



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**“INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE ACTITUDES HACIA LA
ALIMENTACIÓN INFANTIL SALUDABLE: ANÁLISIS DE VALIDEZ
CONCURRENTE”**

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

PROFESORA GUÍA

PS. CLAUDIA CALDERÓN FLANDES

POR

AGUSTINA BASTÍAS SOLIS

ELIZABETH CASAS-CORDERO PÁEZ

LORENA OLEA CASTRO

DANIELA PULGAR CARRASCO

VALPARAÍSO, ENERO 2015

A mis padres y hermanas por su apoyo incondicional y su fe constante en mí.

A mi Cristóbal por estar siempre ahí, aun en los momentos difíciles.

Agustina B.

A mis padres y amigos que han estado presentes a lo largo de este camino.

A Esteban por su amor y apoyo incondicional.

Elizabeth C.

A mi madre por ser mi pilar fundamental,
por su amor y motivación en este proceso,

Gracias.

Lorena O.

Con profundo amor y agradecimiento a mis padres y hermanas,
que me han apoyado de forma incondicional.

Daniela P.

AGRADECIMIENTOS

Queremos extender nuestros agradecimientos a todos aquellos que hicieron posible esta investigación.

A Mary Bustos V. y a Carola Cacciuttolo J., docentes de la carrera de Educación Parvularia de la Universidad de Valparaíso, por su buena disposición y por la entrega de los primeros contactos para comenzar nuestro seminario de título.

A los jardines y/o salas cunas: Rayen, Mi Club, Manuel Bulnes, Mis Colores, Nuevo Amanecer, Florentina, Ducky's Garden, Mio Bambino, Tía Marcela, Manitos de Colores, Minilandia y Snoopy, por permitirnos llegar a las personas participantes de nuestro estudio.

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

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

A la profesora Ps. Claudia Calderón F., por guiarnos en este proceso.

A Ximena Ceballos S., docente de la carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad de Valparaíso, y a Daniela Almarza P., estudiante de cuarto año de Nutrición y Dietética de la misma institución, quienes nos apoyaron en los temas nutricionales que se incluyeron en este estudio.

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

ÍNDICE

ANTECEDENTES

1.1 Sobre peso y Obesidad	Pág. 9
1.1.1 Obesidad infantil en Chile	Pág. 13
1.2 Instrumento de Evaluación en Psicología	Pág. 16

MARCO TEÓRICO

2.1 Actitudes	Pág. 18
2.2 Desarrollo Psicométrico de Instrumentos de Medición Psicológica	Pág. 19
2.2.1 Validez	Pág. 20
2.2.2 Confiabilidad	Pág. 24
2.3 Evolución del Instrumento	Pág. 26
2.3.1 Comprensión de categorías que conforman el instrumento	Pág. 27
2.3.2 Ítems del instrumento	Pág. 30

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

3.1 Planteamiento del Problema	Pág. 35
3.2 Justificación de la Investigación	Pág. 35
3.3 Objetivos de la Investigación	Pág. 36
3.3.1 Objetivo General	Pág. 36
3.3.2 Objetivos Específicos	Pág. 36

METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio	Pág. 38
4.2 Población objetivo	Pág. 38
4.3 Indicadores nutricionales externos	Pág. 39
4.3.1 Estado nutricional	Pág. 39

4.3.2 Ingesta calórica	Pág. 45
4.4 Procedimientos	Pág. 46
4.4.1 Primer paso: Contactos	Pág. 46
4.4.2. Segundo paso: Contacto con jardines	Pág. 50
4.4.3. Tercer paso: Cuestionario de Actitudes	Pág. 52
4.4.4 Cuarto paso: Estado nutricional	Pág. 52
4.4.5 Quinto paso: Ingesta calórica	Pág. 53
ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS	
5.1. Análisis Muestra Total	Pág. 54
5.1.1. Estadística descriptiva en muestra total	Pág. 55
5.1.2. Análisis de correlación	Pág. 56
5.2. Análisis por Submuestras	Pág. 57
5.2.1. Estadística descriptiva submuestras	Pág. 58
5.2.1.1. Submuestra con diagnóstico “Normal”	Pág. 58
5.2.1.2. Submuestra con diagnóstico “Sobrepeso”	Pág. 59
5.2.2. Análisis de correlación	Pág. 60
5.2.2.1. Submuestra con diagnóstico “Normal”	Pág. 61
5.2.2.2. Submuestra con diagnóstico “Sobrepeso”	Pág. 61
5.3. Análisis de Distribución de Probabilidad de Submuestra “Normal” y Submuestra “Sobrepeso”	Pág. 62
5.4. Análisis Ad-Hoc	Pág. 64
5.4.1. Submuestra con diagnóstico “Normal”	Pág. 64
5.4.2. Submuestra con diagnóstico “Sobrepeso”	Pág. 65
CONCLUSIÓN	Pág. 67
DISCUSIÓN	Pág. 69

BIBLIOGRAFÍA	Pág. 73
---------------------	---------

ANEXOS	Pág. 77
---------------	---------

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de obesidad Infantil, según grupo de edad	Pág. 11
Figura 2. Peso para la edad. Niñas. Puntuación Z (6 meses a 2 años)	Pág. 40
Figura 3. Peso para la edad. Niños. Puntuación Z (6 meses a 2 años)	Pág. 41
Figura 4. Longitud para la edad. Niñas. Puntuación Z (6 meses a 2 años)	Pág. 42
Figura 5. Longitud para la edad. Niños. Puntuación Z (6 meses a 2 años)	Pág. 43
Figura 6. Peso para la longitud. Niñas. Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)	Pág. 44
Figura 7. Peso para la longitud. Niños. Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)	Pág. 45
Figura 8. Convenios Institucionales de la Carrera de Educación Parvularia con Jardines de Viña del Mar, Valparaíso, Quilpué y Villa Alemana	Pág. 49
Figura 9. Contactos de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué que no pertenecen a Convenios Institucionales de la Carrera de Educación Parvularia	Pág. 50
Figura 10. Gráfico de Comportamiento entre Instrumento Actitudes y Porcentaje Aumento de peso	Pág. 57
Figura 11. Gráfico de Comportamiento de Variables en Submuestra “Normal”	Pág. 61
Figura 12. Gráfico de Comportamiento de Variables en submuestra “Sobrepeso”	Pág. 62
Figura 13. Gráfico de Comportamiento de Indicadores en Submuestra “Normal”	Pág. 64
Figura 14. Gráfico de Comportamiento de Indicadores en Submuestra “Sobrepeso”	Pág. 65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Matriz de Factores Rotados	Pág. 22
Tabla 2. Requerimientos de Energía para Niños(as) Menores de 1 año Alimentados con Leche Materna y/o Fórmulas	Pág. 46
Tabla 3. Instituciones con quienes se concretó la toma de muestra	Pág. 53

Tabla 4. Estadística Descriptiva Muestra Total	Pág. 54
Tabla 5. Estadística Descriptiva Submuestra “Normal”	Pág. 57
Tabla 6. Estadística descriptiva de Submuestra “Sobrepeso”	Pág. 58
Tabla 7. Prueba t para Medias de Submuestras Emparejadas	Pág. 62

ANTECEDENTES

Para comprender de mejor forma la importancia de la creación y aplicación futura del “*Cuestionario Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable*”, es necesario darle un contexto en relación a la importancia que tiene este instrumento en la salud pública. Chile actualmente se encuentra en una situación crítica en los temas vinculados a la salud, como lo es el sobrepeso y la obesidad, es por ello que se hablará primeramente sobre esto, para luego dar paso a la importancia de la labor que ha tenido la Psicología en brindar instrumentos que sean psicométricamente confiables, válidos y fáciles de aplicar en el sistema público, con el objetivo de pesquisar e identificar grupos de riesgo, para generar estrategias preventivas de carácter focalizado que contribuyan al bienestar biopsicosocial de las personas.

1.1. Sobrepeso y Obesidad

La obesidad se ha convertido en un importante problema de salud pública en la mayor parte de los países, disminuyendo la esperanza de vida y generando altos costos sociales y económicos, pues representa un aumento de la pérdida de productividad, como también un alza de la demanda de servicios de salud.

El exceso de peso se define como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (OMS, 2012). La causa fundamental es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, convirtiéndose en un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles.

La tendencia ha sido creciente a nivel mundial, “estimándose que en el mundo existen 1,46 billones de personas con sobrepeso, de los cuales 502 millones son obesos” (Fundación Chile, 2012, p.7). En los últimos 30 años se ha presentado un aumento superior al 75% de casos, estimándose que en el 2015 habrá más de 700 millones de personas con obesidad (Atalah E. 2012, p.117).

La preocupación por el sobrepeso y la obesidad radica no sólo por sus efectos directos sobre la salud y calidad de vida de las personas, sino además por su fuerte asociación con las principales enfermedades no transmisibles de nuestro tiempo: enfermedades cardiovasculares, osteoarticulares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer.

Chile no escapa de esta realidad mundial, mostrando actualmente una prevalencia alta y creciente en todas las etapas de la vida. Se determina la existencia de 4 millones de personas obesas en el país, siendo la segunda causa de años perdidos por muerte o discapacidad prematura y la sexta causa de muerte a nivel nacional.

Diversos factores pueden explicar la actual situación nutricional de la población chilena, destacando importantes cambios demográficos, socioeconómicos, en hábitos alimentarios y actividad física en los últimos 20-30 años.

Un dato relevante al respecto es la disminución de la pobreza e indigencia. Las familias de menores recursos han mejorado la capacidad de adquirir alimentos con alta densidad energética, aunque sigue siendo insuficiente para lograr una alimentación saludable que incorpore la mayor parte de nutrientes que recomienda el Ministerio de Salud, pues no

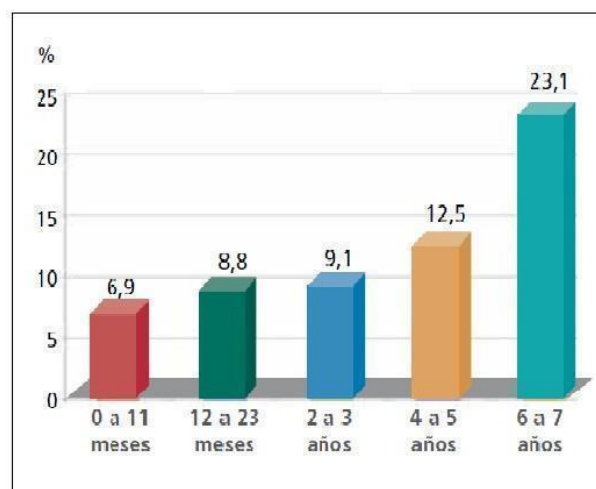
se trata sólo de la densidad energética que pueda brindar el alimento, sino más bien de las cualidades y el aporte nutricional que otorga éste a nuestro organismo.

Por otra parte, los estudios recientes demuestran que una gran cantidad de la población chilena es sedentaria; más del 80% de la población no realiza actividad física regular, lo que provoca un bajo gasto energético. Estas cifras aumentan en la población femenina y en personas de nivel socioeconómico bajo.

La población Infanto-juvenil no se aleja de estos datos estadísticos, posicionando a Chile como el sexto país con mayor población de este grupo etario con obesidad y sobrepeso, dentro de los países pertenecientes a la OCDE.

Respecto a esta población, desde los primeros meses de vida hasta los 3 años la prevalencia de obesidad se mantiene relativamente constante, posterior a esta edad se produce un aumento (Figura 1).

Figura 1. Prevalencia de obesidad Infantil, según grupo de edad.



Fuente: Ministerio de Salud (MINSAL); “Prevalencia de obesidad Infantil, según grupo de edad”; 2010. Atalah E. (2012) “Epidemiología de la obesidad en Chile”.

Según datos actuales del Ministerio de Salud, citado por Vio, F. (2013, p.1) se observa que el año 2012 la prevalencia nacional de obesidad fue de 10,3% en niños menores de 6 años.

Dentro de la lógica de la alimentación, Chile ha mejorado en relación a décadas pasadas con respecto a la desnutrición, pero esto no significa que se tenga todo resuelto en relación a la alimentación y nutrición de los chilenos. Sin embargo, es algo en lo que se trabaja constantemente desde las políticas públicas pues está estipulado como un derecho internacional a través de la consigna: “El derecho a la alimentación es un derecho humano reconocido en el derecho internacional que permite que las personas tengan acceso a una alimentación adecuada y a los recursos necesarios para tener en forma sostenible seguridad alimentaria” (FAO y ACNUDH. 2011, p. 6). FAO & ACNUDH (2011, p. 3) cita a Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N°12 (1999) “El derecho a una alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla”.

FAO & ACNUDH (2011) plantea que este derecho:

“...no es simplemente un derecho a una “ración mínima” de calorías, proteínas u otros elementos nutritivos concretos. Es un derecho a todos los elementos nutritivos que una persona necesita para vivir una vida sana y activa, y a los medios para tener acceso a ellos” (p. 3).

Por otro lado, el derecho a una alimentación adecuada considera que cuando ésta no contiene los nutrientes necesarios para el desarrollo físico y mental de la persona o cuando contiene una alta densidad de energía y escaso valor nutritivo, puede contribuir a la obesidad y otras enfermedades, es decir, se consideraría una alimentación inadecuada. FAO & ACNUDH (2011).

1.1.1. Obesidad infantil en Chile

En los primeros años de vida, los niños y niñas tienen una gran demanda nutricional, debido a su velocidad de crecimiento y porque necesitan defenderse de enfermedades del medio. En esta línea, las familias y cuidadores tienen la principal responsabilidad de garantizar que esta demanda nutricional sea saciada, por lo tanto, de ellos depende la selección y capacidad de suministrar alimento de manera adecuada, proporcionándoles una variada combinación. FAO & ACNUDH (2011).

Las formas de alimentarse, las preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están, en parte, condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil. Desde la incorporación de alimentos más sólidos, los niños y niñas se inician en la adquisición de hábitos alimenticios y es ahí donde los padres o cuidadores influyen al proporcionarles modelos de elección de alimentación a sus hijos e hijas, ya sea a través de tipo, cantidad y horarios. Por lo que muchas de las dinámicas familiares serían la causa principal de una alimentación inadecuada que podría llevar a la obesidad.

El sobrepeso y la obesidad son problemáticas de prevalencia creciente en los niños y niñas de nuestro país, cada vez aparece en edades más tempranas asociando esta enfermedad con una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Además de presentar estos riesgos futuros, los niños y niñas obesos sufren dificultades respiratorias, se incrementa el riesgo de fracturas e hipertensión y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos. OMS (2012).

En Chile, actualmente hay pocas iniciativas destinadas al diagnóstico precoz de la obesidad y sobrepeso infantil en el primer año de vida, aun cuando existe evidencia suficiente que demuestra que la prevención debe efectuarse en edades tempranas, pues existe una fuerte vinculación entre la obesidad infantil con el sobrepeso en la adultez. Muñoz G, et al. (2012)

Los programas actuales de salud y educación han sido bastante exitosos para controlar la desnutrición, pero estos deben reorientarse y focalizarse en relación al nuevo perfil epidemiológico del país, vinculado con el aumento de las tasas de obesidad en todas las edades, principalmente en los primeros años de vida de la población.

La única medida que lleva a cabo el gobierno chileno vinculada con la pesquisa de enfermedades o malnutrición en menores de un año es el “Control del niño Sano” o también llamado “Supervisión de Salud”, en la que se incluyen actividades destinadas a la prevención y tratamiento de enfermedades, además del acompañamiento y educación al niño o niña y su familia. En el “Control del niños Sano” participan padres, enfermeras y médicos pediatras/familiares, quienes interactúan con distintos profesionales de la salud.

Algunas de actividades que realiza el “Control del niño Sano”, que están vinculadas a la nutrición infantil son; prevención/detección/tratamiento de enfermedades, educación en salud y hábitos de vida saludable, exámenes físicos y screening.

Para complementar el “Control de niño sano” es necesaria la adecuada identificación de grupos de riesgo con el objetivo de poder predecir un acontecimiento futuro en un grupo determinado.

Según Rodríguez A. (1997):

El riesgo se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención (...) y se asocia a una (...) vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, como el resultado de un número de características interactuantes biológicas, genéticas, ambientales, sociales, económicas y otras, las que reunidas confieren un riesgo particular, ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro (p.2).

A través de la determinación de un grupo de riesgo, se podrán establecer las prioridades en salud y las necesidades de atención, permitiendo reorganizar los servicios de salud con la finalidad de mejorarlos para priorizar la atención de aquellos grupos que más la requieran.

Por lo tanto, resulta necesaria la contribución en la pesquisa para identificar en las familias, y principalmente en los cuidadores, las conductas que se traducen en una mala alimentación de los niños y niñas chilenos, por lo que el desarrollo de algún instrumento que pueda ser utilizado en el servicio público sería de gran ayuda a los profesionales de la salud.

La psicología resulta esencial para contribuir en el alcance de este objetivo a través de la creación de instrumentos de evaluación que identifiquen actitudes de las madres en la alimentación que les entregan a sus hijos e hijas. De manera que se logre prestar atención al grupo de riesgo que realmente la requiere y prevenir la obesidad en el futuro.

1.2. Instrumentos de Evaluación en Psicología

Los instrumentos de evaluación psicológica son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas. Su rol es evaluar constructos en Psicología que se infieren de un abanico de comportamientos obtenidos de estudios previos. Esta rama de la Psicología resulta esencial en la evaluación y detección temprana para la Atención Primaria en Salud (APS). Es decir, los instrumentos que pueda proporcionar la psicología desde sus análisis aportarán en el trabajo médico de enfermedades que se pretendan disminuir en el país, como es la Obesidad Infantil.

Carvajal A. et al (2011) describió lo siguiente:

Para garantizar la calidad de su medición es imprescindible que los instrumentos sean sometidos a un proceso de validación. Este proceso consiste en adaptar culturalmente un instrumento al medio donde se quiere administrar y comprobar sus características psicométricas como: confiabilidad, validez, sensibilidad y factibilidad (...) (p.63).

Estos criterios son una guía estándar para validar medidas en salud y significan un proceso continuo y dinámico que va adquiriendo más consistencia mientras más propiedades psicométricas se hayan medido en distintos sujetos, poblaciones y culturas. De tal manera,

estará evaluada la calidad de la medición del instrumento y éste podrá ser considerado y resultará una herramienta eficaz en la pesquisa y detección precoz de una tendencia específica.

Es por lo anterior, que la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso está desde el 2010 diseñando y re-diseñando un instrumento de actitudes de las madres hacia la alimentación infantil saludable. Bajo el supuesto que al identificar la presencia o ausencia de estas actitudes, se aportará en la identificación de grupos de riesgo, lo que a su vez, entregará información a los profesionales de APS para focalizar el trabajo preventivo centrado en la problemática de sobrepeso y obesidad.

En esta etapa del proceso de validación del instrumento, el objetivo de las investigadoras será evaluar validez concurrente y, de esta manera, contrastarlo con un criterio externo para evaluar si identifica grupos de riesgo en relación al sobrepeso.

Para entender la perspectiva de las investigadoras al crear el instrumento en cuestión es esencial comprender las propiedades del constructo de actitudes pues son éstas las que se encuentra a la base de la construcción de las categorías y reactivos que componen el instrumento, lo que se analiza en el apartado siguiente.

MARCO TEÓRICO

2.1. Actitudes

El estudio de las actitudes resulta de gran importancia para la psicología debido a que las conductas manifiestas tienen su base en lo actitudinal. A menudo las actitudes sirven como esquemas o marcos de referencia que influyen en las conductas que las personas tienen hacia otros objetos, personas o situaciones, y como en el caso de ésta investigación, las conductas de las madres de niños y niñas de 6 a 14 meses, referidas a una alimentación saludable.

El modelo actitudinal tricomponencial de Rosenberg y Hovland (1960) es el que da sustento teórico al instrumento mencionado. Según este modelo “las actitudes son predisposiciones a responder a alguna clase de estímulo con ciertas clases de respuesta. Estas clases de respuesta se especifican como afectivas (agrado o desagrado), cognitivas (creencias, opiniones) y conductuales (intenciones conductuales)” (Pérez R, et al., 1995, p. 297)

Considerar esta teoría es relevante, pues según Eagly & Chaiken (1993) citado por Llorens et al. (2000, p. 2) “conociendo las actitudes que manifiesta una persona hacia un objeto de actitud determinado, puede predecirse su conducta futura y promover el cambio de actitudes”. Es decir, si queremos identificar las actitudes de las madres hacia la alimentación saludable, debemos conocer las conductas, creencias y sentimientos que están a la base.

Para identificar las actitudes de las madres hacia la alimentación saludable, la teoría tricomponencial se debió operacionalizar en un instrumento que, para ser de utilidad, debe ser psicométricamente válido.

En el apartado siguiente se detallarán los fundamentos de la construcción de un instrumento psicométrico, para posteriormente, entregar una revisión de la evolución estadística del instrumento basado en el modelo tricomponencial de las actitudes, y de los objetivos que plantea la presente investigación.

2.2. Desarrollo Psicométrico de Instrumentos de Medición Psicológica

La psicometría según Nunnally (1987) consiste en reglas para la asignación de números a objetos en tal forma que representen cantidades de atributos. En psicología, medir es dar la magnitud de cierta propiedad o atributo, en otras palabras, convierte procesos dinámicos en variables que pueden medirse y así analizar dichos procesos. Por esta razón es que la psicología es considerada ciencia.

La medición psicométrica es una perspectiva teórica en donde se incluyen los paradigmas que tratan sobre las medidas en psicología encargándose de describirlas, categorizarlas, evaluar su utilidad y precisión, así como la búsqueda de nuevos métodos, teorías y modelos matemáticos que permitan la creación de mejores instrumentos de medición.

Por otro lado, también es una perspectiva práctica que se ocupa tanto de aportar instrumentos adecuados para conseguir buenas medidas, como del uso que se le da a los mismos. Estos instrumentos son los tests psicométricos, los que se distinguen por el uso de

lenguaje formal y estructurado de las matemáticas, es por esta razón que existen ciertos conceptos y pasos a seguir al momento de la construcción de un test.

2.2.1. Validez

Este concepto refiere a que el test mide lo que dice medir, es decir, que haga aquello para lo cual fue concebido. La validez de un test se define ya sea por medio del análisis de contenido de la prueba, la relación entre sus puntuaciones internamente o con alguna medida de criterio externo, o bien la extensión con la que la prueba mide un rasgo subyacente específico hipotético o “constructo”. Aiken (2003). De este modo, la validez puede expresarse mediante coeficiente de correlación, el cual debe oscilar entre 0.20 y 0.60.

Por otro lado, el tipo de validez a aplicar en un instrumento depende de la finalidad de dicho test, por esto hay distintos tipos:

- Validez aparente: se basa en la impresión subjetiva del examinador.
- Validez de contenido: tiene el objetivo de demostrar la representatividad de un conjunto de ítems para un dominio de contenido. Aiken (2003). Las normas principales para asegurar esto son; un conjunto representativo de ítems y el uso de métodos sensatos de construcción de test.

Para reflejar la validez de un instrumento se realiza el juicio de expertos y/o la correlación de los puntajes en diferentes test que midan similares variables.

Este tipo de validez fue el primer paso de evaluación del “Cuestionario de Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable”. Respecto a esto podemos mencionar que se realizó un juicio de expertos, el cual generó la eliminación de 3 ítems, quedando un cuestionario de 15 ítems (45 reactivos). Para finalizar el análisis de validez de contenido se construyó el

cuestionario piloto, el cual fue aplicado y sometido a un análisis factorial exploratorio a través de análisis factorial de extracción de ejes principales.

- Validez de constructo: es la traducción de términos teóricos a sucesos observables y medibles, para esto se tiene que especificar el dominio de los observables, determinar hasta qué punto todos o algunos de los observables se correlacionan entre sí y determinar si alguna o todas las medidas de tales variables actúan como si midieran el constructo.

Para poder evaluar este tipo de validez, Cronbach (1960) sugirió identificar las construcciones que pudieran explicar la ejecución en el instrumento, formular hipótesis comprobables a partir de la teoría que enmarca a cada construcción y recopilar datos para probar estas hipótesis.

El análisis de los datos recopilados se realiza a través de pruebas de correlación, tanto como entre los ítems que componen el test, como con otros test que hayan sido creados para evaluar un constructo similar al del test a prueba.

Respecto a este tipo de validez, el cuestionario en cuestión también fue sometido a evaluación a través de la rotación de los factores arrojados en el análisis factorial exploratorio realizado para evaluar la validez de contenido (Tabla 1).

Tabla 1: Matriz de Factores Rotados

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

Fuente: Calderón C, et al. (2014). *Seminario para optar al título de psicólogo y al grado académico de licenciado en psicología “Rediseño del instrumento piloto para la detección de actitudes hacia la alimentación infantil saludable de madres de niños de 6 a 12 meses.* (p. 35). Valparaíso. Universidad de Valparaíso.

Tras este análisis se eliminan diferentes ítems quedando el cuestionario con 6 ítems (18 reactivos).

- Validez con relación a criterio: es la evaluación de una prueba psicométrica a partir de relacionar puntajes o calificaciones con un criterio externo. De este tipo de validez se desprenden dos subdivisiones que dependen del tiempo en que se realice la evaluación del criterio externo.

- Validez predictiva: apunta al hecho de si una prueba o test puede predecir lo que debe. Este tipo de validez está limitada por la confiabilidad de las variables de predicción y de criterio. La correlación entre el predictor y la variable criterio generalmente no sobrepasa 0.60, por lo que se debe tener cuidado con las predicciones que se realicen a partir de los instrumentos que sean sometidos a este análisis.

- Validez concurrente: se emplea siempre que la prueba sea aplicada a personas clasificadas en varias categorías, como grupos de diagnóstico. Esto con el propósito de determinar si las puntuaciones en la prueba de las personas ubicadas en cierta categoría son significativamente diferentes a los de otra. Si la calificación promedio varía de forma sustancial entonces la prueba puede usarse como una forma de asignar a la gente en esa categoría. Aiken (2003). La evaluación de este tipo de validez se realiza a través del coeficiente de correlación de Pearson, el cual puede oscilar entre -1 y 1 (el signo dependerá de la dirección de la relación). Mientras más cercano a 0 menor será la validez, y mientras más cercano a 1 (sin tener en cuenta el signo), mayor es el grado de validez.

Es este tipo de validez, el que será motivo de estudio en esta investigación pues es el paso siguiente según los análisis realizados anteriormente en el “Cuestionario de Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable”.

2.2.2. Confiabilidad

Es el grado en que un procedimiento de medición entrega resultados consistentes, en otras palabras, al hacer dos veces la misma medición se esperará tener dos resultados diferentes, pero con una discrepancia mínima. La confiabilidad se corrobora a través del coeficiente de confiabilidad, el cual debe ser de 0.80 o mayor. Para esto existen distintas pruebas de confiabilidad, como las siguientes:

- Test re-test: Esta prueba de confiabilidad consiste en realizar dos mediciones a un determinado grupo en distintos momentos, con una brecha de tiempo considerable. Aiken (2003). Luego se correlacionan las dos mediciones, si es altamente positiva, es confiable.

- Test equivalente o paralelo: En esta prueba se realizan dos test similares para luego correlacionar los resultados, los cuales deben tener poca variación en los patrones de respuestas.

- Subdivisión o partición del test (Split halves): Para esta prueba se divide el test en dos partes con el fin de correlacionar los puntajes obtenidos en ambas y así determinar su confiabilidad. Aiken (2003).

- Métodos para estimar la homogeneidad interna: Esta prueba se realiza con la finalidad de observar la correlación promedio de los ítems a través del Alfa de Cronbach, cuyos valores oscilan entre 0 y 1. También se puede utilizar el coeficiente KR-20 (Kuder y Richardson), el cual tiene la misma interpretación del coeficiente alfa. El “Cuestionario de Actitudes de Madres hacia

la Alimentación Infantil Saludable” fue sometido a una prueba de consistencia interna utilizando el Alfa de Cronbach, cuyo valor fue 0.787, el cual aumentó a 0.798 al eliminar un ítem. Finalmente el cuestionario quedó con 5 ítems (15 reactivos).

Por otro lado los factores que podrían determinar la falta de confiabilidad son:

- Instrucciones deficientemente estandarizadas.
- Errores en la evaluación de los test.
- Errores debido a la subjetividad de la medición.
- Errores debido al ambiente en que se administra la prueba.
- Errores debido a la posibilidad de adivinación.
- Errores debido al muestreo de contenido.
- Errores debido a las fluctuaciones del individuo.
- Errores debido a la inestabilidad de los puntajes.

Luego de haber realizado una exhaustiva revisión de la teoría psicométrica, la cual le otorga un sustento a la presente investigación, es que se dará paso a conocer el “Cuestionario Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable” como tal, y a su evolución dentro de los aspectos técnicos de su construcción.

2.3. Evolución del Instrumento

El instrumento mencionado a lo largo de este seminario de título ha sido confeccionado en base a una lógica bastante rigurosa, enfocada principalmente en su futura aplicación en APS. Es por ello que ha pasado por varios procedimientos para otorgarle una base teórica sólida, con la confiabilidad y validación necesaria que respalde la seriedad en que ha sido construido. Este trabajo lleva aproximadamente 4 años de ejecución, durante los cuales ha pasado por varias etapas para ser construido, de modo tal que pueda ser aplicado por profesionales de la salud y ser comprendido por las personas a quienes se le aplicará. Esta rigurosidad también está enfocada en que la pesquisa del instrumento sea exitosa, para así poder identificar grupos de riesgo y realizar la intervención pertinente desde el sistema de salud. Identificar grupos de riesgo e intervenir a tiempo, permitirá que los niños y niñas se alejen de un futuro con posible sobrepeso u obesidad, lo que podría dificultar su salud contrayendo otras enfermedades o dificultades vinculadas con el estilo de alimentación no saludable.

En el inicio de esta investigación, Calderón et al. (2010) comenzaron a construir un instrumento piloto llamado “*Actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable*”, en el cual utilizaron como sustento teórico el “Modelo Tricomponencial de Actitudes” elaborado por Rosenberg y Hovland (1960). Al no existir investigaciones previas ni algún otro cuestionario referido al tema, la idea de este instrumento piloto fue abarcar todos los aspectos que podrían incidir en la temática central, por ende el cuestionario era bastante extenso y tedioso en su aplicación.

Luego, para el rediseño del instrumento piloto en el año 2014, se realizó una revisión de los componentes de la teoría a la base de esta investigación, y se decidió mantener este modelo

pero cambiar el componente conductual por “intención conductual”, con el fin de “generar mayor concordancia a nivel teórico-práctico, es decir, que exista un ajuste entre los ítems y la teoría de base.” (Calderón C, et al., 2014. p.23). Este cambio fue necesario debido a que se descubrió que los autores originales del modelo definían el componente conductual de las actitudes como “intención conductual”, y que en el inventario piloto se operacionalizó este componente como “conducta manifiesta”.

Adicionalmente, en ésta última revisión del instrumento se prioriza la disminución de la extensión del cuestionario. Como se verá a continuación en la evolución de la comprensión de las categorías que conforman el instrumento y de los ítems de este mismo, se pone en evidencia cómo fueron eliminando partes de este instrumento para hacerlo más amigable para las madres que lo responden y más aplicable en APS, pues se trabajó en que las preguntas fueran sencillas, de fácil comprensión y que se ajustaran a la población objetivo del cuestionario.

2.3.1. Comprensión de categorías que conforman el instrumento

Las dimensiones iniciales propuestas por Calderón C, et al., (2010) fueron: 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 frente al Conocimiento Tradicional sobre la Alimentación Infantil.

Dentro del análisis de confiabilidad que se hizo en este estudio por medio del “Alpha de Cronbach”, se eliminaron todos los ítems de la dimensión de “Actitudes hacia los Hábitos de Alimentación” por no aportar suficiente confiabilidad, es por ello que esta dimensión es eliminada del instrumento.

Posteriormente, en la investigación de Calderón C, et al., (2014) se mantuvieron las mismas categorías que quedaron luego de los análisis de confiabilidad, pero se realizó una redefinición de éstas con el fin de tener concordancia con los antecedentes presentados en el marco teórico y referencial. A partir de este momento, las categorías comienzan a ser entendidas de la siguiente manera:

1. Actitud hacia la información nutricional:

Calderón C, et al., (2014), define esta categoría 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. (p.21)

2. Actitud hacia la Incorporación, preparación y entrega de alimentos:

Calderón C, et al., (2014), propone que esta categoría:

(...) 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. (p.21)

3. Actitud hacia la obesidad y la obesidad Infantil:

Según Calderón C, et al., (2014), esta categoría:

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. (p.21-22)

4. Actitud hacia el rol del Sistema de Salud:

Según Calderón C, et al., 2014, esta categoría:

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. (p.22)

5. Actitud frente al conocimiento tradicional sobre la alimentación infantil:

Esta categoría, según Calderón C, et al., (2014):

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. (p.22)

En este mismo estudio, luego de analizar la Consistencia Interna del Instrumento con “Alpha de Cronbach”, se decide eliminar los ítems 8, 9, 10 y 11. Lo cual toma relevancia en este punto pues los ítems 8, 9 y 10 pertenecen a la categoría “Actitud hacia la Obesidad y la Obesidad Infantil” y, al ser eliminados, esta categoría queda sin ítems que la compongan, por ende es eliminada del cuestionario.

Finalmente, el instrumento queda compuesto por las siguientes categorías: Actitud hacia la Información Nutricional, Actitud hacia la Incorporación, Preparación y Entrega de Alimentos, Actitud hacia el rol del Sistema de Salud, y Actitud frente al Conocimiento Tradicional sobre la Alimentación Infantil. Cada una de ellas está compuesta por ciertos ítems, los que serán presentados en el apartado siguiente.

2.3.2. Ítems del instrumento

En un inicio, cuando Calderón C., et al. en el año 2010 decidieron comenzar la creación de un instrumento piloto sobre las “Actitudes de los Cuidadores hacia la Alimentación Saludable y no Saludable”, empezaron con un cuestionario constituido por 45 ítems los cuales, a su vez, estaban subdivididos en tres sentencias que apuntaban a la medición de cognición, afectividad y conducta del sujeto evaluado con respecto a la actitud que ese ítem pretendía medir, por ende el

instrumento inicial estaba conformado por 135 reactivos o preguntas. En ese proceso de investigación, al someterlo a pruebas de “Screening”, “Juicio de expertos” y “Alpha de Cronbach”, el instrumento final queda constituido por 21 ítems en total (63 reactivos). Como fue un proceso de construcción de un instrumento piloto, y los objetivos iniciales de las investigadoras eran de un carácter más amplio y descriptivo, la extensión del instrumento no era su prioridad, por lo que el instrumento inicial contó con un número de reactivos muy alto.

Como puede suponerse, fue necesario continuar eliminando ítems para que el instrumento pudiera ser aplicable y efectivo en APS, por eso, en el año 2014 se definió conceptualmente cada ítem existente con la finalidad de contar con un lineamiento de guía para la reestructuración del instrumento. Como se mencionó anteriormente, cada ítem cuenta con reactivos afectivos, cognitivos y conductuales, y es por eso que seguido de ello también se realizó la reestructuración de los reactivos anteriormente mencionados, considerando los antecedentes de teorías implícitas e intención conductual. Finalmente el cuestionario queda construido por un número de 18 ítems (54 reactivos).

Para la validación de contenido del instrumento se utilizó el método de “Juicio de Expertos” con la finalidad de mejorar la discriminación de los ítems. Luego de los aportes recibidos de tres expertas (Nutricionista, Psicóloga y Enfermera) por medio de éste método, se decide eliminar los ítems 8, 9 y 16 por no aportar nueva información al cuestionario, y se mejora la redacción en los ítems restantes para su mejor comprensión. En ésta fase el cuestionario queda constituido por 15 ítems (45 reactivos).

Seguidamente se realiza un “Focus Group” con madres de niños y niñas entre 6 y 12 meses para evaluar el grado de comprensión respecto de la semántica utilizada en la redacción

de los ítems. Se decide realizar una re-escritura del reactivo conductual del ítem 7, pues las madres concordaron en que éste no se entendía. En ésta fase no varía el número de ítems.

Posteriormente se aplicó el cuestionario, con los cambios realizados, en una muestra de 160 madres de niños y niñas entre 6 y 12 meses que se atendían en el Sistema de Salud Público. Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 17. Para analizar la Consistencia Interna del Instrumento se aplicó “Alpha de Cronbach”, el cual arrojó un coeficiente de 0.836. Con el fin de aumentar la Consistencia Interna del instrumento se eliminaron los ítems 8, 9, 10 y 11, con lo cual la consistencia interna alcanza un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.848. En ésta fase el cuestionario quedó conformado por 11 ítems (33 reactivos).

A continuación se realizó un Análisis de Validez de Contenido del Cuestionario mediante un Análisis Factorial Exploratorio. Como primer paso, y con el fin de conocer la estructura subyacente del cuestionario, se realizó un análisis factorial de extracción de ejes principales sin rotación, por medio del programa SPSS. Los resultados arrojaron una estructura factorial compuesta por 10 factores, explicando un 54.557% de la varianza total del instrumento. Como segundo paso, para facilitar la interpretación de la matriz de factores iniciales, se realizó una rotación Varimax, lo que dió como resultado una matriz de componentes rotados compuesta por 10 factores, que explican el 54.557% de la varianza, al igual que el anterior. “Con este método (...) se intenta minimizar el número de variables que tienen saturaciones altas en cada factor (Gorsuch, 1983)” (Calderón C, et al., 2014. p.34).

Del análisis factorial se rescata que solo algunos de los ítems se agruparon en tríadas afectivas - cognitivos - conductuales. Es por ello que siguiendo con la lógica de reducir la

extensión del cuestionario, para éste análisis se establecieron 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”. (Calderón C, et al., 2014. p.37).

“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 por Zamora, 2010. Se seleccionó un criterio de significancia de 0.425. Esto quiere decir que los reactivos con valores inferiores, se eliminarán.” (Calderón C, et al., 2014. p.37).

Estos criterios se consideraron no excluyentes, por lo tanto podían cumplirse ambos o solo uno de ellos. Al considerar estos estrictos criterios, se eliminó gran cantidad de ítems. Es por ello que al finalizar este proceso, el cuestionario queda constituido por un número de 6 ítems (18 reactivos).

Luego se somete al instrumento a una nueva prueba de consistencia interna. Los resultados arrojan un coeficiente de Alpha de Cronbach 0.787, y se descubre que al eliminar el reactivo 2 el coeficiente de Alpha de Cronbach aumenta a 0.798, por ende se decide eliminar el ítem 1 que es el que contenía este reactivo. Al finalizar éste análisis, el cuestionario queda compuesto por 5 ítems (15 reactivos).

Finalmente se realiza nuevamente un análisis de consistencia interna del instrumento de 5 ítems, el cual arroja un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.799. Al evidenciar que no se producen cambios significativos al eliminar alguno de los reactivos restantes, queda establecida

la configuración final del “Cuestionario de Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable”.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

3.1. Planteamiento del Problema

Para continuar los análisis ya mencionados y continuar el trabajo realizado en años anteriores, el instrumento debe pasar por un estudio de validez concurrente, lo que se debe llevar a cabo a través de la contrastación del cuestionario con indicadores externos referentes al ámbito nutricional en al menos dos instancias. Esta validez se podrá obtener por medio del Coeficiente de Pearson y de un análisis de distribución de probabilidad.

A través de esto se podría determinar si el instrumento logra identificar grupos de riesgo asociados a sobrepeso en niños y niñas de 6 a 14 meses.

3.2. Justificación de la Investigación

El trabajo que se ha estado realizando a lo largo de estos años tiene una importante relevancia social, principalmente vinculada a la salud y bienestar de niños y niñas de 6 a 14 meses de edad, pues permitiría a través de sus madres, reconocer aquellos grupos de riesgo vinculados al sobrepeso u obesidad infantil. Se considera importante pues son las madres las encargadas principales de brindar la alimentación, y con esto establecer los primeros hábitos alimenticios a los niños y niñas, lo que podría establecer ciertos patrones alimentarios que se mantendrían a lo largo de sus vidas.

Como se indicó en los antecedentes de esta investigación, el sobrepeso y la obesidad infantil en Chile ha devenido en un tema de gran preocupación debido a los altos índices de prevalencia asociados a la enfermedad en la población infantil. Pero esta preocupación no solo radica en los efectos más directos, sino también en la fuerte asociación de ésta con otras

enfermedades. Por otro lado, si esta enfermedad no es diagnosticada y controlada a edades tempranas, es posible que se arrastre a edades adultas en detrimento de la calidad de vida de las personas por las repercusiones que conlleva.

Lo que persigue esta investigación es continuar los análisis psicométricos realizados en estudios precedentes del instrumento de “Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable” por medio del análisis de validez concurrente, para permitir que este instrumento sea eficiente y efectivo en la pesquisa de sobrepeso en la población infantil.

3.3. Objetivos de la Investigación

3.3.1. Objetivo General

Establecer Validez Concurrente del instrumento "Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable" en relación a estado nutricional e ingesta calórica en niños y niñas de 6 a 14 meses.

3.3.2. Objetivos Específicos

- Correlacionar los resultados obtenidos en el instrumento "Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable" con estado nutricional, específicamente, con el porcentaje de aumento de peso.
- Correlacionar los resultados obtenidos en el instrumento "Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable" con indicadores de ingesta calórica en dos submuestras escogidas intencionalmente según diagnóstico nutricional.
- Realizar una distribución de probabilidad para comparar dos submuestras escogidas intencionalmente según diagnóstico nutricional, de acuerdo a

los resultados obtenidos en el instrumento “Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable”.

- Crear escala de percentiles con el fin de identificar grupos de riesgo si los análisis anteriores resultan favorables para el instrumento “Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable”.

METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Estudio

La presente investigación corresponde a un diseño cuantitativo no experimental, pues en este estudio no se construirá ninguna situación nueva, sino más bien se observará una situación ya existente. Además, es un estudio transeccional pues; “se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. (Hernández, et al., 2006. p.208). Como también es Correlacional pues “...describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables...” (Hernández, et al., 2006.p.213).

4.2. Población Objetivo

La población objetivo está constituida por madres y sus respectivos hijos e hijas que tengan entre 6 y 14 meses de edad, pertenecientes a Jardines Infantiles o por contactos personales de las investigadoras, que sean residentes de la V región de las ciudades de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué.

Esta muestra es no probabilística y de tipo no aleatorio, de acuerdo a la accesibilidad de las investigadoras.

Se utilizarán 60 díadas madres-hijo/hija. El cuestionario y las medidas nutricionales fueron obtenidas durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre.

4.3. Indicadores Nutricionales Externos

A continuación se detallan de manera precisa los indicadores a utilizar en la presente investigación con el fin de tener una comprensión previa y entender así el proceder de las investigadoras en la recolección de datos y el posterior análisis de los resultados.

4.3.1. Estado nutricional

Las nutricionistas encargadas de este procedimiento realizarán la medición de la longitud y el peso para conseguir el Estado Nutricional de los niños y niñas que se hagan partícipes de este estudio. Se escogió esta medida debido a que según la investigación que se ha realizado y lo sugerido por la nutricionista Ximena Ceballos, es la mejor forma de saber si los individuos tienen un desarrollo adecuado para su edad a partir de su longitud y peso, pues la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado curvas de crecimiento en las que se establece cómo deben crecer los niños y niñas (con lactancia materna) de cualquier cultura, etnia, clase social, etc.

Se utiliza el peso y la longitud para construir los índices antropométricos (Antropometría es definida según (UNICEF, 2012) como: “es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo”), que son combinaciones de medidas, pues una medición aislada no tiene significado a menos que se relacione con la longitud, la edad, o el sexo de un individuo.

Para calcular el estado nutricional de los niños y niñas de este estudio, se utilizaron los siguientes índices básicos:

- Peso para la Edad (P/E): (UNICEF, 2012) lo define como aquel que: “Refleja la masa corporal alcanzada en relación a la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso relativo.”.

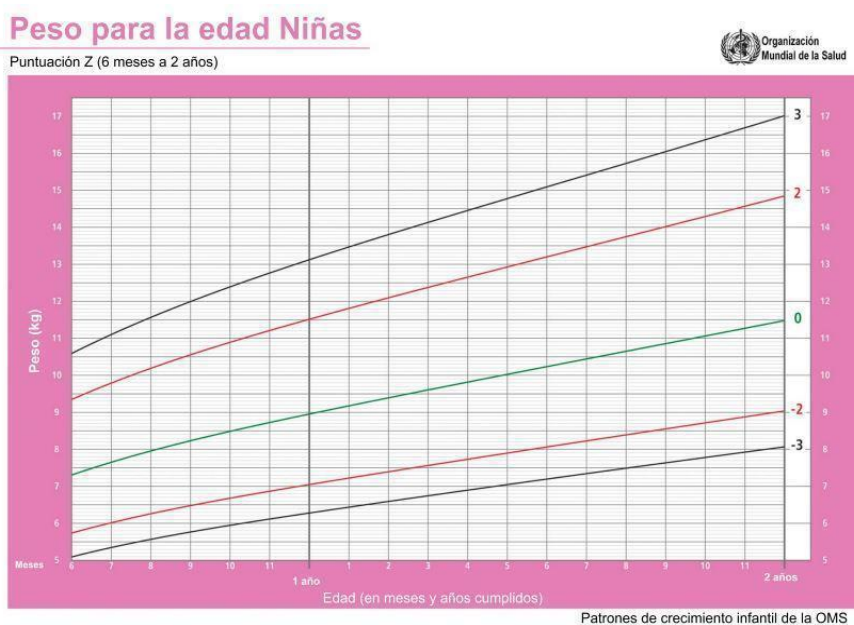
Para interpretar la información recogida, se ubica este índice en la curva de patrón de crecimiento de peso para la edad (Figura 2 y Figura 3), y se determina en qué rango se encuentra el individuo:

- Alto peso: Mayor o igual a $z+2$
- Peso adecuado: Mayor a $z-1.5$ y menor a $z+2$
- Alerta bajo peso: Menor o igual a $z-1.5$ y $z-2$. El alerta es un niño en

la categoría de adecuado, pero que debe recibir controles más frecuentes para evaluar la tendencia.

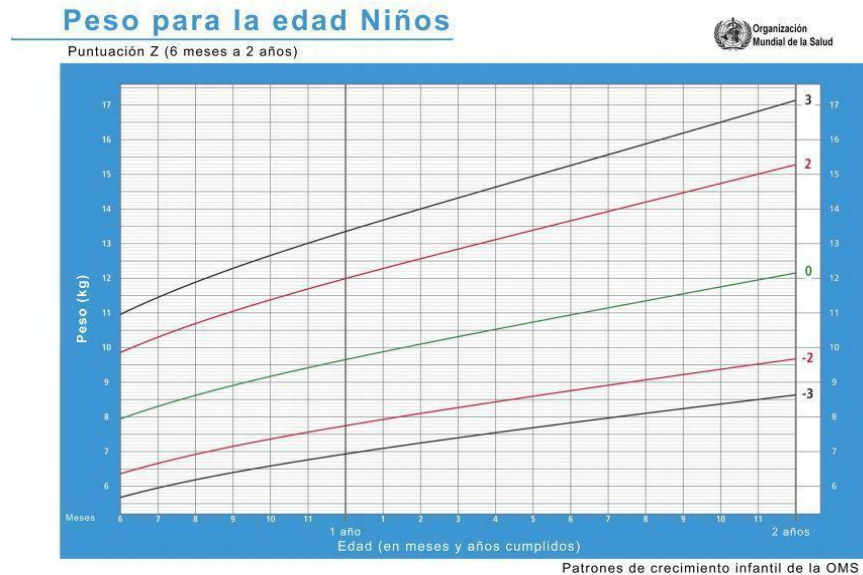
- Bajo peso: Menor o igual a $z-3$

Figura 2. Peso para la edad. Niñas. Puntuación Z (6 meses a 2 años).



Fuente: OMS; “Peso para la edad Niñas”; 2014. OMS. (2014). “Patrones de Crecimiento Infantil”.

Figura 3. Peso para la edad. Niños. Puntuación Z (6 meses a 2 años).



Fuente: OMS; “Peso para la edad Niños”; 2014. OMS. (2014). “Patrones de Crecimiento Infantil”.

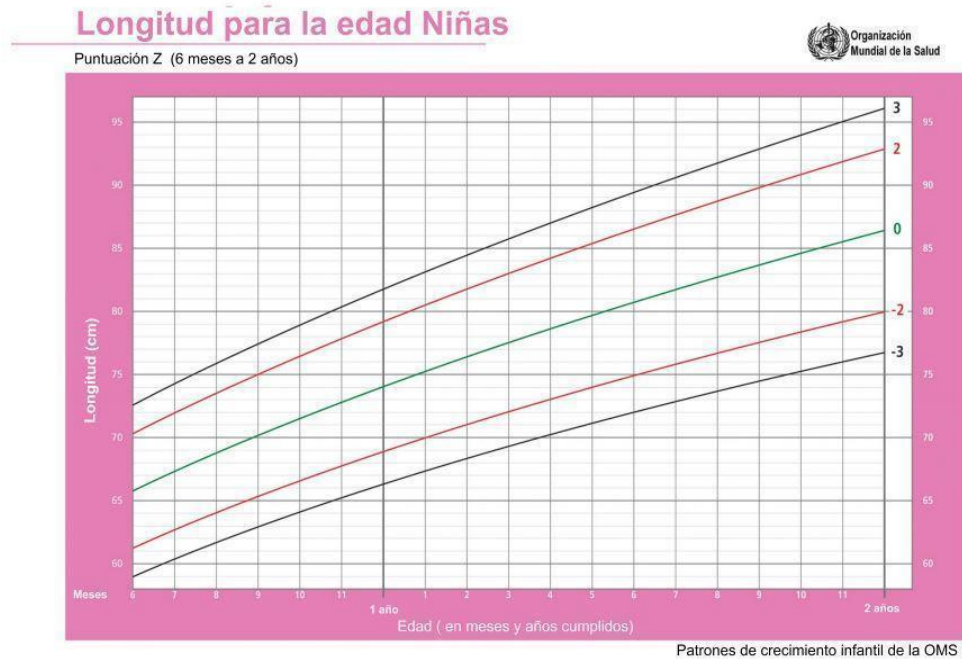
- Longitud para la edad (L/E): La define (UNICEF, 2012) como aquel que: “Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits. Se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo.”.

Para interpretar la información recogida, se ubica este índice en la curva de patrón de crecimiento de longitud para la edad (Figura 4 y Figura 5), y se determina en qué rango se encuentra el individuo:

- Talla alta: Mayor o igual (\geq) a $z+2$
- Talla adecuada: Entre $z-1.5$ y $z+2$
- Talla alerta: Entre menor o igual (\leq) a $z-1.5$ y mayor a $z-2$

- Talla baja: Menor o igual a z-2 y mayor a z-3
- Talla muy baja: Igual o menor a z-3

Figura 4. Longitud para la edad. Niñas. Puntuación Z (6 meses a 2 años).



Fuente: OMS; “Longitud para la edad Niñas”; 2014. OMS. (2014). “Patrones de Crecimiento Infantil”.

Figura 5. Longitud para la edad. Niños. Puntuación Z (6 meses a 2 años).



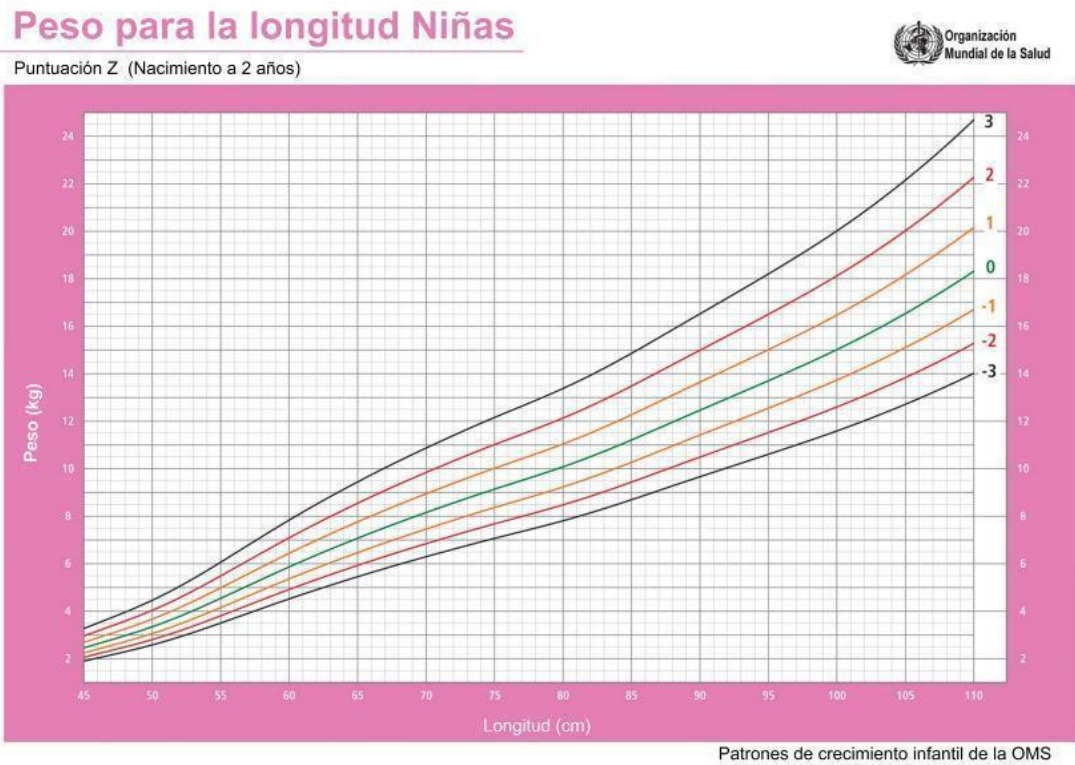
Fuente: OMS; “Longitud para la edad Niños”; 2014. OMS. (2014). “Patrones de Crecimiento Infantil”.

- Peso para la longitud (P/L): Es definido por (UNICEF, 2012) como aquel que: *“Refleja el peso relativo para una talla dada y define la probabilidad de la masa corporal, independiente de la edad. Un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición y alto de sobrepeso y obesidad.”*

Para interpretar la información recogida, se ubica este índice en la curva de patrón de crecimiento de peso para la longitud (Figura 6 y Figura 7), y se determina en qué rango se encuentra el individuo.

- Desnutridos: Menor a z-2
- Óptimo: Entre menor o igual (\leq) a z+2 y mayor o igual (\geq) a z-2
- Sobrepeso: Mayor a z+2

Figura 6. Peso para la longitud. Niñas. Puntuación Z (Nacimiento a 2 años).

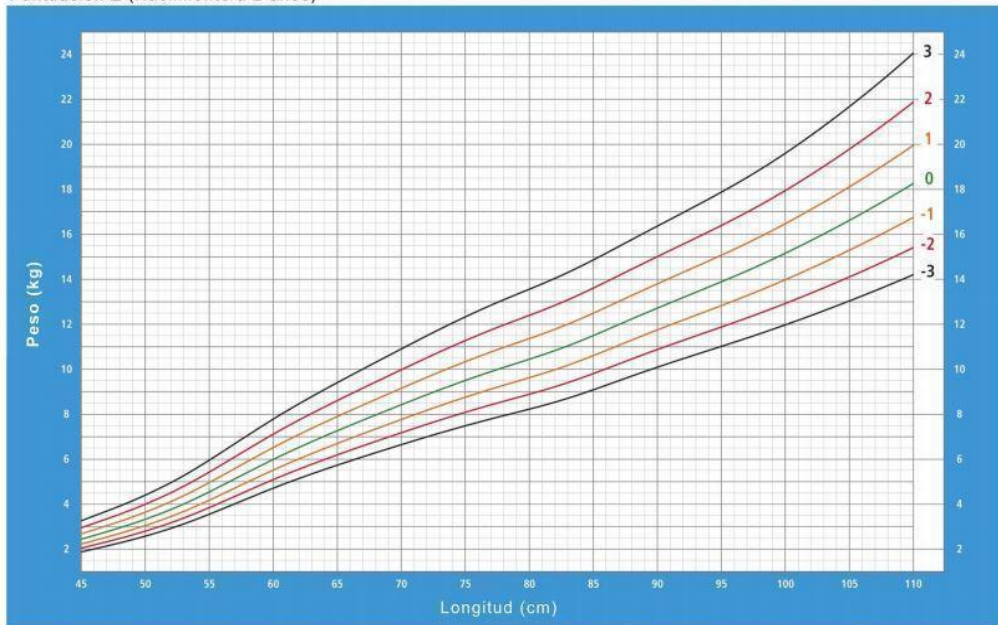


Fuente: OMS; “Peso para la longitud Niñas”; 2014. OMS. (2014). “Patrones de Crecimiento Infantil”

Figura 7. Peso para la longitud. Niños. Puntuación Z (Nacimiento a 2 años).

Peso para la longitud Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: OMS; “Peso para la longitud Niños”; 2014. OMS. (2014). “Patrones de Crecimiento Infantil”.

4.3.1. Ingesta calórica

Las nutricionistas realizaron una encuesta de “Recordatorio 24 horas” a las madres de los niños y niñas participantes de este estudio. Esta encuesta “se basa en un interrogatorio muy detallado sobre el consumo de alimentos del día anterior.” (Urteaga C, Pinheiro A, 2003, p.2). Algunas de las ventajas de esta encuesta son que tiene un tiempo de administración breve, que el encuestado no necesita saber leer ni escribir, y que se basa únicamente en la memoria. Sin embargo también existen desventajas, algunas de las cuales son que se tiende a subvalorar las ingestas, que es difícil calcular el tamaño de las porciones, y que se necesita entrevistadores expertos.

Esta encuesta se realiza con el fin de obtener una información más detallada de la alimentación que están recibiendo los niños y niñas en su hogar, y calcular el aporte de calorías, macronutrientes (proteínas, lípidos y carbohidratos) y nutrientes críticos según la edad del niño o niña. Para evitar el sesgo que aparecería al realizar las mediciones en un día de semana, debido a que todos los niños y niñas comen de acuerdo a las minutas que entrega la JUNJI o el mismo jardín, los datos fueron recogidos un día lunes, por ende las 24 horas corresponden al día domingo cuando los niños y niñas son alimentados por sus madres.

Para determinar si los niños y niñas participantes están teniendo una alimentación dentro de los rangos adecuados, se acepta que su ingesta calórica se encuentre dentro del 90% y el 110% de lo establecido para los individuos de su edad en la Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años (2005).

Tabla 2. Requerimientos de Energía para Niños(as) Menores de 1 año Alimentados con Leche Materna y/o Fórmulas.

EDAD MESES	PESO ¹ (Kg)		ENERGIA ² (Kcal/Kg./día)	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
0 – 1	4,4	4,2	113	107
1 – 2	5,3	4,9	104	101
2 – 3	6,0	5,5	95	94
3 – 4	6,7	6,1	82	84
4 – 5	7,3	6,7	81	82
5 – 6	7,9	7,2	81	81
6 - 7	8,4	7,7	79	78
7 – 8	8,9	8,1	79	78
8 – 9	9,3	8,5	79	78
9 – 10	9,7	8,9	80	79
10 – 11	10	9,2	80	79
11 – 12	10,3	9,5	81	79

¹ Mediana de peso para la edad, datos obtenidos del NCHS. Diciembre 2002.

² FAO/OMS/UNU. Reporte Final de Energía 2004

Fuente: Dpto. de Nutrición y Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud de Chile (2005). *Guía de Alimentación del Niño(a) menor de 2 años. Guías de Alimentación hasta la Adolescencia* (p.54). Chile.

El propósito de la realización del Recordatorio 24 horas en este estudio es obtener el Porcentaje de Ingesta Calórica de los participantes como indicador externo del “Cuestionario de Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable”.

4.4. Procedimientos

Se realizó un estudio de validez concurrente del instrumento, la cual se analizó por medio del coeficiente de correlación de Pearson, el que determinó el grado de relación entre las medidas del instrumento en cuestión y los indicadores nutricionales externos (ingesta calórica y porcentaje de incremento de peso).

Para complementar lo anterior, se realizó un análisis a partir de la distribución de probabilidad de dos submuestras establecidas con el propósito de identificar diferencias entre ambas. Estos análisis se realizaron con ayuda del software Excel 2013.

A continuación se presentan los pasos prácticos realizados para acceder a los datos necesarios con lo que se efectuó el análisis de validez de este estudio.

4.4.1. Primer paso: Contactos profesionales

Primeramente se realizó el contacto con la Jefa de Carrera de Educación Parvularia, Mary Bustos, con el propósito de hacer un nexo con diversos jardines infantiles de la V región (Viña del Mar, Valparaíso, Quilpué y Villa Alemana) para acceder a la muestra y obtener los datos necesarios para el estudio. Se recibió una lista con algunos contactos de jardines infantiles que podrían participar en el estudio ya que tenían un convenio de antemano con la Universidad.

Figura 8. Convenios Institucionales de la Carrera de Educación Parvularia con Jardines de Viña del Mar, Valparaíso, Quilpué y Villa Alemana.

DEPENDENCIA	CENTRO DE PRÁCTICA	DIRECCIÓN	DIRECTORA	TELEFONO	CONTACTO
VTF	Luna	Calle Ferrari, 845, Cerro Florida Valparaíso	Carolyn Aranda	2256143	carolyn_aranda@hotmail.com
	La Providencia	Rodríguez Alfaro 975, Valparaíso	Gissella Belza	2490071	gissellabelza@hotmail.com
	Conejito Blanco	Calle Chiloe, 1918 - Sector Almendral, Valparaíso	Lilian Cavalcanti	2217841	lilian_cavalcanti@uv.cl
	Valle del Sol	Subcaseaux 1750 Quilpué.	Marcela Cisternas	3171380	mcisternas@cmia.cl
	Siete Enanitos	Calle Maule s/n Villa Arauco, El Olivar, Viña del Mar.	Valeska González	2842815	jardines7enanitos@hotmail.com
	Sala Cuna María del Puerto Claro	Pasaje Quinta Nº 28, Valparaíso.	Jennifer Torres	2157292	dafela_20@hotmail.com
INTEGRA	Rayén	Calle Cinco 1111 Sector Rocuant Alto Valparaíso.	Romina Sivori	2376899	5.rayen@fundacion.integra.cl
PARTICULARES	Mi Club	Quilota 156, Viña del Mar	Carmen Gloria Marin	2115589	jardinmiclub@gmail.com
	Personitas	Villa Cosmo Pasaje 1 # 267 Paradero 11 1/2 de Villa Alemana Villa Alemana	Claudia Vásquez	2947616	jardinpersonitas@gmail.com
	Girotondo	Calle Cuatro Oriente 431 Viña del Mar	Carolina González	3178996	jardingirotondo.direccion@gmail.com

Seguidamente se hizo el contacto con la nutricionista Ximena Ceballos Sánchez, parte del Cuerpo Académico de la Universidad de Valparaíso. Esto con el fin de buscar soporte teórico acerca de los indicadores nutricionales de la investigación y de aportar con profesionales en formación del área para realizar las mediciones nutricionales que eran necesarias. Así es como se contactó a Daniela Almarza, estudiante de cuarto año de Nutrición y Dietética de la Universidad de Valparaíso, quien se hizo cargo de realizar las mediciones

de Ingesta Calórica y del Estado Nutricional, en supervisión de la profesional anteriormente mencionada.

4.4.2. Segundo paso: Contacto con jardines

En primer lugar, se contactó a las instituciones recomendadas por la Jefa de Carrera de Educación Parvularia, de las cuales sólo se lograron concretar mediciones en dos de ellas por diversos motivos relacionados a su disponibilidad.

Se contactó además a una gran cantidad de jardines de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, que no se encontraban dentro de los contactos la Jefa de Carrera de Educación Parvularia.

Figura 9. Contactos de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué que no pertenecen a Convenios Institucionales de la Carrera de Educación Parvularia.

Sala Cuna Niños del Sol	Jardín Poly Kay
Jardín Los Enanitos	Jardín Ave Fénix
Jardín y Sala Cuna Plin Plin Serafín	Jardín Licarayén
Jardín Manitos de Colores	Jardín Pasitos
Jardín Josefinapina	Jardín Infantil Kunga
Jardín Snoopy	Jardín Mi Pequeño Club
Jardín Paraíso	Jardín Manuel Bulnes
Jardín Mio Bambino	Jardín Mis Colores
Jardín Mundo de Bajitos	Jardín Pimboli
Jardín Florentina	Jardín Vitamina
Jardín Charlie Brown	Jardín Hormiguitas

Jardín Kids Garden	Jardín L'arc en Ciel
Jardín El Rincón del Sapo Sopito	Jardín Ducky's Garden
Jardín Tía Marcela	Jardín Las Lomitas
Jardín Rinconcito de Luz	Jardín Minilandia
Jardín Fantasía de Colores	Jardín Infantil Semillita
Jardín Florida	Jardín Libertador Bernardo O'Higgins

De los jardines contactados en la segunda oportunidad, sólo se concretaron mediciones en diez de ellos por diversos motivos relacionados a su disponibilidad y política interna.

Por otra parte, se enviaron cartas vía e-mail a Fundación Integra y al organismo estatal JUNJI, con el fin de que desde estas grandes instituciones se diera el permiso a los jardines que están dentro de su jurisdicción para realizar mediciones nutricionales a los niños y niñas que pertenecen a ellos, sin embargo no se recibió respuesta de ninguna de éstas (Anexo 9.1).

En los jardines en que se concretaron las mediciones actitudinales y nutricionales, se debió efectuar una breve explicación del estudio a realizar, y los objetivos de éste, a las educadoras de párvulo a cargo de la sala cuna y/o a la directora del jardín infantil. Asimismo, se les entregó una comunicación dirigida a las madres de los niños y niñas que eran candidatos por encontrarse dentro del rango etario de interés para esta investigación. Junto a esto, se les adjuntó el consentimiento informado y el “Cuestionario de Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable”, con la finalidad de que el día en que se realizara la medición nutricional se tuviera claridad de cuáles eran los niños y niñas autorizados por

sus madres para ser medidos, y que el cuestionario estuviese contestado (Anexo 9.2, Anexo 9.3).

Finalmente se contactó a cuatro madres de niños y niñas entre 6 y 14 meses que no asisten a jardín, madres a las que se les llevó el consentimiento informado y el cuestionario para ser respondido mientras medían a su hijo o hija. Por lo que el total de la muestra de esta investigación resultó de 60 diadas madre-hijo/hija.

4.4.3. Tercer paso: Cuestionario de Actitudes

Se aplicó el cuestionario a madres de niños y niñas entre 6 a 14 meses, quienes son residentes de las ciudades de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué.

Cada madre partícipe de esta investigación respondió el “Cuestionario actitudes de madres hacia la alimentación infantil saludable” (Anexo 9.4), que se ocupa de revisar si ellas tienen actitudes más o menos favorables frente a la alimentación infantil saludable, lo que se observa mediante los componentes afectivos, cognitivos y conductuales que están a la base de este cuestionario.

4.4.4 Cuarto paso: Estado nutricional

La nutricionista en formación encargada de este procedimiento realizó la medición de la longitud y el peso para conseguir el Estado nutricional de los niños y niñas partícipes de este estudio.

Para calcular el estado nutricional de los niños y niñas, se utilizaron los siguientes índices: Peso para la edad (P/E), Longitud para la edad (L/E), y Peso para la longitud (P/L), lo cual nos entregó un diagnóstico nutricional integrado de acuerdo a las categorías:

Desnutrición, Riesgo de Desnutrición, Normal, Sobrepeso y Obesidad. Al mismo tiempo, nos entregó el Porcentaje de Incremento de Peso de cada niño y niña.

4.4.5 Quinto paso: Ingesta calórica

Finalmente, de la muestra total se seleccionó una submuestra de niños y niñas que se encuentren con un diagnóstico nutricional “Normal” (6 sujetos) y “Sobrepeso” (6 sujetos) para realizar la encuesta de “Recordatorio 24 horas”. Este cuestionario pretendió obtener información del día domingo, en donde era la madre la encargada de proporcionar y preparar las comidas del niño o niña.

ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

5.1. Análisis Muestra Total

Las instituciones en las cuales fueron tomadas las medidas nutricionales y aplicados los cuestionarios forman parte de la V región, específicamente de las zonas de Valparaíso (26.7%), Viña del Mar (38.3%) y Quilpué (35%).

Según los datos obtenidos, la mayor parte de la muestra asiste al Jardín Mio Bambino (15%), Jardín Mis Colores (11.7%) y Jardín Manitos de Colores (11.7%).

La frecuencia de niñas y niños junto a sus madres que fueron medidas y respondieron el cuestionario respectivamente, se expresa en la siguiente tabla:

Tabla 3. Instituciones con quienes se concretó la toma de muestra.

Institución	N° de niños y niñas
Jardín Rayen	5
Jardín Mi Club	2
Jardín Manuel Bulnes	3
Jardín Mis Colores	7
Jardín Nuevo Amanecer	2
Jardín Florentina	4
Jardín Ducky's Garden	6
Jardín Mio Bambino	9
Jardín Tía Marcela	2
Jardín Manitos de Colores	7
Jardín Minilandia	5

Jardín Snoopy	4
Otros	4
Total	60

De acuerdo a las edades, se observó una media aritmética de 10 meses, con una moda correspondiente a los 12 meses de edad y una mediana de 10. La desviación estándar es de 2.3 por lo que se puede hablar de una muestra homogénea.

5.1.1. Estadística descriptiva en muestra total

Con el objetivo de caracterizar la muestra total de 60 sujetos, se presentan los datos descriptivos del “Cuestionario de Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable” (Instrumento Actitudes) y Estado Nutricional (Porcentaje de Aumento de Peso) (Tabla 4).

Tabla 4. Estadística Descriptiva Muestra Total.

	Instrumento de Actitudes	% de Aumento Peso
Media	38,63333333	112,7288333
Error típico	0,863564635	2,486883048
Mediana	39	112,3
Moda	36	#N/A
Desviación estándar	6,689142902	19,26331326
Varianza de la muestra	44,74463277	371,0752376
Curtosis	-0,316790546	4,13632581
Coefficiente de asimetría	0,18481758	1,190277465

Rango	30	116,1
Mínimo	24	77,8
Máximo	54	193,9
Suma	2318	6763,73
Cuenta	60	60

Se observa en los resultados del Cuestionario de Actitudes en la muestra total, los datos concentrados entre los valores 31.9 y 45.3, entendiéndose poca variabilidad en estos mismos.

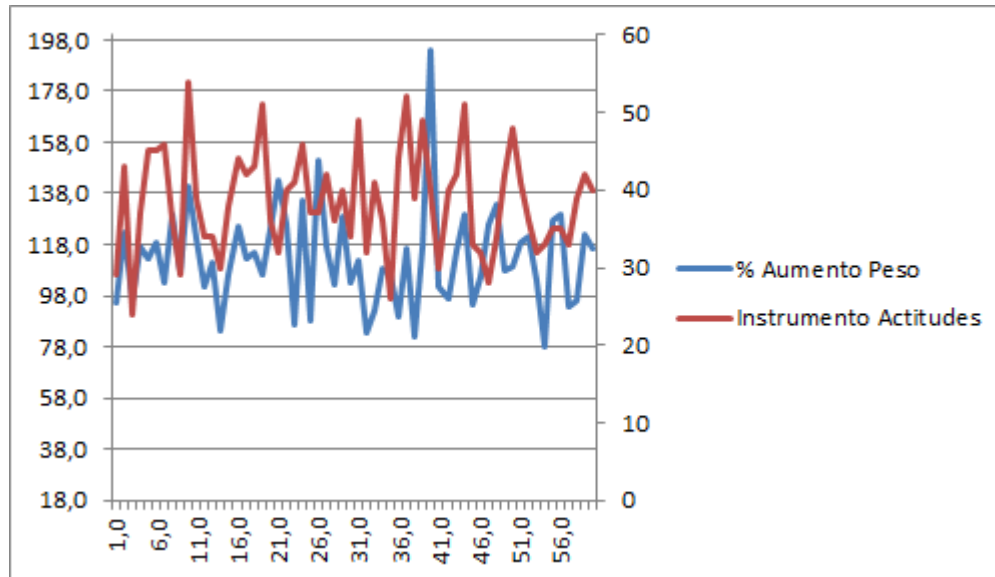
Por otra parte, las observaciones de Porcentaje Aumento de Peso se agrupan entre los valores 93.5 y 131.9, lo que confirma la homogeneidad de la muestra.

5.1.2. Análisis de correlación

Con el objetivo de hallar relaciones entre el “Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación Infantil Saludable” y el Porcentaje de Aumento de Peso de los niñas y niños estudiados, se realizó una Correlación a través del Coeficiente de correlación de Pearson (Figura 10).

Se esperaba observar una relación con dirección inversamente proporcional entre ambas variables para estimar que mientras más altos fuesen los puntajes en el “Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación Infantil Saludable”, menor fuese el Porcentaje de Aumento de peso de los sujetos.

Figura 10. Gráfico de Comportamiento entre Instrumento Actitudes y Porcentaje Aumento de peso.



Según la Figura 10 existe una relación directamente proporcional entre ambas variables con un $r=0.25$. Lo que se interpreta como una correlación positiva que no tiene significación estadística y por lo tanto no se observa lo esperado a priori.

5.2. Análisis por Submuestras

Con el propósito de realizar un análisis exhaustivo del “Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación Infantil Saludable” con respecto a su validez concurrente, se decide considerar un segundo indicador nutricional que sería la Ingesta Calórica que se obtiene a través del Recordatorio 24 horas.

A través del Diagnóstico Nutricional que resultó de la evaluación realizada por la nutricionista (peso para la edad, longitud para la edad y peso para la longitud) se obtuvieron

dos submuestra conformadas por 6 sujetos cada una y distinguidas según diagnóstico nutricional “Normal” o “Sobrepeso”.

5.2.1. Estadística descriptiva submuestras

5.2.1.1. Submuestra con diagnóstico “Normal”

Tabla 5. Estadística Descriptiva Submuestra “Normal”.

	Instrumento Actitudes	% Ingesta Calórica
Media	41	125,78333333
Error típico	2,50333111406915	12,43348749
Mediana	42,5	135,45
Moda	#N/A	#N/A
Desviación estándar	6,13188388670236	30,45570007
Varianza de la muestra	37,6	927,5496667
Curtosis	2,244511091	-1,828169379
Coefficiente de asimetría	-1,249138863	-0,631085524
Rango	18	69,9
Mínimo	30	87,4
Máximo	48	157,3
Suma	246	754,7
Cuenta	6	6

En los resultados del Instrumento de Actitudes en la submuestra con diagnóstico nutricional “Normal”, se observan los datos concentrados en los valores 34.8 y 47.1,

entendiéndose poca variabilidad en estos mismos. Al comparar esto con la concentración de valores que se halló en la submuestra total no se observan mayores diferencias.

Por otra parte, las observaciones de Porcentaje Ingesta Calórica se agrupan en los valores entre 95.3 y 156.2, lo que confirma la homogeneidad en esta submuestra.

5.2.1.2. Submuestra con diagnóstico “Sobrepeso”

Tabla 6. Estadística descriptiva de Submuestra “Sobrepeso”.

	Instrumento de Actitudes	% Ingesta Calórica
Media	43	119,98333333333333 3
Error típico	3,16227766016838	15,9213780112708
Mediana	42,5	112,25
Moda	#N/A	#N/A
Desviación estándar	7,74596669241483	38,9992521295814
Varianza de la muestra	60	1520,9416666666666
Curtosis	-1,389666666666667	-1,2957040600732
Coefficiente de asimetría	0,294346734311764	0,53028629137295
Rango	20	99,1
Mínimo	34	77,2
Máximo	54	176,3
Suma	258	719,9
Cuenta	6	6

En los resultados del Instrumento de Actitudes en la submuestra con diagnóstico nutricional “Sobrepeso”, se observan los datos concentrados en los valores 35.3 y 50.7, entendiéndose poca variabilidad en estos mismos. Al comparar esto con la concentración de valores que se halló en la submuestra total no se observan mayores diferencias.

Por otra parte, las observaciones de Porcentaje Ingesta Calórica se agrupan en los valores entre 80.9 y 158.9, lo que significa que existe mayor variabilidad en esta submuestra que en la con diagnóstico “Normal”.

5.2.2. Análisis de correlación

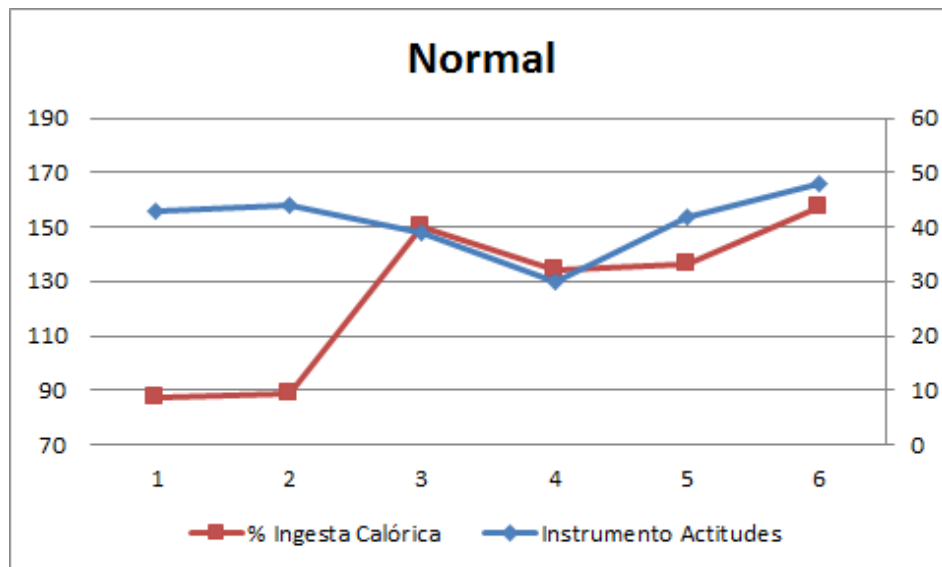
Según la distinción por diagnóstico nutricional, se espera observar en cada submuestra:

- Submuestra “Normal”: se hipotetiza encontrar una relación con dirección inversamente proporcional entre las variables Instrumento de Actitudes y Porcentaje de Ingesta Calórica. Y al mismo tiempo, que los valores del Porcentaje de Ingesta Calórica se ubiquen en el rango de 90-110, lo que se considera una ingesta adecuada.
- Submuestra “Sobrepeso”: se hipotetiza encontrar una relación con dirección inversamente proporcional entre las variables Instrumento de Actitudes y Porcentaje de Ingesta Calórica. Y al mismo tiempo, que los valores del Porcentaje de Ingesta Calórica se ubiquen fuera de los rangos 90-110, lo que se considera una ingesta inadecuada.

5.2.2.1. Submuestra con diagnóstico “Normal”

El Coeficiente de Correlación de Pearson que se obtuvo entre ambas variables fue de $r=-0.1$. Esto nos habla de una correlación inversamente proporcional pero que no es estadísticamente significativa, por lo tanto, no se observa lo planteado en la hipótesis inicial.

Figura 11. Gráfico de Comportamiento de Variables en Submuestra “Normal”



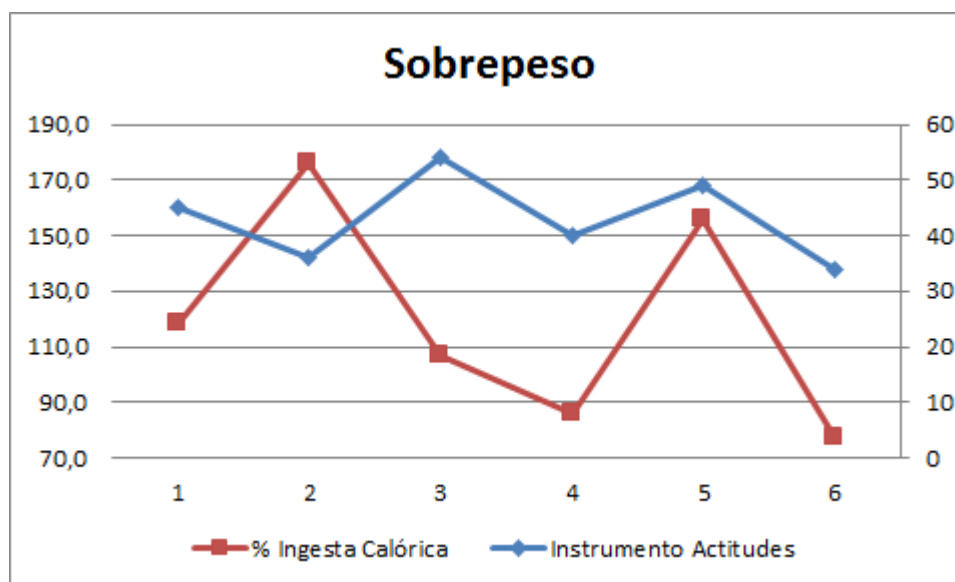
En la Figura 11 se observa que aun cuando los puntajes en el Instrumento de Actitudes son altos para los sujetos con diagnóstico nutricional “Normal”, no existe coincidencia con su Ingesta Calórica, la que no se ubica en los rangos adecuados (90-110) en ninguno de los casos.

5.3.2.2. Submuestra con diagnóstico “Sobrepeso”

El Coeficiente de Correlación de Pearson que se obtuvo entre ambas variables fue de $r=0.1$. Esto nos habla de una correlación directamente proporcional y bastante baja, por lo

tanto, no resulta estadísticamente significativa. No se observa lo planteado en la hipótesis inicial.

Figura 12. Gráfico de Comportamiento de Variables en submuestra “Sobrepeso”



En la Figura 12 se observa que los puntajes en el Instrumento de Actitudes son altos para los sujetos, lo que no era de predecir.

Por otra parte, en general los sujetos puntúan fuera de los rangos de una ingesta calórica adecuada (90-110) lo que se esperaba que ocurriera según lo expresado anteriormente.

5.3. Análisis de Distribución de Probabilidad de Submuestra “Normal” y Submuestra “Sobrepeso”

Con el objetivo de identificar diferencias entre las dos submuestras seleccionadas y, así, estimar si el comportamiento observado en éstas se puede extrapolar a la población, se realizó un análisis de diferencia de promedio entre la submuestra con diagnóstico “Normal”

y la submuestra con diagnóstico “Sobrepeso” en referencia a los puntajes obtenidos en el “Cuestionario de Actitudes de Madres hacia la Alimentación Saludable”.

Este procedimiento se logra a través del estadístico Prueba t de Student, del que se generó la siguiente Tabla:

Tabla 7. Prueba t para Medias de Submuestras Emparejadas

	Normal	Sobrepeso
Media	41	43
Varianza	37,6	60
Observaciones	6	6
Coefficiente de correlación de Pearson	-0,265277855	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	5	
Estadístico t	-0,44208567	
P(T<=t) una cola	0,338447017	
Valor crítico de t (una cola)	2,015048372	

El valor t observado de -0.44 es significativamente menor al valor t crítico esperado. Es decir, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos subgrupos.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula en donde ambas submuestras del “Cuestionario de Actitudes de Madres hacia la Alimentación Saludable” se comportan de manera similar, es decir, no se podrían distinguir grupos de riesgo a partir de este instrumento.

5.4. Análisis Ad-Hoc

Considerando los análisis anteriormente realizados, surge la inquietud en las investigadoras de integrar un nuevo análisis que podría servir de guía para la estipulación de conclusiones y aportes para las futuras investigaciones en esta línea.

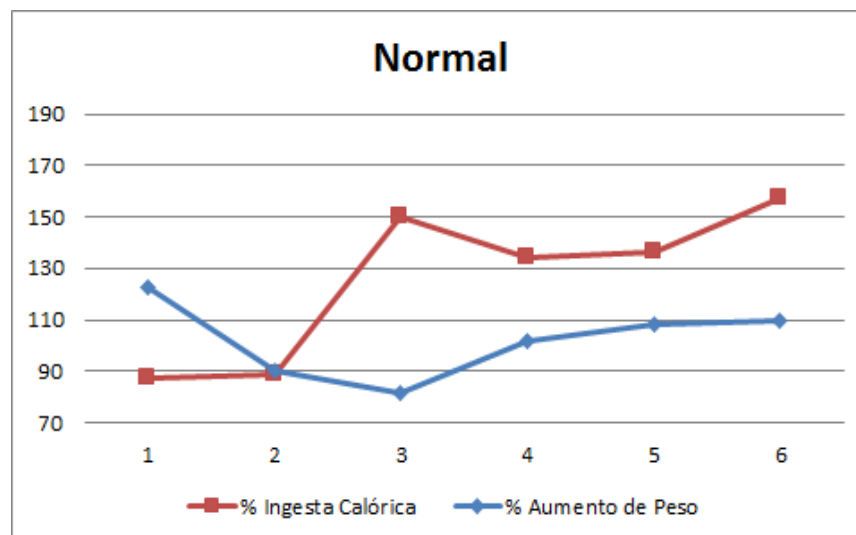
Es por lo anterior, que se realizó un segundo análisis de correlación; esta vez con ambos indicadores nutricionales “Porcentaje Aumento de peso” y “Porcentaje de Ingesta Calórica” en ambas submuestras. Con el objetivo de corroborar la correspondencia entre los indicadores.

5.4.1. Submuestra con diagnóstico “Normal”

El Coeficiente de Pearson obtenido de este análisis resultó de $r=-0.24$.

Se observa una correlación de ambos indicadores negativa y baja, lo que sugiere una ausencia de correspondencia entre ambas variables.

Figura 13. Gráfico de Comportamiento de Indicadores en Submuestra “Normal”



En la Figura 13 se observa que solo en uno de los casos de esta submuestra los valores de los indicadores tienen coincidencia. Sin embargo, en el resto de los sujetos no se observa esto, muy por el contrario, mientras uno sube, el otro baja.

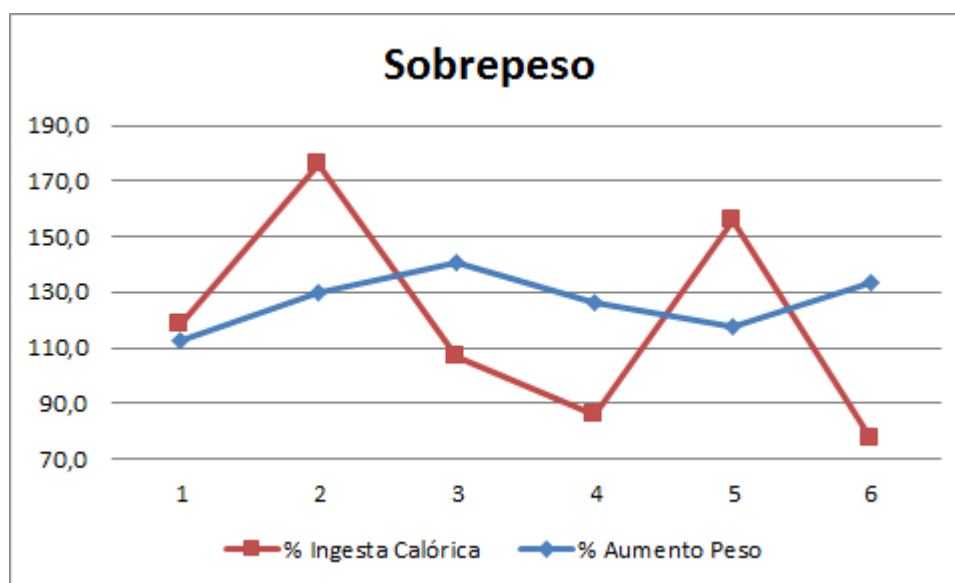
Esto se contradice a lo que esperábamos observar, pues al ser dos indicadores nutricionales se estipulaba que se comportarían de manera similar.

5.4.2. Submuestra con diagnóstico “Sobrepeso”

El Coeficiente de Pearson obtenido de este análisis resultó de $r=-0.3$.

Se observa una correlación de ambos indicadores inversamente proporcional y baja, lo que sugiere una ausencia de correspondencia entre ambas variables.

Figura 14. Gráfico de Comportamiento de Indicadores en Submuestra “Sobrepeso”.



En la Figura 14 se observa que en ninguno de los casos de esta submuestra los valores de los indicadores tienen coincidencia. Existe un comportamiento más bien azaroso, sin un patrón establecido.

Esto no entrega información nueva respecto a los resultados obtenidos en la submuestra “Normal”.

CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio de validez concurrente no son estadísticamente significativos para atribuir esta validez al “Cuestionario de Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable”, al compararlo con los dos indicadores nutricionales propuestos en este estudio.

Para afirmar lo anterior, se realizaron las correlaciones entre el porcentaje de aumento de peso y el puntaje del instrumento de actitudes, y entre el porcentaje de ingesta calórica y el puntaje en el instrumento de actitudes en las dos submuestras (con diagnóstico nutricional “normal y sobrepeso”), y de todas ellas, no se obtuvieron resultados significativos. Sólo la correlación del Instrumento de actitudes con el porcentaje de ingesta calórica en niños y niñas con diagnóstico normal se acercó a lo esperado, pues obtuvo una correlación de $r=0.1$, sin embargo, los valores alcanzados no indican que esta sea una significación relevante.

Por otra parte, al realizar la distribución de probabilidad con los valores del instrumento de actitudes en las dos submuestras escogidas intencionalmente según su diagnóstico nutricional mediante una distribución de probabilidad (t de student), no se encontraron diferencias significativas. Lo anterior refiere que las submuestras no se comportan de manera diferente y que por tanto, no se podrían identificar grupos de riesgo a través de este.

Por lo anterior y en virtud de los análisis previos que no resultaron favorables para el instrumento “Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable”, no es posible establecer como objetivo la identificación de grupos de riesgo.

Finalmente, al notar que los resultados no fueron los esperados, se realizó un análisis Ad-hoc para comprobar que los indicadores correspondieran entre ellos. Este análisis se llevó a cabo mediante una correlación entre ambos indicadores nutricionales utilizados en este estudio: el “Porcentaje Aumento de peso” y el “Porcentaje de Ingesta Calórica” en ambas submuestras. En la submuestra con diagnóstico “normal” el Coeficiente de Pearson resultó ser de $r=-0.24$, lo que evidencia una posible ausencia de correspondencia entre ambas variables. En la submuestra con diagnóstico “sobrepeso” el Coeficiente de Pearson resultó ser de $r=-0.3$, lo que, al igual que en la correlación anterior, evidencia una posible ausencia de correspondencia entre ambas variables. Lo descubierto en este análisis se contradice a lo que esperábamos observar, pues al ser dos indicadores nutricionales se tenía el supuesto de que se comportarían de una manera semejante.

DISCUSIÓN

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en un importante problema de salud pública a nivel nacional, abarcando todos los grupos etarios. Son los más pequeños quienes cada vez presentan esta enfermedad a edades más tempranas, asociada con una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. OMS (2012).

Dentro de esta lógica el “Cuestionario Actitudes de Madres hacia la Alimentación Infantil Saludable” pretendía la identificación precoz de los grupos de riesgo con el fin de anticipar una conducta futura no deseada como pudiera ser el sobrepeso y, así, generar instancias preventivas.

Sin embargo, tras someter el instrumento a diversos análisis que buscaban consolidar la validez concurrente, no se logró obtener resultados favorables. Esto se podría haber presentado por distintos factores intervinientes, lo que se observa en una primera instancia en el análisis Ad-hoc realizado. Es en este procedimiento donde se observa la posible ausencia de correspondencia entre las dos variables nutricionales estudiadas. Por esto, es que consideramos que los indicadores seleccionados en un inicio para estudiar la validez concurrente, no fueron los adecuados o merecen ser revisados pues podrían presentar distorsiones.

Esta posible ausencia de correspondencia entre ambas variables se podría traducir en la dificultad de diagnosticar niños y niñas en edades tempranas con sobrepeso u obesidad, debido a que a esa edad su alimentación es en base a lactancia materna con un alto aporte calórico, y las medidas de consumo están a merced de la cantidad de leche que produzcan las madres y/o a la demanda del niño o niña. Es decir, el diagnóstico sobrepeso no indicaría

una inadecuada ingesta nutricional pues durante los primeros años de vida el consumo de este alimento resulta esencial para que el lactante adquiriera “...superioridad nutricional, ausencia de agresión físico-química y antigénica, apoyo inmunológico específico e inespecífico, apoyo al crecimiento y desarrollo del tubo digestivo y prevención de morbimortalidad” (Juez, 1989).

Otra observación relevante del estudio, es que en la aplicación del instrumento se evidenció que algunas madres tenían dificultades al responder la categoría alusiva a las prácticas transgeneracionales, pues no contaban con un referente materno directo en relación a patrones alimentarios. Sin embargo, las mismas participantes referían que efectivamente continuaban prácticas transgeneracionales pero no ligadas a la figura materna específicamente, sino a otros referentes femeninos como abuelas, tías, amigas, entre otros. Esto último, podría estar asociado a lo expresado por:

Calderón et al. (2010):

“...surge la consideración de que las mujeres presentan una capacidad intrínseca para esta materia, sin cuestionarse la capacidad para entregar la alimentación, ni las facilidades o dificultades con las que se podría encontrar una mujer en esta temática. (...) lo que fue recalado por las madres en varias ocasiones (...) donde la opinión masculina era valorada como de menor importancia que la opinión femenina, tanto de abuelas, madres, tías o hermanas” (p. 68)

Por otra parte, investigaciones del Centro de Estudios Evolutivos e Intervención en el Niño de la Universidad del Desarrollo, las prácticas de crianza ya no son las mismas que en décadas pasadas. El papel y participación del padre en la crianza de sus hijos ha cobrado

un realce en nuestra sociedad y actualmente el hombre está más vinculado con ámbitos domésticos de la crianza. “Los chilenos ya no están siendo padres de la misma forma en que lo fueron hace 50 años” (Lecannelier, 2015), y actualmente el 13.5% de los padres asume labores relacionadas con la alimentación de sus hijos. Lecannelier F. (2015). Lo que explicaría la alta presencia masculina en la alimentación de los niños y niñas que se observó en este estudio, pues en diversas ocasiones nos encontramos con padres encargados de brindar la alimentación a sus hijos e hijas en el hogar.

Por lo tanto, en relación a la contingencia de la sociedad actual, sería inadecuado considerar una visión exclusiva que sólo considere a la madre como administradora de la alimentación y fuente de información con respecto a las prácticas alimentarias de su hijo o hija. Es decir, no bastaría con conocer sólo las actitudes de las madres hacia la alimentación infantil saludable, como se expresa en el título del cuestionario en cuestión.

A propósito de lo anterior, se considera importante sugerir para posibles investigaciones futuras referentes a este instrumento, establecer un enfoque ecológico en la construcción del mismo en donde se consideren los distintos contextos en que se desenvuelven los niños y niñas. Según Torrico E., et al (2002), “...el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1976,1977a, 1977b, 1979 1986, 1992, 1999) se ofrecía como uno de los más amplios y eficaces...” (p. 45), por lo que se propone que este sea el autor utilizado. “El postulado básico de Bronfenbrenner es que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana...” (Torrico E., et al., 2002. p. 46). A partir de ello, y tal como se quiso expresar anteriormente, se podría afirmar que los niños y niñas están a merced de las actitudes, no solo de sus madres, sino también de otros miembros de su familia, los grupos de amigos de sus padres o cuidadores y de las educadoras de la

institución a la que asisten y que tienen el cuidado de los niños y niñas la mayor parte del día. Además, las actitudes también se ven influenciadas por las políticas que establece el gobierno para una alimentación infantil adecuada, y que resultan obligatorias en los contextos de la mayoría de los jardines de nuestro país.

Para considerar esta propuesta, sería interesante la revisión del modelo actitudinal que está a la base del instrumento, incorporando al enfoque que, actualmente es estrictamente cognitivo-conductual, una mirada social y contextual.

Finalmente, y a pesar de los resultados obtenidos en relación a la validez concurrente, la investigación de estos últimos años resulta una propuesta innovadora en relación al análisis de actitudes referentes a la alimentación saludable en Chile, siendo un precedente inicial en el ámbito.

BIBLIOGRAFIA

Aiken, L. (2003) Test Psicológicos y Evaluación. Undécima Edición. Pearson Educación. México.

Aliaga, J. Validez. Programa Interinstitucional. Psicometría: Tests Psicométricos, Confiabilidad y Validez. Doctorado en Educación Carlos Ruiz Bolívar.

Amigo, H. Obesidad en el niño en América latina: situación, criterios de diagnóstico y desafío. Artículo s163 cax saude pública, Río de Janeiro, 19 (sup.1):s163-s170, 2003.

Andrade M. (2015) Hombres y crianza compartida: Los 4 desafíos pendientes. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-170512.html>

Atalah, E. Epidemiología de la obesidad en Chile. [rev. Med. Clin.condef-2012; 23(2) 117-123. Disponible en:
http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Revista-Medica-vol-23-N2-marzo-2012.pdf

Calderón, C. Contreras, V. Flores, A. Muñoz, B. Suazo, P. (2014). Rediseño del instrumento piloto para la detección de actitudes hacia la alimentación infantil saludable de madres de niños de 6 a 12 meses. Chile

Carvajal A., Centeno C., Watson R., Martínez M., Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2014 Jun 19]; 34(1): 63-72. Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es)

Cortada de, Kohan, Nuria. Importancia de la investigación psicométrica. Revista Latinoamericana de Psicología [en línea] 2002, 34 (): [Fecha de consulta: 15 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80534303> ISSN 0120-0534

Dpto. Nutrición y Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades. Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años. Guías de Alimentación hasta la Adolescencia. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.

Elosua, P. Sobre la validez de los tests. Universidad del País Vasco. Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2000. Vol. 12, Supl. nº 2, pp. 442-446.

Naciones Unidas Derecho Humanos oficina del alto comisionado para derechos humanos, Folleto informativo. Derecho a la alimentación adecuada. N° 34. Suiza. Disponible en: www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34sp.pdf

Fundación Chile. (2012). Chile saludable oportunidades y desafíos de innovación. Fundación Chile, área de alimentos y biotecnología. Programa Elige Vivir Sano. Fundación de la Familia Collect GFK. Volumen 1. Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.fundacionchile.com/bio-detalle-biblioteca-area/detalle-biblioteca-area.index/3148/chile-saludable-oportunidades-y-desafios-de-innovacion>

INTA. (2012). Disponible en: http://www.inta.uchile.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=502:obesidad-infantil&catid=53:opinion&Itemid=134

Juez, G. (1989). Lactancia materna: ventajas generales y nutricionales para el niño menor de un año. Rev Chil Pediatr, 60(Supl 2), 3-8.

MINSAL. (2005). Guía de Alimentación del Niño(a) menor de 2 años. Guías de Alimentación hasta la Adolescencia. Dpto. de Nutrición y Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Chile.

Muñoz, G. Becker, S. Díaz, F. Vásquez, M. Troncoso, P. (2012). Diagnóstico Nutricional Integrado, pacientes en Programa de Control del Niño Sano durante el año 2011 Hospital Jorge Ibar, Puerto Cisnes. Rev Estud Med Sur 2012; 8(1):19-22).

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

OMS. (2012). Nota descriptiva N°311. Disponible en:

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

OMS. (2014). Patrones de Crecimiento Infantil. Disponible en:

<http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

Orphan Nutrition. Como utilizar las curvas de patrones de crecimiento de la OMS.

Pérez-Gil, J. Chacón, S. Moreno, R. Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. Universidad de Sevilla.

Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2000. Vol. 12, Supl. n° 2, pp. 442-446.

SOCHOB. Estadísticas chilena de obesidad, sobrepeso y patologías metabólicas asociadas en adultos y niños. Disponible en: www.sochob.cl/pdf/Estadisticas_AVM.pdf

Sulbarán, D. (2009). Medición de actitudes. Universidad Central de Venezuela.

Torrice E., Santín C., Andrés M., Menéndez S. y López M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. Anales de psicología 2002, vol. 18, nº 1 (junio), 45-59. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España). ISSN: 0212-9728

UNICEF. (2012). Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Urteaga, R. Carmen, & Pinheiro, F. Anna Christina. (2003). Investigación alimentaria: consideraciones prácticas para mejorar la confiabilidad de los datos. Revista chilena de nutrición. 30(3), 235-242. Recuperado en 18 de julio de 2014. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext... 10.4067/S0717-75182003000300003

Pediatría UC. (2014) Control de Niño Sano. Disponible en: <http://redsalud.uc.cl/ucchristus/VidaSaludable/Glosario/C/control-nino-sano.act>

ANEXOS

9.1. Coordinación Toma de Muestra



COORDINACIÓN PARA TOMA DE MUESTRA



Las alumnas tesistas, Agustina Bastías Solís RUT: 17.950.606-8, Elizabeth Casas-Cordero Páez RUT: 17.560.798-6, Daniela Pulgar Carrasco RUT: 17.698.055-9 y Lorena Olea Castro RUT: 18.035.206-6, supervisadas por la profesora Claudia Calderón Flández (claudia.calderon@uv.cl), solicitan el apoyo de su institución para la toma de muestras de la investigación “INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN INFANTIL SALUDABLE: ESTUDIO DE VALIDEZ”.

La toma de muestras consta de la realización de un cuestionario y el registro de la ingesta alimenticia de los/as niños/as, datos que serán entregados por las madres de los mismos. Sumado a esto, también será necesario pesar y medir a los niños, actividad que será realizada por estudiantes en práctica de nutrición, quienes están familiarizadas con este tipo de mediciones. Por esta misma razón es que la toma de muestras no tiene efectos secundarios para los niños.

Esta actividad tiene un carácter confidencial, dado que los datos serán usados de forma anónima y única y exclusivamente para el estudio que se señala anteriormente.

Valparaíso, 11 de septiembre de 2014

*Ps. Claudia Calderón Flández
Profesora Adjunta
Escuela de Psicología
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso*

9.2. Comunicación Apoderados Participantes de Jardines Infantiles



Sr. Apoderado:

Comunico a usted que alumnas de las carreras de Psicología y Nutrición de la Universidad de Valparaíso nos han solicitado ayuda para su Tesis de Pre Grado: "Instrumento de medición de actitudes hacia la alimentación infantil saludable: estudio de Validez". Esta ayuda consiste en hacer una medición del peso y la talla de su hijo(a). Para ello, algunas de las alumnas asistirán al jardín el día _____ a las ____ hrs., y se realizará la medición bajo la supervisión de _____.

Para completar la medición, le solicitamos a la mamá que nos responda un cuestionario sobre "Actitudes hacia la alimentación". Este cuestionario podrá ser enviado a casa con el compromiso de traerlo _____ el _____ día _____.

Por otro lado se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos de ustedes, pues sólo serán utilizados _____ con _____ un _____ fin _____ académico. Esperamos contar con su buena disposición, y de ante mano le agradecemos por su participación. Le recordamos que esta información es vital para la realización de esta tesis de pregrado.

La Dirección

9.3. Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Valparaíso, Octubre 2014

Agustina Bastías Solís, RUT 17.950.606-8; Elizabeth Casas-Cordero Páez, RUT 17.560.798-6; Lorena Olea Castro, RUT 18.035.206-6; Daniela Pulgar Carrasco, RUT 17.698.055-9; estudiantes de Psicología de la Universidad de Valparaíso, y con la ayuda de Daniela, estudiante de Nutrición y Dietética de la Universidad de Valparaíso, están realizando un estudio para optar al Título de Psicólogo y al Grado de Académico Licenciado en Psicología. Este estudio se realizará con el objeto de 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 la población infantil.

Su participación, si usted está de acuerdo, consiste en responder el cuestionario que a continuación se presenta, y permitir que su hijo(a) sea pesado y medido por las alumnas anteriormente señaladas. Lo anterior, no tiene riesgos físicos, sociales o psicológicos ni para su persona, ni para su hijo(a). Es importante precisar que los resultados serán utilizados exclusivamente con fines investigativos, asegurando a todos los participantes, la confidencialidad y el anonimato, respaldado por la académica Ps. Claudia Calderón F., supervisora de la presente investigación. De cualquier forma, el negarse a participar no ocasiona perjuicio alguno para su persona.

Yo _____ RUT _____, he comprendido lo que se requiere y acepto participar en el estudio.

Firma del participante

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

9.4. Cuestionario de Actitudes de Madres hacia la Alimentación Saludable.

CUESTIONARIO ACTITUDES DE MADRES HACIA LA ALIMENTACIÓN INFANTIL SALUDABLE

Nombre de quien responde el cuestionario:

Nombre de su Hijo/a:

Indicar si su hijo tiene alguna enfermedad (Ej. Metabólica), (indicar nombre):

Edad de su hijo/a:

Fecha:

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	Creo que si a mi mamá le funcionó su forma de alimentarme, también puede funcionar con mi hijo (a).					
T						
E						
M						
1						
	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	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 M 2						
	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	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).					
E M 3	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 de Opiniones		No / Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Sí / Siempre

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.					

9.5. Base de Datos.

9.5.1. Muestra Total

Sujetos	% Aumento Peso del Niño/a	Diag. Nut. Del Niño/a	Puntaje Instrumento Actitudes de las Madres
1	95,2	N	29
2	122,4	N	43
3	96,3	N	24
4	117,4	SP	37
5	112,6	SP	45
6	118,5	N	45
7	103,5	N	46
8	129,5	SP	36
9	106,7	RD	29
10	140,6	SP	54
11	120,7	N	39
12	101,2	N	34
13	111,3	N	34
14	84,5	N	30
15	106,0	N	38
16	125,1	N	44
17	112,8	SP	42
18	114,6	N	43
19	106,4	SP	51
20	124,5	SP	36
21	142,7	SP	32
22	126,2	SP	40
23	87,1	DN	41
24	135,5	SP	46
25	88,4	RD	37
26	151,0	OB	37
27	117,5	N	42
28	102,1	N	36
29	129,2	SP	40
30	103,3	N	34
31	112,0	N	49
32	83,8	N	32
33	92,2	RD	41

34	108,6	N	36
35	106,1	N	26
36	90,0	N	44
37	116,4	RD	52
38	81,8	N	39
39	117,3	SP	49
40	193,9	OB	40
41	101,4	N	30
42	96,5	N	40
43	115,8	N	42
44	130,1	N	51
45	94,8	RD	33
46	105,4	N	32
47	126,0	N	28
48	133,8	SP	34
49	107,9	N	42
50	109,7	N	48
51	119,1	N	41
52	121,3	SP	36
53	103,6	N	32
54	77,8	RD	33
55	127,5	N	35
56	129,8	N	35
57	93,8	N	33
58	96,1	N	39
59	121,8	N	42
60	116,6	N	40

9.5.2. Submuestra Normal

Sujetos	% Aumento Peso del Niño/a	Diag. Nut. Del Niño/a	Puntaje Instrumento Actitudes de las Madres	% Ingesta Calórica
2	122,4	N	43	87,4
36	90,0	N	44	88,7
38	81,8	N	39	150,4
41	101,4	N	30	134,2
49	107,9	N	42	136,7
50	109,7	N	48	157,3

9.5.3. Submuestra Sobrepeso.

Sujetos	% Aumento Peso del Niño/a	Diag. Nut. Del Niño/a	Puntaje Instrumento Actitudes de las Madres	% Ingesta Calórica
5	112,6	SP	45	118,0
8	129,5	SP	36	176,3
10	140,6	SP	54	106,5
22	126,2	SP	40	86,2
39	117,3	SP	49	155,7
48	133,8	SP	34	77,2