidad estadístico de α 0,799, en 15 reactivos. A partir de esto podemos decir que el cuestionario logra tener una buena confiabilidad, según los criterios de Nunnally y Berstein (1995), quienes plantean que para las primeras etapas de validación de un instrumento 0.70 es suficiente.

De acuerdo a los resultados obtenidos, pudimos dar cuenta que en el cuestionario existían 10 factores, y no 5 como fue establecido por Calderón y cols. (2010). Tal resultado se puede deber a que el fenómeno de las prácticas alimentarias es diverso y amplio, por lo que las categorías, no se establecen con una clasificación empírica, sino más bien, se realiza con fines prácticos de conceptualización. Es en este sentido que, como fue dicho en el marco teórico, las actitudes están referidas hacia un objeto, y como la alimentación no es un fenómeno delimitado ni establecido, no podemos esperar que la actitud hacia ella se comporte de esta manera.

Los 10 factores resultantes del análisis factorial exploratorio, podrían evidenciar 10 aspectos de las prácticas de alimentación, por ejemplo, hábitos alimentarios, transmisión de pautas, aspectos socioculturales y familiares, adulto involucrado, entre otros, los cuales fueron mencionados en el apartado de antecedentes sobre prácticas alimentarias. En consecuencia la estructura factorial emanada es consecuente con dicha revisión y la propuesta de diseño desde la teoría. Tal estructura representa la actitud hacia la alimentación, donde cada ítem aporta un aspecto evaluado, que es independiente entre sí, pero en su conjunto mantiene implícita a la actitud en su constitución unitaria, referida a la alimentación infantil saludable.

Tal configuración de factores permitió explicar el 54, 557% de la varianza, que según criterios que aun no delimitan un umbral respecto de las aplicaciones a las ciencias sociales, se espera que lleguen al 60%, no obstante, nuestra investigación enmarcada en una etapa inicial de análisis, creemos satisface tal criterio. (Hair et al., 1999, citado en Zamora, 2010).

A la vista de los reactivos que han sido retenidos en el cuestionario final, es que, nos permitimos interpretar la significación de cada factor de manera independiente, esto dado sus características estadísticas como también su contenido, por tanto, en este último sentido es que habrá que redefinir lo que pretendemos medir o al menos explicarlo adecuadamente. De esta manera definiremos los factores resultantes del siguiente modo:

Factor 1	Prácticas transgeneracionales
Factor 2	Conocimiento intersubjetivo de las etapas del desarrollo
Factor 3	Rol del sistema de salud
Factor 4	Integración opinión modelo médico y conocimiento matriarcal
Factor 5	Información nutricional

Tabla VIII: Factores que componen cuestionario final

En todo momento se debe considerar que nuestro proceso investigativo estuvo orientado a describir y explicar el fenómeno de las prácticas de alimentación infantil saludable, por medio del instrumento rediseñado desde la configuración propuesta por el modelo tridimensional de Rosenberg y Hovland, siendo reafirmada su estructura por los datos resultantes del análisis factorial. Es análisis, muestra la organización de los reactivos (que corresponden a un ítem en particular) en triadas, tal cual se muestra en el procedimiento, donde por ejemplo, el factor N° 1, comprende los reactivos 43, 44 y 45 correspondientes a los componentes cognitivo, afectivo y conductual del ítem N°15. Por tanto, muestra la interrelación existente entre las dimensiones (cognitivo, afectivo y conductual), dado que éstas pueden ser tomadas como componentes de las actitudes; pero a su vez pueden tomarse como las respuestas (cognitivas, afectivas y conductuales), que serían la expresión externa del constructo elegido, permitiendo una forma de acercamiento al fenómeno de la alimentación infantil saludable.

El incorporar nuevos ítem bajo la lógica del perfeccionamiento del instrumento, pudo influir en la estructura factorial del cuestionario. Al enriquecer los enunciados a través de la integración de categorías en algunos ítems, basándonos en el trabajo de Apablaza y cols. (2010), no creamos una nueva unidad de análisis para explicar otra área del mismo fenómeno, sino más bien, tal enriquecimiento fue realizado sobre las categorías ya establecidas, lo cual, estaba orientado por una actitud conservadora de mantener la línea del trabajo original.

Con respecto al cumplimiento de los objetivos planteados en esta investigación, el rediseño del cuestionario piloto resultó satisfactorio para los fines que se plantearon inicialmente, dado que, se realizó un análisis respecto a la tricomponencialidad de la teoría de la actitud, ajustando así los reactivos del componente de conducta a intención conductual; además de realizar un focus group y una etapa de juicio de expertos para avanzar en la validez de contenido. Por otro lado, se logró someter el cuestionario a un análisis estadístico de las propiedades psicométricas cumpliendo con los criterios establecidos, para dar como resultado un cuestionario con buenos índices de confiabilidad. Además se

redujo considerablemente los reactivos, haciendo la administración de este último cuestionario más práctico para APS.

La alimentación infantil saludable es un fenómeno complejo que, según lo solicitado en nuestra investigación, implica conocer la predisposición de las madres en sus prácticas alimentarias con sus hijos. Por lo tanto, pueden emerger sesgos de influencia en las respuestas, por ejemplo la deseabilidad social, mencionada en el marco teórico. Dado que nuestra investigación buscó avanzar en un perfeccionamiento del cuestionario, se corrigió esta tendencia de que las madres a las cuales se les aplicó el cuestionario intentaran dar una imagen positiva de sí mismas, eliminando por ejemplo la categoría de análisis número 3 llamada “Actitud hacia la obesidad y la obesidad infantil”.

8. CONCLUSIÓN

En nuestro país los procesos de desarrollo y los cambios culturales acelerados, han influido, entre otras cosas, en la forma de consumir alimentos. La alimentación entonces, no puede ser entendida como un fenómeno aislado del entorno socio-cultural, siendo imposible generalizar las prácticas de alimentación en las diversas sociedades y culturas. Por lo tanto, la alimentación infantil se ve fuertemente influenciada por el grupo familiar, especialmente las madres (Domínguez-Vásquez P., Olivares S., Santos JL., 2008-2009). Frente a lo anterior, consideramos que la decisión de la elaboración de un cuestionario que busca medir las actitudes de Madres de niños entre 6 y 12 meses, hacia la alimentación infantil saludable, aporta a la mayor delimitación de la muestra, pudiendo rescatar la relevancia de la madre como responsable principal de la transmisión de pautas alimentarias. Por lo tanto, se establece una diferencia del cuestionario realizado por Calderón y Cols. (2010), quienes en la muestra piloto consideraban tanto madres como cuidadoras, es de tener en cuenta que esta decisión puede ser influyente en los resultados obtenidos. Entendiendo que la línea investigativa sobre la alimentación infantil en edades tempranas, desarrollada desde el año 2009 por otros Grupos de Seminario de Título, tiene como objetivo final aportar a la Atención primaria con un Cuestionario que les permita focalizar sus esfuerzos en términos de promoción y prevención de la Obesidad Infantil, hemos logrado aportar con un cuestionario enriquecido, conceptual y metodológicamente, que logra cumplir con el perfil de los instrumentos para ser aplicado en APS. Este perfil considera disminuir la extensión del cuestionario, quedando compuesto, luego de todos los análisis, por un número de 5 ítems (15 reactivos), los cuales son de rápida aplicación, aproximadamente entre 3 y 5 minutos. Esta decisión se sustenta en la recomendación de Hernández R. y cols., 1991 (citado en García, 2003), donde se señala que es adecuado realizar las preguntas necesarias para obtener la información deseada. Esto quiere decir, que se debe resguardar la extensión del cuestionario, con el fin de no ser tedioso, ni demasiado escueto para perder información. Dado una revisión que nuestro grupo realizó (ver anexo 10) sobre los principales test o cuestionarios que se utilizan como screening en APS, consideramos que nuestro cuestionario, se encuentra dentro del rango promedio en el número de preguntas que lo componen. Además, con respecto a las propiedades de las preguntas del cuestionario rediseñado, se resaltan características como: ser enunciados claros y comprensibles, sin negaciones de por medio (referido también al continuo de la respuesta), enunciados que no induzcan a la respuesta y no incomoden al respondiente (referido a la deseabilidad social), enunciados con variados grados de respuesta (referido a la escala Likert) y enunciados con un lenguaje apropiado a las características de la muestra (referido a validez de contenido). (Hernández, 2003) Nuestro instrumento final titulado “Cuestionario de actitudes de madres hacia la alimentación infantil saludable” (Contreras, V. Flores, A.

Muñoz, B. Suazo, P, 2014) tiene características psicométricas adecuadas, tales como: - Consistencia interna final del instrumento α 0,799. - 10 factores que explican una varianza total acumulada de 54,557%. - 5 factores de mayor ajuste, estos cumplen con los criterio de significancia de carga factorial de 0,425 (lo que conlleva a los ítems finales del instrumento a agruparse en triadas). Lo anterior no habría sido posible sin la acuciosa revisión teórica y empírica que se realizó en una fase inicial. Dicha revisión nos llevó a plantearnos un objetivo general que consistía en seguir las recomendaciones del grupo de Calderón y cols. (2010), quienes sugerían el avance psicométrico del cuestionario con respecto a la validez concurrente y predictiva. Sin embargo, al encontrar que la operacionalización del cuestionario no se condecía con la definición de Rosenberg y Hovland (1960), y dado que se decidió tener una mayor aproximación al fenómeno de las prácticas alimentarias, es que, optamos por rediseñar el cuestionario piloto. Al llevar a cabo esta modificación, debimos replantearnos los objetivos de nuestra investigación, centrándonos en determinar las propiedades psicométricas de nuestro instrumento, especialmente para conseguir valores de consistencia interna aceptables y también en la validez del cuestionario, tomando así decisiones del orden de someter el instrumento rediseñado nuevamente a un análisis de confiabilidad y a un análisis factorial exploratorio. Por otro lado, la metodología cuantitativa adoptada en esta investigación, se sustenta en la asignación de valores numéricos a objetos o eventos de acuerdo con ciertas reglas (Stevens, 1951 c.p Kerlinger y Lee, 2002). Si bien no se puede desconocer que este enfoque numérico en constructos complejos tales como la Actitud, sólo permite “medir” basándonos en la medición de sus manifestaciones (operacionalizado en las respuestas de los sujetos), este tipo de metodología nos otorga el aprovechamiento de las ventajas del pensamiento matemático, en términos que facilita la descripción objetiva, el análisis y la comunicabilidad (Morales, 2006). Además de que esta metodología nos permitió acercarnos desde una perspectiva métrica y descriptiva al fenómeno, orientada al resultado de los datos (García & Martínez, 1996), lo cual nos ayudó a generar un análisis apropiado. Con respecto a investigaciones futuras y proyecciones, si se opta por añadir preguntas al cuestionario, se sugiere que éstas sean sometidas de modo independiente a una prueba de consistencia interna, utilizando una muestra significativa para generar el análisis. En base a ello, se podrá decidir si se incorporan al cuestionario o no, siempre cuidando los criterios de consistencia y parsimonia del instrumento. También se sugiere realizar un análisis factorial confirmatorio, con el fin de tener una mayor comprensión sobre la estructura factorial que compone el cuestionario, ya que ella puede haber cambiado producto de extracción de los ítems realizada por nuestro grupo investigador.

9. BIBLIOGRAFIA

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). *Relaciones actitud-conducta: Un Análisis Teórico y la Revisión de la Investigación Empírica*. Boletín de Psicología, 84, 888-918.
- Aiken, L. (1996). *Tests Psicológicos de Evaluación*. México: Prentice-Hall.
- Anastasi, A. (1986). *Los Tests Psicológicos*. Madrid: Aguilar.
- Atalah, E. (2012). *Epidemiología de la Obesidad en Chile*. Revista médica Clínica las Condes 2012; 23(2) 117-123. Departamento de Nutrición, Universidad de Chile. Disponible en http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/D_r_Atala-3.pdf
- Brehem, S. & Kassin, S. (1993). *Psicología Social*. Segunda Edición. Editorial Houghton Mifflin, Estados Unidos, Boston.
- Cabrero García L, Richart Martínez M. (1996). *El Debate Investigación Cualitativa frente a Investigación Cuantitativa*. Enfermería Clínica, 1996; 6: 212-217.
- Calderón, C., Ahumada, C., Allende, M., Aranguiz, P., Vallejo, A. (2009). *Actitudes de los Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable y no Saludable. Construcción de un Instrumento Piloto de Medición*. Chile.
- CASEN (2011). *Infancia y Adolescencia*. Disponible en http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/CASEN_Infancia_2011.pdf
- Criado, M. (2007). *La Dieta Desesperada. Algunas Condiciones Sociales que Obstaculizan el Control del Peso entre Madres de Clases Populares*. Revista Trastornos de la Conducta Alimentaria 6, 578-599. Sevilla.
- Delgadillo, Francisco (2008). *Diseño, Aplicación y Evaluación de un Programa Psicoeducativo de Cambio de Actitudes para Jóvenes de un Centro Penitenciario*. Universidad de Salamanca, Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Tesis Doctoral. Disponible en http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22648/3/DTHE_DelgadilloAguayo_Disenio.pdf

- Domínguez Vásquez, P.; Olivares, S.; Santos, J. L. (2008-2009). *Influencia Familiar sobre la Conducta Alimentaria y su Relación con la Obesidad Infantil*. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Volumen 58. Pages: 249-255 Published: SEP 2008. Extraído de <http://www.captura.uchile.cl/handle/2250/6966>
- Espí, L. (2005). *Variables Conductuales y Psicológicas Relacionadas con la Intención y la Conducta de Ejercicio*. Metodología Psicobiología y Psicología Social. Universidad de Valencia.
- EINCV (2010). *Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital para la Prevención de Obesidad y otras Enfermedades no Transmisibles*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Mayo 2010.
- García, T. (2003). *El Cuestionario como Instrumento de Investigación/Evaluación*. Etapas del Proceso Investigador: Instrumentación. Extraído de http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf Consultado 06 de Enero, 2014.
- Gatica y Mendez (2009). *Prácticas de Alimentación en Niños Menores de 2 años*. Argentina. Revista Pediátrica. Vol.107, n.6, pp. 496-503. ISSN 1668-3501. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v107n6/v107n6a05.pdf>
- Gorsuch, Richard L., (1983). *Análisis Factorial*. Segunda Edición, de Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencia Social*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Lalonde, M. (1974). *Una Nueva Perspectiva sobre la Salud de los Canadienses*. Ottawa, ON: Ministro de Abastecimiento y Servicios de Canadá. Obtenido de la Agencia de Salud Pública de Canadá sitio web: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- León J., Barriga S., Gómez T., Gonzáles B., Medina., S. & Cantero F. (1998). *Psicología Social Orientaciones Teóricas y Ejercicios Prácticos*. Editorial Mc raw- Hill/ Interamericana de España, S.A.U
- Martín, (2005). *Violencia Juvenil Exogrupal: hacia la construcción de un modelo causal*. Editorial Ministerio de Educación y Ciencia, Centro de Investigación y Documentación Educativa.
- Mendoza, C; Pinheiro, A; Amigo, H. (2007). *Evolución de la Situación Alimentaria en Chile*. Revista Chilena de Nutrición, Vol.34, N°1, ISSN 0717-7518. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182007000100007&script=sci_arttext

MINSAL (2006). *Propuesta de Trabajo EGO*. Disponible en http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/ego/EGO_CHILE.pdf?cbc=56,57,202&id=1659

MINSAL (2010). *Indicadores de Obesidad en la Población Chilena*. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/9ad9cbfb71ca4705e04001011e010283.pdf>

MINSAL (2010). *Evaluación Externa de las Acciones Realizadas en las Ego-Escuelas para el Ministerio De Salud*. Tercer informe, marzo 2010. Universidad de Chile, Escuela de Nutrición y Dietética. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/8781c832880544e9e04001011e015e3b.pdf>

Moscovici S. (1988). *Psicología Social*. España: Paidós; p. 302.

Morales, J., Cuadrado, I., Gaviria, E., Moya, M (2007). *Psicología Social* (3ª. edición) Madrid: McGraw-Hill.

Morales, P (2006). *Medición de Actitudes en Psicología y Educación* (3ª ed.). Universidad Pontificia Comillas, ISBN 9788484681908.

Munné F. (1986). *Psicología Social*. España: Ceac; pp. 40-45

Nunnally, J. y Bernstein, I. (1995). *Teoría Psicométrica*. McGraw Hill. México.

Osorio, J; Castillo, C; Weisstaub, G. (2002). *Desarrollo de la Conducta Alimentaria en la Infancia y sus Alteraciones*. Revista Chilena de Nutrición Vol.29, N°3, ISSN 0717-7518 versión On-line ISSN 0717-7518. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002

OMS (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243562215.pdf>

OMS (2013). *10 Datos Sobre la Obesidad*. Disponible en <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>

Prat M. & Soler S. (2003). *Actitudes, Valores y Normas en la Educación Física y el Deporte: Reflexiones y Propuestas Didácticas*. 1era edición. Colección Educación Física. Barcelona INDE.

- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). *Cognitive, Affective, and Behavioral Components of Attitudes*. Attitude Organization and Change: An analysis of consistency among attitude components (pp. 1-14). New Haven, CT: Yale University Press.
- Sáenz-Lozada, María L.; Camacho-Lindo, Ángela E. (2007). *Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá*. Revista de Salud Pública, Octubre-Diciembre, 587-594. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219060011>
- Salinas, J. y Vio, F. (2003). *Promoción de Salud y Actividad Física en Chile: Política Prioritaria*. Revista Panam Salud Publica/Pan, 14 (4).
- Sánchez, S. & Mesa, M.C. (1998). *Actitudes hacia la Tolerancia y la Cooperación en Ambientes Multiculturales. Evaluación e Intervención Educativa en un Contexto Concreto: la Ciudad de Melilla*. Granada, Editorial Universidad de Granada, colección EIRENE. ISBN: 84-338-2513-5.
- Stahlberg y Frey (1991). Citados en *Diseño y Validación de un Instrumento de Evaluación de Actitudes hacia la Búsqueda de Empleo (A.B.E.)*. Jornades de Foment de la Investigació. Universitat Jaume. Disponible en <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi5/abe.pdf>
- Starfield Bárbara (2001). *Atención Primaria: Equilibrio entre Necesidades de Salud, Servicios y Tecnologías*.
- Warr, P., Cook, J. y Pared, T. (1979). *Escalas para la Medición de Algunas Actitudes de Trabajo y los Aspectos de Bienestar Psicológico*. Revista de Psicología del Trabajo 05/1979, DOI: 10.1111/j.2044-8325
- Young K., Flügel J.C. y otros. (1967). *Psicología de las Actitudes*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Zamora S. (2010). *Análisis Factorial: una Técnica para Evaluar la Dimensionalidad de las Pruebas*. Cuaderno técnico n° 6, primera edición. Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, A.C. (CNEVAL). México.
- Zimbardo, P. y Leippe, M. (1991). *La Psicología del Cambio de Actitudes y la Influencia Social*. Editorial McGraw-Hill, Nueva York.

10. ANEXOS

10.1 ANEXO 1

Instrumento Final (Calderón y cols., 2010)		Instrumento Final (Contreras, V., Flores, A., Muñoz, B., Suazo, P., 2014)		
1- Actitud hacia la Información Nutricional		Componente	1- Actitud hacia la Información Nutricional	
I T E M 1	Entiendo lo que dicen las etiquetas nutricionales	Cognitivo	I T E M 1	Puedo entender la información de la etiqueta nutricional al momento de elegir un alimento para mi hijo (a).
	Es mi deber como mamá preocuparme por leer la información nutricional de los alimentos.	Afectivo	M 1	Es mi deber como mamá saber elegir los alimentos para mi hijo(a) en base a la información nutricional del envase.
	Habitualmente leo lo que dicen las etiquetas de los alimentos.	Conductual		Antes de comprar un alimento para mi hijo (a) en el supermercado, reviso la etiqueta nutricional de los alimentos que voy a comprar.
I T E M 2	Creo que me manejo con la información suficiente como para llevar una alimentación saludable para mi hijo.	Cognitivo	I T E M 2	Creo que manejo la información suficiente que me permite otorgar una alimentación saludable a mi hijo (a).
	Me siento preparada para alimentar saludablemente a mi hijo.	Afectivo	2	Me siento preparada para alimentar saludablemente a mi hijo (a).
	Escojo y mezclo los alimentos de manera justa para que mi hijo crezca sano	Conductual		Intento escoger, mezclar y equilibrar sanamente cada alimento que le preparo a mi hijo (a) día a día.
I T E M 4	Conozco las distintas etapas del desarrollo, sus diferencias y la etapa en que se encuentra mi hijo.	Cognitivo	I T E M 4	Manejo información proveniente de otras mamás, sobre el proceso normal y gradual de incorporación de alimentos a la dieta de mi hijo (a).
	Me siento más tranquila conociendo las etapas del desarrollo de los niños y especialmente la etapa en que se encuentra mi hijo.	Afectivo	3	Me siento más tranquila conversando con otras mamás, sobre el proceso normal y gradual de incorporación de alimentos en la dieta de mi hijo (a).
	Busco información para saber más de las etapas del desarrollo de los niños y especialmente la etapa en que se encuentra mi hijo.	Conductual		Trato de participar en conversaciones con otras mamás donde uno aprende sobre las comidas que reciben los niños de acuerdo a su edad
I T E M	Sé que a los 8 meses tengo que comenzar a darle cena.	Cognitivo	I T E M	Reconozco dentro de la información que poseo cual es la que me permite preparar una alimentación saludable para mi hijo (a) y que está acorde al periodo del desarrollo en que se encuentra.

5	Estoy de acuerdo con que se le dé la cena a los 8 meses.	Afectivo	4	Me siento tranquila al buscar información que me permita preparar la alimentación que requiere mi hijo (a) de acuerdo a su edad.
	Cuando mi hijo tenga o tuvo 8 meses comencé a darle la cena.	Conductual		Intento en la medida de lo posible buscar información que me permita preparar la alimentación que mi hijo (a) requiere de acuerdo a su edad
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.	Cognitivo	I T E M 5	Conozco el aporte nutricional de los alimentos que come mi hijo (a) en su consumo diario.
	Me siento tranquila si sé qué nutrientes contiene cada alimento que le entrego a mi hijo.	Afectivo		Me siento tranquila si sé qué contiene cada alimento que le entrego a mi hijo (a).
6	Hago comidas que mezclen todos los minerales y vitaminas que debe consumir mi hijo en un día.	Conductual	5	Procuro preparar una cena equilibrada a mi hijo (a), según las necesidades de su edad
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.	Cognitivo	I T E M 6	Reconozco cuáles son los alimentos y la cantidad de éstos que mi hijo (a) debe consumir de acuerdo a los meses de edad que tiene.
	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.	Afectivo		Me gusta preocuparme por dar la cantidad de comida adecuada a mi hijo (a), de acuerdo a su edad.
	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.	Conductual		Mido la cantidad de comida que le sirvo a mi hijo (a) para asegurarme que esté acorde a sus necesidades.

2- Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos		Componente	2- Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos	
I T E M 1	He aprendido formas variadas para preparar el alimento de mi hijo.	Cognitivo	I T E M 7	He aprendido, a partir de la experiencia con mi mamá y otras mamás, formas variadas para preparar el alimento de mi hijo(a).
	Disfruto viendo a mi hijo(a) probando nuevos sabores en sus comidas.	Afectivo		Me da seguridad cuando le preparo a mi hijo (a) alimentos que he aprendido de otras mamás.
	Cocino papillas distintas durante la semana.	Conductual		Trato de variar la alimentación de mi hijo (a) usando recetas que me han dado otras mamás.
I T E M 5	Conozco las porciones adecuadas de alimento que mi hijo necesita en cada comida.	Cognitivo	-	
	Después de darle su comida me quedo tranquila con que ha sido suficiente para su edad.	Afectivo	-	
	Le sirvo a mi hijo en el plato la cantidad adecuada de alimentos que necesita para su edad.	Conductual	-	
I T E M 6	Sé que los niños se deben comer toda la comida.	Cognitivo	-	
	Me da rabia que el niño no se coma todo lo que le sirvo.	Afectivo	-	
	Hago distintos esfuerzos para lograr que el niño se coma todo lo que le sirvo en el plato.	Conductual	-	

3- Actitud sobre la Obesidad y la Obesidad Infantil		Componente	3- Actitud sobre la Obesidad y la Obesidad Infantil	
I T E M 1	Conozco las enfermedades y consecuencias directas de no poseer una dieta equilibrada (alimentación saludable).	Cognitivo	I T E M 8	Reconozco las ventajas de mantener una alimentación equilibrada en mi hijo (a).
	Me da miedo que mi hijo pueda desarrollar alguna enfermedad o problema producto de una mala alimentación.	Afectivo		Me siento confiada al conocer variadas recetas saludables que le puedo cocinar a mi hijo (a), con el fin de prevenir futuras enfermedades.
	Cocino de forma saludable para prevenir futuras enfermedades asociadas.	Conductual		Intento diariamente cocinar de la forma más saludable posible, para prevenir enfermedades asociadas a la alimentación de mi hijo (a).
I T E M 2	Una de las causas de la obesidad es darle dulces.	Cognitivo	I T E M 9	Conozco que las golosinas que les doy a mi hijo (a), puede ser una de las causas de la obesidad infantil.
	Me siento tranquila cuando no le doy dulces, porque es lo correcto.	Afectivo		Me siento tranquila cuando no le doy golosinas a mi hijo (a), porque de este modo cuido su alimentación y prevengo la obesidad.
	Evito darle dulces al niño.	Conductual		Me siento tranquila cuando no le doy golosinas a mi hijo (a), porque de este modo cuido su alimentación y prevengo la obesidad.
I T E M 4	El tema de la obesidad infantil cada día aumenta sus cifras en Chile.	Cognitivo	I T E M 10	Me informo y reconozco (por las noticias, leyendo el diario, etc.) que las cifras de obesidad han aumentado en nuestro país.
	Me preocupa el tema de la obesidad infantil.	Afectivo		Me preocupa que mi hijo (a) forme parte de la cifra de niños que hoy tienen obesidad infantil en Chile.
	Comemos de una forma saludable para evitar la obesidad infantil en mi familia.	Conductual		Procuramos comer todos los integrantes de la casa, de una forma saludable, para así evitar la obesidad en mi familia.
I T E M	Algunos niños están con sobrepeso porque sus padres le dan comida en exceso.	Cognitivo	-	

6	Estoy tranquila si le doy la cantidad adecuada de comida a mi hijo. Afectivo		-
	Le doy la cantidad de alimentos necesarios al niño para su consumo diario. Conductual		-

4- Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud		Componente	4- Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud	
I T E M 2	Creo que existen alimentos que no va a poder digerir, a pesar de que están indicados por el médico.	Cognitivo	I T E M 1 1	Considero importante participar en los controles de mi hijo (a), ya que es una instancia en que puedo conversar con el profesional de salud acerca de la alimentación de mi hijo (a).
	Me da miedo que no pueda digerir los alimentos correctamente, a pesar de que éstos son dados por el médico.	Afectivo		Me siento a gusto participando de los controles de niño sano y conversando con quien atiende a mi hijo (a), acerca de la alimentación de mi hijo (a).
	Evito darle alimentos que yo creo que no va a poder digerir, a pesar de que están indicados por el médico.	Conductual		Intento en la medida de lo posible asistir a todos los controles de atención de mi hijo, para estar al tanto de su estado nutricional.
I T E M 3	No es necesario darle todos los alimentos que indica él (la) nutricionista o médico.	Cognitivo	I T E M 1 2	Si noto un cambio en la rutina alimentaria de mi hijo (a), considero importante como forma de prevención, solicitar lo antes posible una hora de atención para el (ella).
	De los alimentos que recomienda el especialista (nutricionista o médico) no me gusta darle aquellos que a mí me cargan o desagradan.	Afectivo		Si noto cambios el apetito de mi hijo (a) me siento tranquila intentando prevenir alguna complicación futura, visitando al profesional de la salud lo antes posible.
	Evito darle ciertos alimentos porque a mí no me gustan.	Conductual		Trato de pedir una hora con el profesional de salud que corresponda, para que evalúe el estado nutricional de mi hijo y prevenir futuras enfermedades, como la obesidad.
-	-	Cognitivo	I T E M	Considero que si mi madre tiene una opinión respecto de la alimentación de mi hijo, conversaría con el profesional de la salud para poder evaluar ambas opiniones.

		Afectivo	1 3	Me da seguridad compartir opiniones, entre lo que dice mi madre y el profesional de salud, respecto de la alimentación que debe recibir mi hijo (a).
		Conductual		Hago lo posible por compatibilizar la opinión del profesional de salud y de mi madre respecto de la alimentación de mi hijo (a).

5- Actitud frente al Conocimiento tradicional sobre la alimentación infantil.		Componente		5- Actitud frente al Conocimiento tradicional sobre la alimentación infantil.
I T E M 1	No se debe negar la comida a un niño.	Cognitivo	I T E M 1 4	Cuando mi hijo (a) llora, luego de darle la cena, considero que puede ser por una razón distinta al hambre.
	Me da pena negarle la comida a mi hijo	Afectivo		Me siento tranquila cuando he alimentado lo suficiente a mi hijo(a). Si llora, reconozco que no se debe a la falta de alimentación.
	Le doy comida cada vez que me pide	Conductual		Intento buscar otras opciones para explicar y calmar el llanto de mi hijo (a), teniendo en cuenta que cuando ha sido alimentado, no es esta la razón de su molestia.
I T E M 2	Si el niño me pide más comida de la indicada, pienso que es porque tiene hambre.	Cognitivo	I T E M 1 5	Creo que si a mi mamá le funcionó su forma de alimentarme, también puede funcionar con mi hijo (a).
	Me da pena negarle la comida.	Afectivo		Confío en que los conocimientos que me entrego mi madre, son suficientes para darle una buena alimentación a mi hijo (a).
	Cuando el niño me pide más comida de la que le serví, le doy otro poquito.	Conductual		Preferiría darle a mi hijo (a) los alimentos que mi madre me dice o los que ella me dio a mí, independiente de lo que otras personas me digan
I T E M 4	El niño deja de llorar cuando le doy alguna cosa para comer como una galletita de champaña.	Cognitivo		-
	Me da pena que el niño llore y no pueda darle alguna cosa para comer.	Afectivo		-
	Evito que el niño llore dándole una galletita de champaña.	Conductual		-

I T E M 5	Los niños tienen derecho a comer lo que los otros estén comiendo, siempre que no les haga mal.	Cognitivo	-
	Es injusto que un bebé vea comer a otros y no pueda comer lo mismo que los otros están comiendo.	Afectivo	-
	Cuando el niño está mirando lo que otros comen, le doy un pedacito para que no quede mirando.	Conductual	-
T E M 7	Cuando mi hijo llora es por hambre.	Cognitivo	-
	Me pongo nerviosa cada vez que mi hijo llora.	Afectivo	-
	Si veo a mi hijo llorando, lo primero que hago es darle algún alimento para que deje de llorar.	Conductual	-
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.	Cognitivo	-
	Me siento tranquila de los conocimientos que me entrego mi madre ya que son los suficientes para darle una buena alimentación a mi hijo.	Afectivo	-
	Le doy los alimentos que mi mamá me daba a mí, independiente de lo que la nutricionista me indique.	Conductual	-
I T E M 9	Si mi hijo nos ve comer le va a dar hambre.	Cognitivo	-
	Siento que es injusto que él me vea comer y él no pueda hacer lo mismo.	Afectivo	-
	Cuando estamos comiendo le doy un poquito para que pruebe.	Conductual	-

10.2 ANEXO 2

1.- Actitud hacia la Información Nutricional		No / Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuen- temente	Sí / Siempre
I T E M 1	Puedo entender la información de la etiqueta nutricional al momento de elegir un alimento para mi hijo (a).					
	Es mi deber como mamá saber elegir los alimentos para mi hijo(a) en base a la información nutricional del envase.					
	Antes de comprar un alimento para mi hijo (a) en el supermercado, reviso la etiqueta nutricional de los alimentos que voy a comprar y trato de entenderla.					
I T E M 2	Creo que manejo la información suficiente que me permite otorgar una alimentación saludable a mi hijo (a).					
	Me siento preparada para alimentar saludablemente a mi hijo (a).					
	Intento escoger, mezclar y equilibrar sanamente cada alimento que le preparo a mi hijo (a) día a día.					
I T E M 3	Manejo información proveniente de otras mamás, sobre el proceso normal y gradual de incorporación de alimentos a la dieta de los niños, especialmente la de mi hijo (a).					
	Me siento más tranquila conociendo el proceso normal y gradual para guiar la incorporación de alimentos en la dieta de mi hijo (a).					
	Trato de participar en conversaciones con otras mamás donde uno aprende sobre las comidas que reciben los niños de acuerdo a su edad.					
I T E M 4	Reconozco dentro de la información que poseo cual es la que me permite preparar una alimentación saludable para mi hijo (a) y que está acorde al periodo del desarrollo en que se encuentra.					
	Me siento tranquila al buscar información que me permita preparar la alimentación que requiere mi hijo (a) de acuerdo a su edad.					
	Intento en la medida de lo posible buscar información que me permita preparar la alimentación que mi hijo (a) requiere de acuerdo a su edad.					
I T E	Conozco el aporte nutricional de los alimentos que come mi hijo (a) en su consumo diario.					
	Me siento tranquila si sé qué nutrientes contiene cada alimento que le entrego a mi hijo.					

M 5	Procuro preparar día a día la cena de mi hijo (a) con un equilibrio de nutrientes que el necesite, según los requerimientos de su edad.					
I T E M	Reconozco cuáles son los alimentos y la cantidad de éstos que mi hijo (a) debe consumir de acuerdo a los meses de edad que tiene.					
	Me gusta preocuparme por cocinar la cantidad de comida acorde a la etapa de crecimiento que se encuentra mi hijo (a).					
6	Pretendo generar y construir un menú acorde a la edad y etapa de mi hijo (a); por ejemplo tengo un pocillo o plato adecuado donde me marque la porción adecuada, dependiendo sus requerimientos.					
2- Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos		No / Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuen- temente	Sí / Siempr e
I T E M	He aprendido, a partir de la experiencia con mi mamá y otras mamás, formas variadas para preparar el alimento de mi hijo(a).					
	Me da seguridad cuando le preparo a mi hijo (a) alimentos que he aprendido de otras mamás.					
7	Trato de variar día a día la comida de mi hijo (a), considerando la experiencia otras mamás y sus comentarios sobre que preparar a los niños de acuerdo a su edad.					
I T E M	Conozco la cantidad necesaria de comida que le aportará una alimentación balanceada a mi hijo (a).					
	Después de darle la comida a mi hijo (a) me quedo tranquila con que ha sido suficiente la cantidad que le he dado respecto a la edad que tiene.					
8	Considero la cantidad y la frecuencia adecuada de alimento para mi hijo (a), según su edad, antes de servir su comida.					
I T E M	Dispongo de la información respecto de las porciones de comida y horarios más adecuados para la edad que tiene mi hijo (a).					
	Considero adecuado que mi hijo (a) se coma la comida en las cantidades y horario que le sirvo.					
9	Pretendo que si tengo una rutina alimentaria diaria consolidada, mi hijo se coma lo que le sirvo y quede saciado su apetito.					

		No / Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuen- temente	Sí / Siempre
3- Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil						
I T E M 1 0	Me informo respecto de variadas recetas saludables reconociendo las ventajas que tiene mantener una alimentación equilibrada en mi hijo (a).					
	Me siento confiada al conocer variadas recetas saludables que le puedo cocinar a mi hijo (a), con el fin de prevenir futuras enfermedades.					
	Intento diariamente cocinar de la forma más saludable posible para prevenir enfermedades asociadas a la alimentación de mi hijo (a).					
I T E M 1 1	Conozco la información sobre que darles golosinas a mi hijo (a) es una de las causas de la obesidad infantil.					
	Me siento tranquila cuando no le doy golosinas a mi hijo (a), porque de este modo cuido su alimentación y prevengo la obesidad.					
	Intento en la medida de lo posible no darle golosinas a mi hijo (a), aun cuando él me pida y sus amigos estén consumiéndolas.					
I T E M 1 2	Me informo y reconozco (por las noticias, leyendo el diario, etc.) que las cifras de obesidad han aumentado en nuestro país.					
	Me preocupa que mi hijo (a) forme parte de la cifra de niños que hoy tienen obesidad infantil en Chile.					
	Procuramos comer todos los integrantes de la casa de una forma saludable para así evitar la obesidad en mi familia en general.					
4- Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud		No / Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuen- temente	Sí / Siempre
I T E M 1 3	Considero importante participar en los controles de mi hijo (a), ya que es una instancia en que puedo conversar con el profesional de salud acerca de la alimentación de mi hijo (a).					
	Me siento a gusto participando de los controles de niño sano y conversando con el médico acerca de la alimentación de mi hijo (a).					
	Intento en la medida de lo posible asistir a todos los controles de atención de mi hijo para estar al tanto de su estado nutricional y de los alimentos que se incorporan en cada etapa de su desarrollo.					

I T E	Si noto un cambio en la rutina alimentaria de mi hijo (a), considero importante como forma de prevención, solicitar lo antes posible una hora de atención para el (ella).					
M 1 4	Me siento tranquila si al notar cambios en la rutina alimentaria de mi hijo (a) intento prevenir alguna complicación futura, visitando al médico lo antes posible.					
	Trato de gestionar una hora con el profesional de salud respectivo para que se evalúe el estado nutricional de mi hijo (a) si lo considero necesario para prevenir futuras enfermedades, por ejemplo la obesidad.					
I T E	Considero que si mi madre tiene una opinión respecto de la alimentación de mi hijo, conversaría de aquello con el médico para poder evaluar ambas opiniones.					
M 1 5	Me da seguridad compartir opiniones, entre lo que dice mi madre y el médico, respecto de la alimentación que debe recibir mi hijo (a).					
	Hago lo posible por compatibilizar con el médico la opinión de mi madre respecto de la alimentación de mi hijo (a).					
5- Actitud frente al Conocimiento tradicional sobre la alimentación infantil.		No / Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuen- temente	Sí / Siempre
I T E	Creo importante que, a partir de lo que conozco como medida necesaria para mi hijo (a), yo pueda regular la cantidad de comida que le entrego cada día.					
M 1 6	Me siento segura al entregarle diariamente una porción a mi hijo (a), de acuerdo con la información que manejo respecto de lo que requiere a su edad.					
	Intento en la medida de lo posible regular la cantidad de alimentos que consume mi hijo (a) según lo que conozco y habitualmente he realizado.					
I T E	Cuando mi hijo (a) llora, luego de darle la cena, considero que puede ser por una razón distinta al hambre.					
M 1 7	Me siento tranquila cuando he alimentado lo suficiente a mi hijo(a), incluso si llora, reconozco que no se debe a la falta de alimentación.					
	Intento buscar otras opciones para explicar y calmar el llanto de mi hijo (a), teniendo en cuenta que cuando ha sido alimentado, no es esta la razón de su molestia.					

I T E M 1 8	Creo que si a mi mamá le funcionó su forma de alimentarme, no hay razón para que yo cambie aquellas rutinas para con mi hijo (a).					
	Confío en que los conocimientos que me entrego mi madre son suficientes para darle una buena alimentación a mi hijo (a).					
	Preferiría darle a mi hijo (a) los alimentos que mi madre me dice o los que ella me dio a mí, independiente de lo que otras personas me digan.					

10.3 ANEXO 3

DISEÑO FOCUS GROUP

Objetivo general del Focus group:

- Explorar grado de comprensión de los ítems del “Instrumento actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable”

Materiales:

- Sala de reunión
- Fotocopia del instrumento, con todos sus reactivos, para cada una de las madres
- Jugos
- Galletas
- Servilletas
- Data Show

Tiempo: 45 minutos

Primera parte: Explicación de los objetivos, metodología de trabajo y presentación

Objetivos:

- Informar y contextualizar a las madres con información sobre la investigación.
- Dar a conocer la metodología de trabajo del focus group y objetivos de este.
- Generar una instancia de presentación entre las madres asistentes al focus group.

Tiempo: 20 minutos

Descripción:

Se sienta a las participantes en círculo y se comienza explicando a grandes rasgos en qué consiste nuestra investigación, para contextualizarlas. Para ello se utilizará una presentación prezi.

Seguido de ello se explicará a las madres la razón que tenemos como grupo para realizar un focus group, los beneficios que esto traerá a nuestra investigación y qué es lo que ellas deben realizar durante esta sesión.

Para presentar a las madres y con el fin de fomentar la confianza en el grupo se realizará la siguiente dinámica, la cual consiste en auto presentarse al tiempo que se trata de recordar el nombre de todos los del grupo.

Objetivo de la dinámica:

Aprender los nombres y empezar a tomar contacto con el grupo.

Normas:

Se debe atender y respetar el turno. No es necesario que se haga rápidamente; dependerá de la edad.

Desarrollo

Sentadas en círculo, una integrante del grupo comienza diciendo su nombre (o como quiere que le llamen).

La siguiente a su izquierda (siguiendo el movimiento de las agujas del reloj) debe decir:

1. El nombre de su compañero anterior
2. Su propio nombre y alguna actividad que le guste realizar.

La tercera participante, por orden, dirá el nombre de la primera, de la segunda y el suyo. Y así, sucesivamente, hasta llegar al monitor o educador que será el último y el encargado de repetir todos los nombres seguidos.

Ejemplo: Yo soy Ana y me gusta pasear... Ella es Ana y le gusta pasear, yo soy María y me gusta bailar... Ana le gusta pasear, María le gusta bailar y yo Elena y me gusta trotar... Ana le gusta pasear, María y le gusta bailar, Elena y le gusta trotar y Rosa le gusta tejer...

Segunda parte: Exploración por reactivo y conclusión grupal

Tiempo: 50 minutos

Objetivos:

- Que las madres evalúen y opinen sobre los ítems del instrumento.
- Compartir las conclusiones y opiniones de cada una de las madres con el grupo para llegar a un consenso grupal

Descripción:

Se presentará cada uno de los reactivos a las madres en una presentación power point , y se entregará una copia del instrumento con todos ítems. Se busca que las madres opinen y los evalúen considerando los siguientes criterios:

1- Grado de comprensión del reactivo: Deberán tener en cuenta para ello aspectos tales como puntuación, comprensión de las palabras, etc.

2- Grado de ajuste del ítem desde un nivel semántico con las prácticas de alimentación: Deberán señalar si desde su experiencia como madre consideran el ítem como relevante o ajustado a su cotidianidad.

Cierre

Tiempo: 5 minutos

Se les agradece a las madres su asistencia, y se les entregará la cartilla de estimulación temprana de Chile crece contigo (http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/11/cartilla_vidacotidiana.pdf), como en señal de presente para las participantes.

Se las invita a un compartir con jugo y galletas.

10.4 ANEXO 4

CUESTIONARIO ACTITUDES DE MADRES HACIA LA ALIMENTACIÓN INFANTIL SALUDABLE

Nombre de quien responde el cuestionario:

Consultorio en el que se atiende su hijo (a):

Edad de su hijo:

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de situaciones, pensamientos o experiencias que pueden ser usuales para usted en relación a la alimentación de su hijo (a). 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.

1.- Actitud hacia la Información Nutricional		No / Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuen- temente	Sí / Siempre
I	Puedo entender la información de la etiqueta nutricional al momento de elegir un alimento para mi hijo (a).					
T						
E	Es mi deber como mamá saber elegir los alimentos para mi hijo(a) en base a la información nutricional del envase.					
M						
1	Antes de comprar un alimento para mi hijo (a) en el supermercado, reviso la etiqueta nutricional de los alimentos que voy a comprar.					
I	Creo que manejo la información suficiente que me permite otorgar una alimentación saludable a mi hijo (a).					
T						
E	Me siento preparada para alimentar saludablemente a mi hijo (a).					
M						
2	Intento escoger, mezclar y equilibrar sanamente cada alimento que le preparo a mi hijo (a) día a día.					
I	Manejo información proveniente de otras mamás, sobre el proceso normal y gradual de incorporación de alimentos a la dieta de mi hijo (a).					
T						
E	Me siento más tranquila conversando con otras mamás, sobre el proceso normal y gradual de incorporación de alimentos en la dieta de mi hijo (a).					
M						
3	Trato de participar en conversaciones con otras mamás donde uno aprende sobre las comidas que reciben los niños de acuerdo a su edad.					

I T E M 4	Reconozco dentro de la información que poseo cual es la que me permite preparar una alimentación saludable para mi hijo (a) y que está acorde al periodo del desarrollo en que se encuentra.					
	Me siento tranquila al buscar información que me permita preparar la alimentación que requiere mi hijo (a) de acuerdo a su edad.					
	Intento en la medida de lo posible buscar información que me permita preparar la alimentación que mi hijo (a) requiere de acuerdo a su edad.					
I T E M 5	Conozco el aporte nutricional de los alimentos que come mi hijo (a) en su consumo diario.					
	Me siento tranquila si sé qué contiene cada alimento que le entrego a mi hijo (a).					
	Procuro preparar una cena equilibrada a mi hijo (a), según las necesidades de su edad.					
I T E M 6	Reconozco cuáles son los alimentos y la cantidad de éstos que mi hijo (a) debe consumir de acuerdo a los meses de edad que tiene.					
	Me gusta preocuparme por dar la cantidad de comida adecuada a mi hijo (a), de acuerdo a su edad.					
	Mido la cantidad de comida que le sirvo a mi hijo (a) para asegurarme que esté acorde a sus necesidades.					
2- Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos		No / Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuente	Sí / Siempre
I T E M 7	He aprendido, a partir de la experiencia con mi mamá y otras mamás, formas variadas para preparar el alimento de mi hijo(a).					
	Me da seguridad cuando le preparo a mi hijo (a) alimentos que he aprendido de otras mamás.					
	Trato de variar la alimentación de mi hijo (a) usando recetas que me han dado otras mamás.					
3- Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil		No / Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuente	Sí / Siempre
I T E M 8	Reconozco las ventajas de mantener una alimentación equilibrada en mi hijo (a).					
	Me siento confiada al conocer variadas recetas saludables que le puedo cocinar a mi hijo (a), con el fin de prevenir futuras enfermedades.					
	Intento diariamente cocinar de la forma más saludable posible, para prevenir enfermedades asociadas a la alimentación de mi hijo (a).					
I T	Conozco que las golosinas que les doy a mi hijo (a), puede ser una de las causas de la obesidad infantil.					

E M 9	Me siento tranquila cuando no le doy golosinas a mi hijo (a), porque de este modo cuido su alimentación y prevengo la obesidad.					
	Intento no darle golosinas a mi hijo (a), aún cuando él me pida y sus amigos estén consumiéndolas.					
I T E	Me informo y reconozco (por las noticias, leyendo el diario, etc.) que las cifras de obesidad han aumentado en nuestro país.					
M 1	Me preocupa que mi hijo (a) forme parte de la cifra de niños que hoy tienen obesidad infantil en Chile.					
0	Procuramos comer todos los integrantes de la casa, de una forma saludable, para así evitar la obesidad en mi familia.					
4- Actitud hacia el Rol del Sistema de Salud		No / Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuen- temente	Sí / Siempre
I T E	Considero importante participar en los controles de mi hijo (a), ya que es una instancia en que puedo conversar con el profesional de salud acerca de la alimentación de mi hijo (a).					
M 1	Me siento a gusto participando de los controles de niño sano y conversando con quien atiende a mi hijo (a), acerca de la alimentación de mi hijo (a).					
1	Intento en la medida de lo posible asistir a todos los controles de atención de mi hijo, para estar al tanto de su estado nutricional.					
I T E	Si noto un cambio en la rutina alimentaria de mi hijo (a), considero importante como forma de prevención, solicitar lo antes posible una hora de atención para el (ella).					
M 1	Si noto cambios el apetito de mi hijo (a) me siento tranquila intentando prevenir alguna complicación futura, visitando al profesional de la salud lo antes posible.					
2	Trato de pedir una hora con el profesional de salud que corresponda, para que evalúe el estado nutricional de mi hijo y prevenir futuras enfermedades, como la obesidad.					
I T E M	Considero que si mi madre tiene una opinión respecto de la alimentación de mi hijo, conversaría con el profesional de la salud para poder evaluar ambas opiniones.					
1 3	Me da seguridad compartir opiniones, entre lo que dice mi madre y el profesional de salud, respecto de la alimentación que debe recibir mi hijo (a).					
	Hago lo posible por compatibilizar la opinión del profesional de salud y de mi madre respecto de la alimentación de mi hijo (a).					

5- Actitud frente al Conocimiento tradicional sobre la alimentación infantil.		No / Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuen- temente	Sí / Siempre
I	Cuando mi hijo (a) llora, luego de darle la cena, considero que puede ser por una razón distinta al hambre.					
T						
E	Me siento tranquila cuando he alimentado lo suficiente a mi hijo(a). Si llora, reconozco que no se debe a la falta de alimentación.					
M						
1	Intento buscar otras opciones para explicar y calmar el llanto de mi hijo (a), teniendo en cuenta que cuando ha sido alimentado, no es esta la razón de su molestia.					
4						
I	Creo que si a mi mamá le funcionó su forma de alimentarme, también puede funcionar con mi hijo (a).					
T						
E	Confío en que los conocimientos que me entrego mi madre, son suficientes para darle una buena alimentación a mi hijo (a).					
M						
1						
5	Preferiría darle a mi hijo (a) los alimentos que mi madre me dice o los que ella me dio a mí, independiente de lo que otras personas me digan.					

10.5 ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Valparaíso, Noviembre 2013

Usted ha sido invitado (a) a participar en una investigación que tiene por objetivo el aportar al sistema de APS con un instrumento que le permita focalizar sus esfuerzos en materia de prevención y promoción de estilos de alimentación saludable en población infantil.

Su participación, si usted está de acuerdo, consiste en responder el cuestionario que a continuación se presenta.

Su participación no tiene riesgos físicos, sociales o psicológicos para usted. Sus datos personales no serán requeridos o de serlo sólo serán conocidos por el equipo de investigación. La información recabada sólo será utilizada en beneficio del estudio señalado y que en ningún caso irá en perjuicio del participante o de su familia. Además se señala que el negarse a participar no ocasiona perjuicio alguno para el entrevistado.

Firma del participante

Cualquier duda o comentario favor enviar un correo electrónico a seminarioalimentacion13@gmail.com

10.6 ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quilpué, Diciembre 2013

Yo _____ RUT _____, tengo conocimiento de que he sido invitado (a) a participar en una investigación, que tiene por objetivo el aportar al sistema de Atención Primaria de Salud, con un instrumento que le permita focalizar sus esfuerzos en materia de prevención y promoción de estilos de alimentación saludable en población infantil.

Mi participación consiste en responder el cuestionario que a continuación se presenta. Lo cual, no tiene riesgos físicos, sociales o psicológicos. Mis datos personales no serán requeridos o de serlo sólo serán conocidos por el equipo de investigación. He sido informado de que la información recabada sólo será utilizada en beneficio del estudio señalado (en ningún caso irá en perjuicio del participante o de su familia) y que el negarse a participar no ocasiona perjuicio alguno para el entrevistado.

Firma del participante

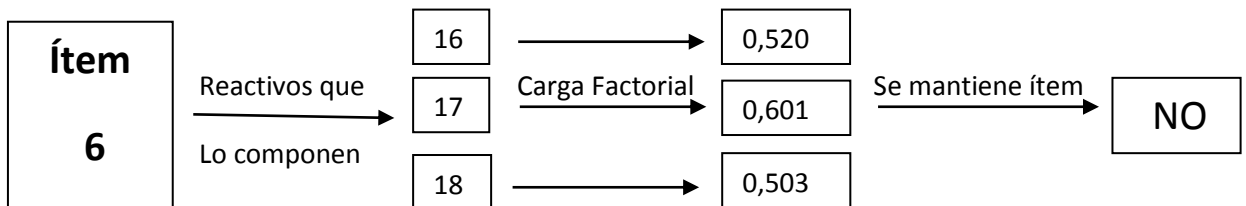
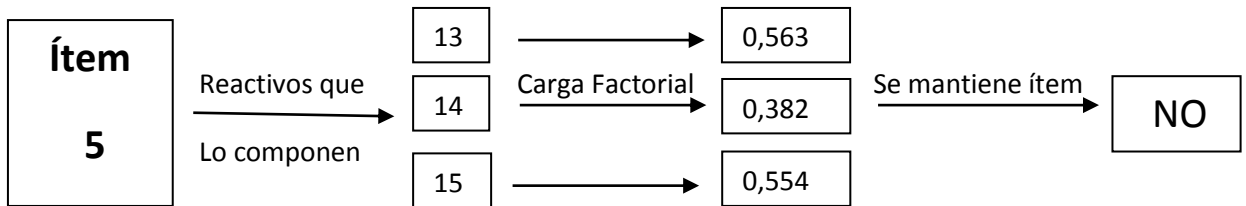
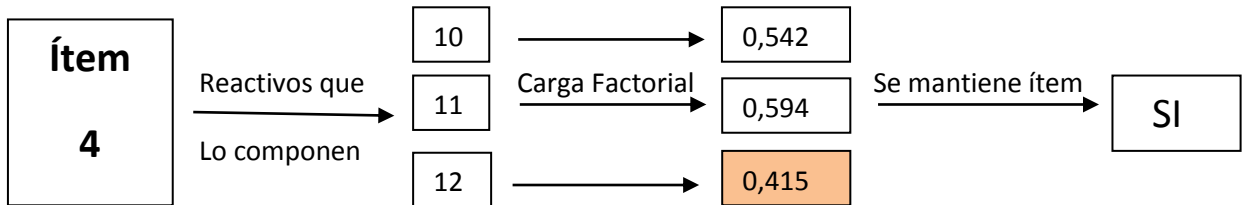
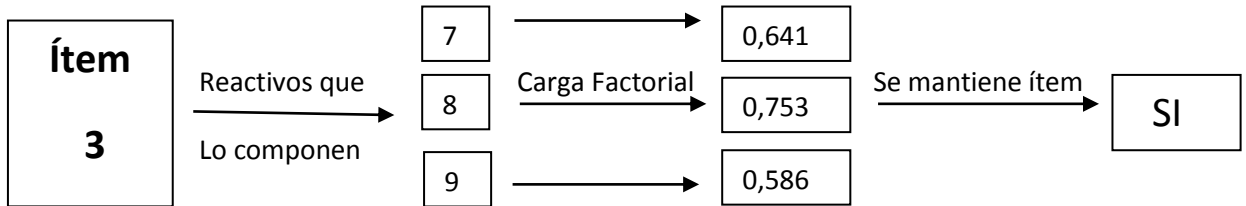
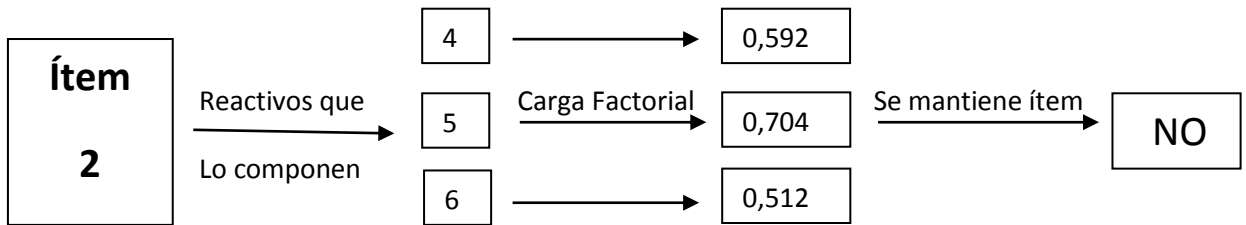
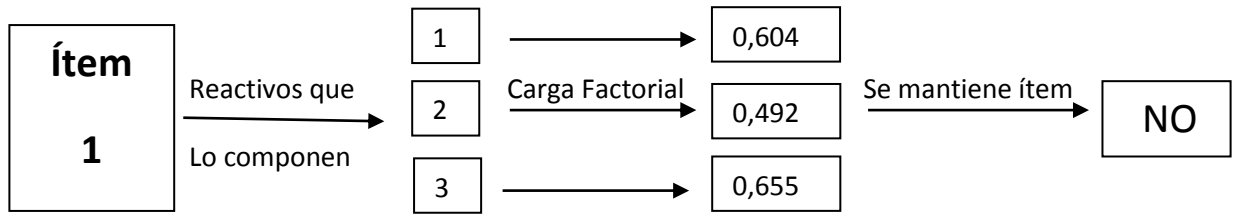
Cualquier duda o comentario favor enviar un correo electrónico a seminarioalimentacion13@gmail.com

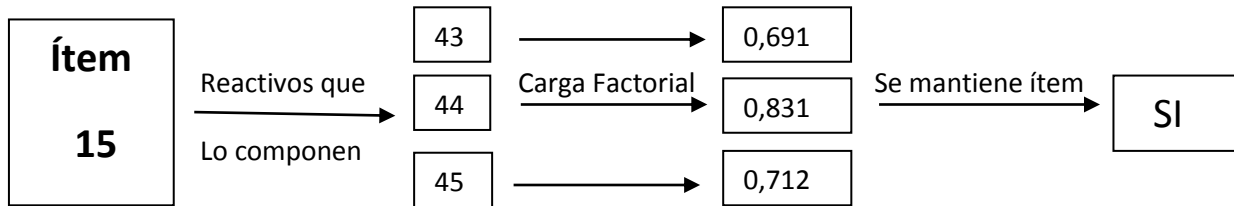
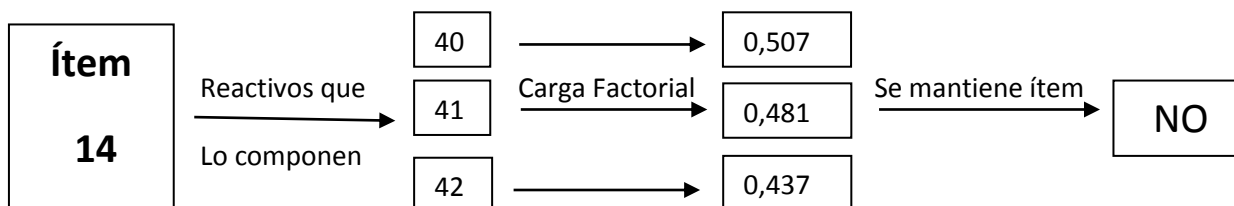
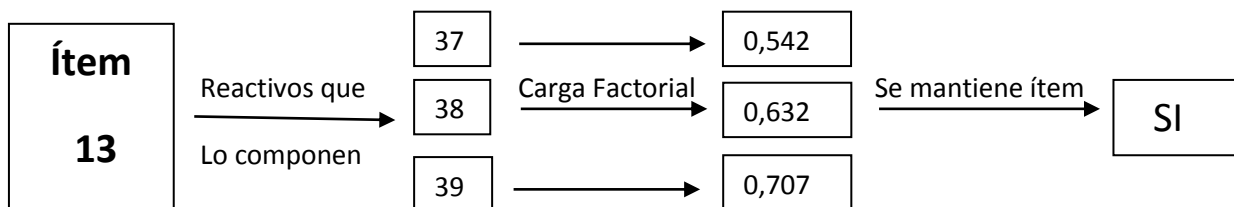
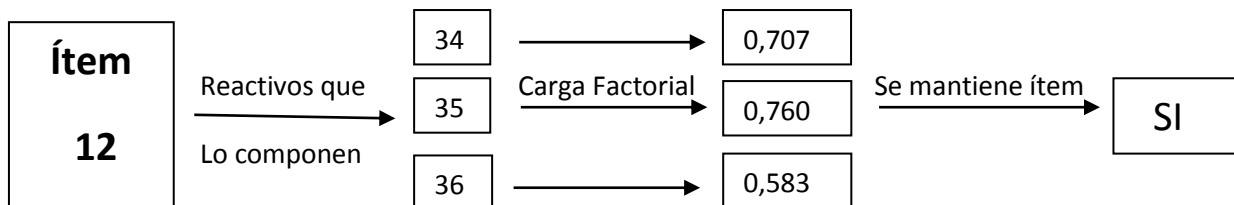
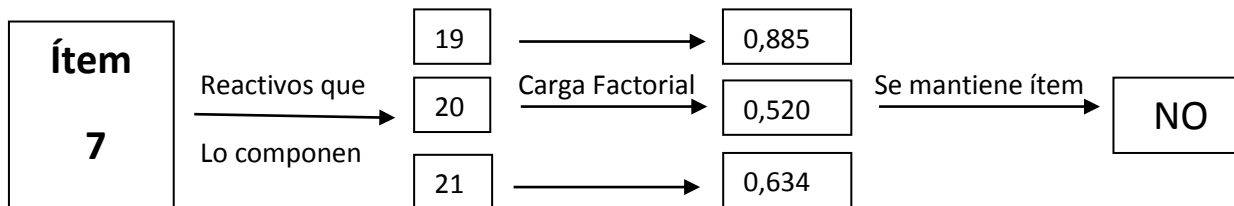
10.7 ANEXO 7

Varianza Total Explicada;
sin Rotar

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,931	17,972	17,972	5,557	16,839	16,839
2	3,705	11,226	29,198	3,257	9,869	26,708
3	2,602	7,884	37,082	2,186	6,625	33,332
4	2,077	6,293	43,375	1,597	4,839	38,172
5	1,761	5,337	48,712	1,301	3,944	42,116
6	1,57	4,757	53,468	1,136	3,444	45,559
7	1,361	4,123	57,591	0,825	2,501	48,061
8	1,297	3,931	61,522	0,817	2,476	50,537
9	1,096	3,32	64,842	0,691	2,094	52,631
10	1,044	3,162	68,005	0,636	1,926	54,557
11	0,956	2,898	70,903			
12	0,914	2,77	73,672			
13	0,811	2,457	76,129			
14	0,761	2,306	78,435			
15	0,665	2,016	80,451			
16	0,63	1,908	82,359			
17	0,591	1,79	84,149			
18	0,57	1,727	85,876			
19	0,548	1,662	87,538			
20	0,503	1,525	89,062			
21	0,451	1,366	90,428			
22	0,403	1,222	91,651			
23	0,362	1,098	92,748			
24	0,337	1,02	93,769			
25	0,329	0,997	94,766			
26	0,305	0,924	95,689			
27	0,288	0,872	96,561			
28	0,251	0,761	97,323			
29	0,212	0,643	97,966			
30	0,202	0,612	98,578			
31	0,179	0,544	99,122			
32	0,161	0,488	99,61			
33	0,129	0,39	100			

10.8 ANEXO 8





10.9 ANEXO 9

CUESTIONARIO ACTITUDES DE MADRES HACIA LA ALIMENTACIÓN INFANTIL SALUDABLE

Nombre de quien responde el cuestionario:

Consultorio en el que se atiende su hijo (a):

Edad de su hijo:

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de situaciones, pensamientos o experiencias que pueden ser usuales para usted en relación a la alimentación de su hijo (a). 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.

Prácticas Transgeneracionales		No / Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Sí / Siempre
I T E M 1	Creo que si a mi mamá le funcionó su forma de alimentarme, también puede funcionar con mi hijo (a).					
	Confío en que los conocimientos que me entrego mi madre, son suficientes para darle una buena alimentación a mi hijo (a).					
	Preferiría darle a mi hijo (a) los alimentos que mi madre me dice o los que ella me dio a mí, independiente de lo que otras personas me digan.					
Conocimiento Intersubjetivo de las Etapas del Desarrollo		No / Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Sí / Siempre
I T E M 2	Manejo información proveniente de otras mamás, sobre el proceso normal y gradual de incorporación de alimentos a la dieta de mi hijo (a).					
	Me siento más tranquila conversando con otras mamás, sobre el proceso normal y gradual de incorporación de alimentos en la dieta de mi hijo (a).					
	Trato de participar en conversaciones con otras mamás donde uno aprende sobre las comidas que reciben los niños de acuerdo a su edad.					
Rol del Sistema de Salud		No / Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Sí / Siempre

I T E M 3	Si noto un cambio en la rutina alimentaria de mi hijo (a), considero importante como forma de prevención, solicitar lo antes posible una hora de atención para el (ella).					
	Si noto cambios el apetito de mi hijo (a) me siento tranquila intentando prevenir alguna complicación futura, visitando al profesional de la salud lo antes posible.					
	Trato de pedir una hora con el profesional de salud que corresponda, para que evalúe el estado nutricional de mi hijo y prevenir futuras enfermedades, como la obesidad.					
Integración Opinión Modelo Medico y Conocimiento Matriarcal				Algun as veces	Frecue nteme nte	Sí / Siemp re
I T E M 4	Considero que si mi madre tiene una opinión respecto de la alimentación de mi hijo, conversaría con el profesional de la salud para poder evaluar ambas opiniones.					
	Me da seguridad compartir opiniones, entre lo que dice mi madre y el profesional de salud, respecto de la alimentación que debe recibir mi hijo (a).					
	Hago lo posible por compatibilizar la opinión del profesional de salud y de mi madre respecto de la alimentación de mi hijo (a).					
Información Nutricional		No / Nunca	Rara- mente	Algun as veces	Frecue nteme nte	Sí / Siemp re
I T E M 5	Reconozco dentro de la información que poseo cual es la que me permite preparar una alimentación saludable para mi hijo (a) y que está acorde al periodo del desarrollo en que se encuentra.					
	Me siento tranquila al buscar información que me permita preparar la alimentación que requiere mi hijo (a) de acuerdo a su edad.					
	Intento en la medida de lo posible buscar información que me permita preparar la alimentación que mi hijo (a) requiere de acuerdo a su edad.					

10.10 ANEXO 10

Nombre Cuestionario Screening	Cuadro o temática que explora	Número preguntas
AUDIT	Consumo Alcohol	10
Cuestionario de Actividades Instrumentales en Alzheimer	Alzheimer	11
Escala de Goldberg	Ansiedad- Depresión	9 y 9
Escala Hamilton	Ansiedad- Depresión	14
WAST	Violencia Intrafamiliar	2
Escala de Plutchick	Suicidio	15
Yesavage	Depresión geriátrica	5 y 15
Inventario Texas (revisado de duelo)	Duelo	21