



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

Construcción de un cuestionario de actitudes de los
cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y
no saludable.

Adaptación a la teoría del comportamiento
planificado.

GISELLE ANTONIETA CARREÑO GARRIDO, CONSUELO
PAMELA CONTRERAS MANZOR, GONZALO ANDRES RIVERA
VERA, GABRIELA ANDREA VARAS TAMBLAY

Profesor guía : M^o Lilliana Contreras Alarcón.

Seminario de Título presentado a la Escuela de Psicología de la
Universidad de Valparaíso para optar al grado de Licenciado en
Psicología y al Título de Psicólogo.

Enero, 2011
Valparaíso, Chile

INTRODUCCIÓN

La presente investigación está inserta en el contexto de la promoción de salud y versa sobre la adaptación de un inventario de actitudes de los cuidadores primarios de niños hacia la alimentación infantil saludable.

Actualmente la obesidad es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el mundo. A su vez, influye negativamente en un sin número de otras enfermedades crónicas que afectan la calidad de vida. Es importante mencionar que en su génesis se considera un modelo multifactorial, donde resultan relevantes los hábitos alimentarios y la actividad física. Además el manejo médico de la obesidad se torna difícil ya que precisamente está ligado a estilos de vida fuertemente arraigados, por lo que el enfoque propiciado actualmente tiene una fuerte orientación promocional y preventiva.

En ese sentido se destaca la importancia de la etapa infantil, ya que se considera la obesidad infantil como la antesala de la obesidad adulta, siendo los primeros dos años de vida del niño una etapa particularmente crítica, dado que en ella se inicia la adquisición de hábitos alimentarios y es uno de los períodos críticos del desarrollo para la multiplicación de las células adiposas. Por este motivo, resulta relevante educar a los cuidadores de niños para que desde el inicio de la alimentación complementaria, después de los 6 meses de vida, desarrollen conductas de alimentación saludables para sus hijos.

Conocer la disposición de estos cuidadores hacia las prácticas saludables de alimentación permitiría focalizar mejor el trabajo educativo de los profesionales de salud en su labor preventiva. Es por ello que se ha desarrollado esta línea de investigación, cuyo propósito es contribuir al desarrollo de estrategias preventivas focalizadas en la detección del riesgo de incorporar prácticas de alimentación no saludable en la alimentación complementaria a niños mayores de 6 meses, a través de la elaboración de un cuestionario de Actitudes de Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable.

Durante el 2009 se desarrolló una primera versión de un instrumento, basado en el modelo actitudinal de Hovland, el que fue sometido a una primera fase de validación de contenido, realizada a través de un juicio de expertos. A partir de esto, se conformó un instrumento que incluía 45 ítems, compuestos cada uno de ellos por tres reactivos, los que apuntaban al área afectiva, cognitiva y conductual.

Estos ítems estaban agrupados en seis categorías de análisis: 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 obesidad infantil, actitud hacia el rol del sistema de salud y actitud hacia el conocimiento tradicional sobre la alimentación infantil. Dicho instrumento fue aplicado a una muestra no intencionada, no estratificada y azarosa; con un tamaño muestral de 100 personas, las cuales eran cuidadores de niños(a) entre 6 y 11 meses de edad, que asistían a los consultorios pertenecientes a los servicios de salud pública de la comuna de Valparaíso. A partir de los resultados recogidos se realizó una evaluación de la confiabilidad estadística, mediante el análisis de Alpha de Cronbach, arrojando una confiabilidad total del instrumento del 0,78. Con los datos obtenidos, se realizó en ese entonces, una revisión del instrumento y se propuso reducir el número de ítems, con lo cual se podría lograr obtener una confiabilidad del 0,828 (Calderón y cols. 2009).

Para realizar el presente proyecto fue necesario hacer una revisión exhaustiva de las categorías de análisis utilizadas por Calderón y cols. (2009). Para esto se realizó un estudio de confiabilidad estadística mediante una matriz de correlaciones de las 6 categorías de análisis descritas. Luego se procedió a seleccionar los ítems que mejor se comportaban con respecto a su unidad de análisis, con la intención de abreviar el instrumento y dejar los reactivos más demostrativos, sin perder la idea original de éste. De esta forma, en base a un análisis factorial exploratorio se redujo la cantidad de unidades de análisis, manteniendo el nivel explicativo del instrumento. Se llegó a la conclusión que el instrumento final debiese estar conformado por 3 grandes unidades de análisis y no seis como en un comienzo estaba planteado.

Por otra parte y gracias a una revisión conceptual tanto de modelos actitudinales actualizados como también de la relación entre actitud y conducta, se planteó como una necesidad para mejorar la capacidad predictiva del instrumento, adaptarlo al modelo de acción planificada de Ajzen y Madden (1984), dado su fuerte apoyo tanto teórico como empírico.

El objetivo de este seminario es ajustar el cuestionario de Calderón y cols. al modelo de acción planificada de Ajzen y Madden, y realizar un estudio de confiabilidad del instrumento reformulado a partir de su aplicación en una población de madres de niños entre 6 meses y un año de vida.

Para ello se hace una revisión de la investigación que sustenta la relevancia de las actitudes de los cuidadores primarios en los hábitos alimentarios de los niños y la importancia de éstos en la prevalencia de obesidad. Por otra parte, se revisa teóricamente el concepto de actitud y su valor predictivo, a partir de ello se estima que la teoría del comportamiento planificado (Ajzen y Madden, 1986) es el modelo más apropiado en la construcción de un instrumento de medición de actitudes. Esto debido

a las condiciones presentes en él, que permiten predecir de mejor forma distintas conductas, enfatizando en el grado de especificidad que debe tener la intención conductual con respecto de la conducta que se quiere predecir. Además otorga un orden claro y preciso sobre como ésta se logra convertir o no en una determinada conducta. Y, permite vincular de mejor forma los antecedentes empíricos relacionados con las conductas de los cuidadores primarios respecto de la alimentación infantil.

De esta forma, se conformó un cuestionario compuesto por 15 ítems, cada uno con 3 reactivos. Dicho cuestionario recibió el nombre ACAISAP (Actitudes de Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable mediante el modelo de Acción Planificada) y, para determinar su validez fue sometido a juicio de expertos.

Como últimos pasos, el cuestionario fue aplicado en un primer momento, a una muestra piloto con la intención de evaluar la comprensión de las personas en relación a los ítems que conformaban el cuestionario y luego a la muestra correspondiente a la población objetivo de la investigación en búsqueda de datos que permitieran realizar el análisis de confiabilidad del nuevo instrumento.

MARCO REFERENCIAL

2.1 Obesidad

La obesidad es entendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. Para su identificación tanto individual como poblacional, se basa en el índice de masa corporal (IMC) el cual corresponde al peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Si tal relación es igual o superior a treinta se define como obesidad. Desde hace algunos años, la obesidad se ha convertido en uno de los trastornos nutricionales de mayor relevancia constituyendo uno de los temas medulares en salud pública, tanto a nivel mundial como nacional. Es así como en el año 2005 unos 1600 millones de adultos, mayores de 15 años, tuvieron sobrepeso y al menos 400 millones resultaron obesos. Para el año 2015 se estima que habría 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones de obesos (OMS, 2006). En Chile la obesidad es la enfermedad crónica más prevalente en todos los grupos de la población nacional (7,4% en menores de 6 años, 17% en escolares de primer año básico y 25% en adultos y adultos mayores) estimándose que existen 3.4 millones de personas obesas, las que superarán los 4 millones el año 2010 (Propuesta EGO-Chile, 2006).

De esta forma se puede evidenciar el aumento de esta enfermedad en términos de prevalencia e incidencia, prediciendo para los próximos años su incremento si no se actúa eficaz y eficientemente en su prevención.

El incremento de la obesidad en Chile puede ser explicado a partir de ciertos factores. Primeramente es importante mencionar el desarrollo socioeconómico y demográfico ocurrido en el país. Chile ha tenido un desarrollo sostenido desde la década del 70, el que se incrementó en la década del 90, duplicando su ingreso per cápita a más de US\$ 5000 del año 2000 en adelante. De este modo, el número de vehículos aumentó y este aumento del parque automotriz permitió el acceso de éstos en niveles socioeconómicos más bajos por lo que la población con menores ingresos también ha podido adquirir vehículos y está dejando de caminar. Sumado a ello se encuentra un incremento también de los televisores en los hogares chilenos, lo que está directamente relacionado con el número de horas frente al televisor de la mayoría de los chilenos, el cual alcanza de 2 a 3 horas diarias, cifra que se ve aumentada los fines de semana. Lo que en conjunto a las horas trabajadas convierten a Chile en uno de los países con mayor nivel de sedentarismo. Las horas de permanencia en el trabajo son en promedio de 50,6 horas semanales. Lo cual puede verse intensificado si se toma en cuenta la incorporación de un alto porcentaje de mujeres al mundo laboral y

donde además el tiempo para llegar al trabajo puede oscilar entre 1 y 3 horas al día. Todo ello suma casi 16 horas ocupadas en labores absolutamente sedentarias, lo que explica el hecho de que Chile esté considerado actualmente como uno de los países más sedentarios del mundo (Vio, 2005).

Para entender el tema de la obesidad, es preciso entender además los cambios que ha experimentado Chile desde el punto de vista epidemiológico y nutricional en las últimas décadas, especialmente relacionados con la dieta. En 1970, el 17 % de las muertes eran por enfermedades cardiovasculares y un porcentaje menor era por cáncer. En cambio, en el año 2000, los principales problemas de salud son los cardiovasculares y los cánceres que suman más de un 50% del total de las muertes, bajando a menos de un 3% las producidas por enfermedades infecciosas y perinatales. Por lo tanto, se han producido cambios profundos y muy importantes en el perfil epidemiológico de la población chilena. La tasa de mortalidad general y las tasas por enfermedades cardiovasculares y cáncer han disminuido, pero las tasas de diabetes, cáncer de mama, próstata y vesícula, todas enfermedades asociadas con la dieta, han aumentado progresivamente. Otro aspecto muy interesante, es el aumento progresivo del consumo de grasas en la dieta, como porcentaje del total de calorías ingeridas; en el 2000 está sobre el 27%, la que continúa incrementándose con rapidez. Por otra parte en cuanto al consumo de frutas, la Encuesta de Calidad de Vida que se realizó el año 2000, demostró que sólo el 40% de los hombres y un 53% de las mujeres comían fruta todos los días, y la gran mayoría, una fruta al día. El porcentaje es mucho menor en los niveles socioeconómico bajos; en los grupos sin educación o con educación básica, donde la población que consumía frutas todos los días no llegaba al 40%. De esta forma, la coexistencia de factores ha traído como consecuencia una dieta inadecuada y una actividad física insuficiente, por lo que los niveles de obesidad han aumentado de forma alarmante en el país (Vio, 2005).

2.1.1 Modelo Multifactorial de la Obesidad

La obesidad es una enfermedad en la cual intervienen diversos factores relacionados entre sí. Dentro estos se encuentra la conducta alimentaria, el consumo de energía, factores hereditarios, factores hormonales, factores psicosociales y ambientales. Es importante señalar que los factores genéticos aún cuando tienen una gran influencia, no son la causa fundamental del problema, lo que queda en evidencia al ver que el patrimonio genético de las poblaciones ha sido relativamente estable en el tiempo. Así, si bien la genética puede ser importante, el sobrepeso y la obesidad son actualmente la expresión de factores ambientales inadecuados como son los mediados por una inadecuada alimentación y la falta de actividad física.

2.2 Obesidad Infantil

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

La asociación española de pediatría (2007) enfatiza en el aspecto multifactorial de la obesidad mencionando que ésta es determinada por la interacción de factores genéticos, biológicos, socioeconómicos, conductuales y ambientales y que actúa a través de mediadores fisiológicos de ingesta y gasto de energía.

Desde esta perspectiva, resulta relevante señalar que el período crítico de multiplicación del tejido adiposo se localiza al final de la vida intrauterina y durante la lactancia. Durante esta fase, una alimentación excesiva podría producir un estímulo exagerado del crecimiento de los adipocitos, con posibles repercusiones en ulteriores períodos de la vida, especialmente en el desarrollo de obesidad.

La infancia sería por tanto relevante en la génesis de la obesidad como enfermedad crónica tanto desde el punto de vista biológico, por la multiplicación de adipocitos en esta etapa, como por la adquisición de los primeros hábitos nutricionales, aspectos íntimamente relacionados y en los cuales son cruciales los cuidadores, puesto que precisamente en esta etapa, el niño depende del cuidado que le brinda el adulto que lo atiende y alimenta, siendo éste (generalmente la madre) quien decide directa o indirectamente la alimentación de los demás miembros de la familia. Por esto se torna importante tener en cuenta los aspectos que son evaluados por los cuidadores a la hora de decidir cómo alimentar a los niños en los dos primeros años de vida (García-Caballero, C., González-Meneses, A., 2000).

2.2.1 Aspectos Epidemiológicos de la Obesidad Infantil en Chile

Se estima que 20 millones de niños menores de 5 años en el mundo, estarían con sobrepeso. Según el departamento de estadísticas e información del Ministerio de Salud (MINSAL, 2007) de un total de 948.924 niños menores de 6 años, 204.705 estarían con sobrepeso y 91.473 tendrían obesidad, lo que equivale al 21,6% y 9,6% respectivamente. Asimismo, la obesidad afecta al 5,9% de los niños entre 0 y 2 años, existiendo un 16,2% de niños de la misma edad con sobrepeso. Dichas cifras fueron extraídas a partir de un diagnóstico nutricional integrado y se han mantenido estables en los últimos años.

Por otra parte, el aumento del número de niños obesos hoy en día sobrepasa la capacidad resolutoria de los niveles de atención en salud pública, que en la actualidad atiende al 75% de los niños (Propuesta EGO-Chile, 2006) por lo que se hace

indispensable incluir estrategias de intervención para grupos en riesgo y, de esta manera, conocer los factores que discriminen entre aquellos niños que necesiten una atención más directa a ellos y sus familias.

2.3 Factores Psicosociales y Ambientales en la Obesidad Infantil

Cuando se piensa en la obesidad como una etapa crucial en la adquisición de hábitos alimentarios y de otras conductas saludables como la incorporación de actividad física, los estudios señalan que es de gran importancia el rol que cumple el cuidador primario de los niños, sean o no sus padres. En este tema se profundizará en los próximos apartados, situándose en la perspectiva que pretende comprender y explicar los factores que a su vez influyen en las decisiones y conductas que los cuidadores asumen respecto de la alimentación de los niños en sus primeros años de vida.

2.3.1 Investigaciones Sobre Factores Influyentes en la Elección de Alimentos

Dentro de los elementos que intervienen en la decisión de los cuidadores al elegir comprar ciertos alimentos, se han estudiado fundamentalmente los aspectos económicos e informacionales.

- En relación a lo Económico. Los padres o cuidadores son quienes proveen de comida a sus hijos y por lo tanto quienes deciden directa o indirectamente la alimentación de los demás miembros de la familia. Por esto se torna importante tener en cuenta los aspectos que son evaluados al momento de determinar qué alimentos comprar. En un estudio mundial sobre información nutricional se sugiere que en principio deben ser considerados los recursos económicos familiares, los cuales pueden limitar una alimentación saludable. Esto se debe a que muchos individuos no están informados de que con poco dinero, se puede adquirir alimentos que permitan una nutrición sana y completa. En la misma línea, también hay personas que no están dispuestas a comprar alimentos orgánicos; como bebidas saludables (leche de soja, jugos adicionados o bebidas con lactobacilos) y productos en base a cereales o panes fortificados, por su alto precio comercial (ACNielsen, 2005).
- En relación a lo informacional. En Chile los estudios revelan que el 96% de las personas entiende la información nutricional contenida en las etiquetas; sin embargo es uno de los países de latino América que menos interés demuestra en conocerla y utilizarla al momento de comprar los alimentos, salvo cuando se trata de alimentos involucrados en la nutrición infantil.
- De todas maneras, los estudios chilenos reflejan que a la hora de decidir comprar alimentos para nutrición infantil, las decisiones tampoco se basan en

la información sino en una combinación de otras variables; por una parte, la información dada por los especialistas en salud y nutrición ha demostrado ser más influyente que la información directa acerca del valor nutricional.

Por otra parte, a pesar de esta receptividad a la opinión experta, existen otras variables de tipo cultural y social, como son la menor disponibilidad de tiempo para cocinar por la incorporación de la mujer al trabajo y la reducción de las horas destinadas a la vida familiar (por la extensión de las jornadas laborales y escolares), junto con la proliferación, publicidad y bajo precio de las comidas rápidas, de alto contenido en grasa y pobre en fibras, lo que ha influido fuertemente en las prácticas de alimentación de las familias de países industrializados y también en Chile.

2.3.2 Investigaciones Sobre Prácticas de Alimentación en los dos Primeros Años

Se puede encontrar y reconocer la vital importancia de la salud y nutrición de las madres antes del embarazo y durante el transcurso de éste, además de la adecuada alimentación del niño(a) durante los primeros meses como ejes para la prevención de la obesidad. Ya que son las madres quienes proporcionan a sus hijos la estructura básica de relación con la comida, por lo que son consideradas buenas mediadoras en la prevención del sobrepeso en niños, por desempeñar un papel importante en la realización del plan alimentario, encargándose de distribuir las comidas durante el día y determinar las cantidades. Para dicho propósito se deben llevar a cabo una serie de pautas o formas de alimentación; en primer lugar la lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses es primordial, ya que actúa como fuente protectora de la obesidad en los niños y su efecto es proporcional a los meses de duración de ésta. Este punto es importante ya que en una encuesta nacional realizada por la comisión nacional de lactancia materna, se refleja que cerca del 80% de los niños recibe pecho exclusivo sólo el primer mes de vida lo que declina en forma importante alcanzando el 43,1%, al sexto mes de vida, cifra bastante mayor que en el año 1993, que solo alcanzaba el 16%. A pesar de este aumento significativo, la cifra sigue siendo baja (Ministerio de salud, 2000).

Después de los 6 meses, se debe continuar con una alimentación complementaria apropiada, que contribuya de esta forma a un apropiado desarrollo físico y mental del niño. Al iniciarse la Alimentación Complementaria, es importante tener en cuenta los nutrientes que el niño(a) necesita a esta edad para lograr el desarrollo normal de la conducta alimentaria. Durante este período el niño(a) experimenta aceptación o rechazo a estas nuevas experiencias, lo que debe ser considerado en la incorporación de nuevos alimentos, evitando rechazos pertinaces o preferencias exageradas por uno

u otro alimento, creando un ambiente adecuado, no de juego, y libre de tensiones (MINSAL 2005), lo que permitirá proporcionar al niño información acerca de qué, cómo y cuándo comer.

2.3.3 Investigaciones Sobre Actitudes y Prácticas Alimentarias

En el tema de nutrición y obesidad infantil, y debido a que en una primera etapa los niños son completamente dependientes de sus cuidadores, son las actitudes de éstos las que afectarán directamente diversas áreas de la alimentación temprana del niño, como también en la adquisición, a temprana edad, de pautas alimenticias mediante aprendizaje vicario, y las que mantendrán estables las conductas futuras de los niños. Por este motivo resultan importantes los resultados de un estudio realizado en Chile, que buscaba identificar las actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos de nivel socioeconómico bajo, donde se llegó a la conclusión de que los niños con obesidad que intentaban cambiar sus hábitos alimenticios, presentaban poco apoyo familiar evidenciado en la falta de motivación para preparar comidas saludables en el hogar. Los padres confirmaron esta afirmación, ya que preferían la comida chatarra, bebidas y frituras, debido a que tenían la creencia de que a los niños no les gustaba la comida saludable, y además, presumían que estas conductas constituían hábitos que ya estaban establecidos y sería de gran dificultad cambiarlos (Olivares y col, 2007).

2.3.4 Investigaciones Sobre Creencias y Hábitos Alimentarios

Resulta trascendental considerar los aspectos valóricos y creencias que pueden motivar a las personas a un cambio de paradigma que conlleve posteriormente a un cambio en las conductas hacia una mejor calidad de vida (Abello-Caro, 2007). En el caso de la obesidad, creencias tales como que “los gorditos son sanos y lindos” o “que es muy chico para enseñarle horarios tan rígidos, son las que en la práctica son usadas por los padres para decidir qué, cuándo, cómo y por qué alimentar a sus hijos. Las creencias y los hábitos sobre la alimentación son características de la cultura que inciden en el medio social en estrecha relación con el desarrollo humano y la calidad de vida de las personas inmersas en dicha cultura. La formación de tales creencias y hábitos frente a la alimentación viene dado del establecimiento de normas y pautas de crianza, las cuales juegan un papel fundamental en la adecuada nutrición de los niños(as). La alimentación saludable es un proceso que no involucra únicamente al individuo y a la madre, sino también a su grupo social. Culturalmente el género, la edad y los roles de los miembros de la familia inciden en la alimentación, en criterios tales como la cantidad y el tipo de alimentos que deben consumir. En este sentido, los

lugares de origen de las madres inciden en el tipo de dieta que llevan las familias. La preparación de los alimentos muchas veces son actividades que dependen del criterio de las madres al realizarlas; se encuentran influenciadas por el bagaje cultural de las tradiciones familiares de madres y abuelas o en su defecto de las personas con quienes crecieron. En cuanto al consumo de los alimentos, los cambios tienen que ver con la ruptura de paradigmas que encuentran relación con la experiencia propia de las madres por un lado, y por otro, con la comprensión del fenómeno del consumismo de productos artificiales y de rápida preparación (Barrera y col, 2006).

El aprender y el desaprender son dos acciones del pensamiento humano que se relacionan directamente con lo que éste considera como cierto y como bueno para su bienestar; por lo tanto orienta sus acciones hacia ello. Las prácticas continuas de lo que considera bueno o cierto se transforman en hábitos; condicionando lo que se hace, a lo que se cree. En ese sentido, cambiar un hábito o tomar como propio uno sugerido, implica transformar el conjunto de creencias arraigadas, lo que sólo es posible a través de la apropiación de argumentos que resulten válidos para quién los debe implementar. En los cambios de creencias frente a indicaciones médicas, inciden diversos factores, desde características personales hasta factores externos. Entre ellos el placer del consumo de alimentos específicos como las relaciones de poder de quienes proporcionan el dinero para la compra de éstos, son afectados por las concepciones previamente mencionadas (Barrera y col, 2006), lo cual modula en gran medida el cambio o permanencia de la dieta alimenticia de los niños(as) y de las familias. Por otra parte, la comida es empleada como un objeto transicional desde las primeras etapas del desarrollo, especialmente en el mundo occidental donde se recurre a la comida para atenuar el malestar emocional de cualquier origen. Asimismo, una característica de muchos obesos es la dificultad para identificar y expresar las propias emociones, lo cual hace que recurran a comer en exceso como una estrategia mal adaptativa para “manejarlas”. En palabras de Judith Rodin: “La obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y expectativa de fracaso; protege de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un alto costo emocional” (Bersch, S., 2006).

Por lo tanto, mientras los argumentos médicos de los saludable o dañino, se mantengan desde un plano teórico o de posición de experto, es complicado penetrar en la modificación de las conductas alimenticias, en contraposición a los argumentos pragmáticos que rigen el sentido común y las tradiciones culturales.

2.4 Políticas Públicas en Chile

Durante el siglo XX, las condiciones de salud de los chilenos mejoraron considerablemente, producto de la mejora de las condiciones de vida y de la implementación de políticas de salud pública de gran impacto poblacional.

Con el fin de seguir contribuyendo a la mejora de la calidad de vida y atención en salud, es que el año 2000, el Gobierno de Chile, motivado por la insatisfacción de los ciudadanos en cuanto a la atención que reciben y a la desprotección percibida frente a enfermedades graves o urgentes, propone un cambio en salud, que pone acento en resolver los problemas de salud de los chilenos.

Para llevar a cabo dicha propuesta, se formularon objetivos sanitarios para la década 2000-2010 los cuales señalan las metas nacionales en salud que se deben alcanzar en el año 2010, constituyendo una referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben ser realizadas por el sistema de salud chileno.

De esta forma, los problemas de salud que afectan a la población se sitúan como elemento central para la elaboración de las políticas sanitarias.

2.4.1 Políticas Específicas en Obesidad

A partir del incremento que se ha visto en las últimas décadas de los índices de obesidad en Chile, el Ministerio de Salud, en el año 2000, dentro de los objetivos sanitarios propuestos por el Ministerio de Salud para alcanzar en el año 2010, planteó la importancia de controlar los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida. Luego de un complejo análisis, se llegó a la conclusión de que una de las metas nacionales importantes era frenar el aumento de la obesidad, implicada en distintas enfermedades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, arteriosclerosis, etc.)

El objetivo concreto planteado en dicha ocasión, fue el de reducir la prevalencia de obesidad en preescolares en 3 puntos o 30%, en escolares 4 puntos o 25% y en embarazadas 4 puntos o 13% (MINSAL, 2002).

Figura 1

Componente e indicador	Situación en 1999	Objetivo y meta para el 2010
Obesidad	- En menores de 6 años: 10% - 1°básico: 16% - Mujeres embarazadas 32% (1997)	Reducir la prevalencia de obesidad en preescolares en 3 puntos o 30%, en escolares 4 puntos o 25% y en

		embarazadas 4 puntos o 13% Metas: -En menores de 6 años: 7% -Escolares 1° básico: 12% -Mujeres embarazadas: 28%
--	--	---

Resumen ejecutivo: Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010, MINSAL, 2002

Para cumplir con esta meta, se plantearon cuatro objetivos de desarrollo: la incorporación de programas de tratamiento de la obesidad en la atención en salud, implementación del programa de alimentación sana y vida activa en escolares y embarazadas, mejorar la regulación en el control de alimentos, con incentivos a una alimentación saludable y el desarrollo de una campaña comunicacional.

A partir de estos, en el año 2004 se inició la implementación de un modelo de intervención nutricional a través del ciclo vital, el que dentro de sus ejes centrales propuso:

- Relevar el tema nutricional a nivel de equipo de salud y poblacional incorporando en todas las prestaciones indicaciones sobre alimentación saludable y actividad física. Sumado a esto, utilizar la consejería en vida sana en todos los controles habituales de la mujer y del niño con énfasis en la alimentación saludable y actividad física
- Evaluar el estado nutricional de las mujeres durante el embarazo, cautelando el aumento de peso y promoviendo la recuperación del estado nutricional pregestacional.
- Intervenir oportunamente en la infancia, con una consulta nutricional al 5to mes de vida, con el objeto de promover la lactancia materna hasta los seis meses de edad y mantención de la lactancia materna en régimen de alimentación mixto hasta el año de edad.
- Educar en alimentación al destete para la formación de hábitos alimentarios adecuados en el niño(a) en transición entre lactancia y alimentación familiar, así como educación de las madres en manejo de problemas frecuentes en la alimentación de los primeros años de vida, y otra consulta nutricional a los 3 años y 6 meses para todos los niños(as) beneficiarios, para reforzar estilos de vida saludable. (MINSAL, 2002)

Lo que pretende esta intervención, es rescatar la vital importancia de la salud y nutrición de las madres antes del embarazo y durante el transcurso de éste, y la alimentación del niño(a) durante los primeros meses, para la prevención de la

obesidad, donde la lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses se hace esencial para luego continuar con una alimentación complementaria apropiada, contribuyendo así a un adecuado desarrollo físico y mental del niño, ya que en esta etapa debe iniciarse la Alimentación Complementaria, que corresponde a la administración de cualquier alimento distinto a la leche, y que está orientada a complementar todos los nutrientes que el niño(a) necesita a esta edad y a lograr el desarrollo normal de la conducta alimentaria. Durante este período el niño(a) va a experimentar aceptación o rechazo a estas nuevas experiencias, situación que debe considerarse en la incorporación de nuevos alimentos, evitando rechazos pertinaces o preferencias exageradas por uno u otro alimento (MINSAL, 2005).

Sumado a esto, se implementaron Programas Comunales de Promoción de Salud y Establecimientos Educativos Promotores de la Salud (EEPS), que buscaban que todos los miembros de la comunidad y de la comunidad educativa realicen actividades que contribuyan a elevar el nivel de salud. Para esto, se plantearon Programas comunitarios y estrategias de espacios saludables, en escuelas (kioskos y colaciones saludables), en comunas (información al consumidor, talleres educativos y actividades demostrativas) y en empresas (mejoramiento de la calidad de la alimentación en casinos), donde las intervenciones mínimas propuestas guardan relación con la promoción de la alimentación saludable y la actividad física (MINSAL 2008).

Adicionalmente, se crearon los Consejos VIDA CHILE nacional, regionales y comunales, que buscaban coordinar las políticas públicas de las distintas instituciones públicas y privadas con el fin de promover estilos de vida saludable (Vio, F., Salinas, J., 2006). Teniendo como objetivos el detener la explosión de los factores de riesgo, desarrollar los factores protectores de la salud de carácter psicosocial y ambiental, fortalecer los procesos de participación ciudadana y consolidación de redes sociales, reforzar el rol regulador del Estado sobre los condicionantes de la salud y crear una nueva política pública de salud y calidad de vida (Propuesta EGO-Chile, 2006).

Por otra parte, en relación a la mejora de la regulación en el control de alimentos, en el año 2006 se introdujeron modificaciones al Reglamento Sanitario de Alimentos, consiguiendo la obligatoriedad del etiquetado de alimentos. Además, se han elaborados guías para alimentación saludable y vida activa con la finalidad de estandarizar los consejos para la población, y desarrollar campañas comunicacionales, las cuales se han realizado desde el año 2003 a nivel comunal, regional y tres con cobertura nacional. Como por ejemplo, la campaña "5 al día", que tenía como objetivo, aumentar el consumo de frutas y verduras de la población.

Aun así, considerando todos los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud, cuando se realizó una evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos sanitarios

a mitad del periodo (año 2005), se observó que la obesidad en infantes menores de seis años y embarazadas atendidos en el sistema público se ha mantenido estable en los últimos años, y no se observó una disminución de la prevalencia, como se esperaba al inicio de este proceso. Sin embargo tampoco tuvo un aumento como era la tendencia durante los años 1994 y 1999 (MINSAL, 2005). Este pobre resultado, puede ser producto de la descoordinación existente entre los distintos sectores implicados en la elaboración de planes de acción frente al problema de la obesidad, los que evidencian una pobre comunicación entre salud y educación para abordar este problema en conjunto, y así dirigir los recursos bajo una misma línea de acción. Además la existencia de programas públicos aislados y fragmentados, los escasos canales de cooperación y participación de esos programas, la insuficiencia de recursos presupuestarios y las bajas coberturas alcanzadas hasta el momento, han sido un obstáculo al momento de avanzar hacia la meta y disminuir la obesidad.

Por otra parte, las estrategias para generar un cambio cultural, no han surtido efecto debido a que no se cuenta con sistemas de control, evaluación y supervisión directa y continua. Por ejemplo, seguimos viendo que en los kioscos “saludables” predominan la venta de comida chatarra de muy bajo costo lo que permite el acceso a ellas por parte de los niños. Sumado a esto, evidencias sugieren que los padres no han facilitado la adquisición de estos productos a sus hijos, no comprometiéndose lo suficiente en la internalización de hábitos de los niños.

Por otra parte, la estrategia de promoción no se ha direccionado a través de los medios de comunicación masivos, y no existe una regulación publicitaria con respecto al tipo de alimento que promueve la televisión, en su mayoría comida chatarra, bombardeando a los niños con publicidad de productos poco saludables y auspiciados por figuras televisivas que son modelos a seguir para los niños, promoviendo así hábitos de vida poco saludables. (Cancino, R., Soto, V., 2007)

MARCO TEÓRICO

3.1 Desarrollo Conceptual de la Actitud

Tanto en psicología como en otras ciencias sociales el término actitud se ha vuelto un término difícil de aprehender, por lo que se han propuesto distintas definiciones de mayor o menor complejidad. Por esto se hace necesario entender este concepto como un constructo dinámico y con supuestos a la base.

Una de las definiciones es la planteada por Allport quien define la actitud como: “Estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona” (Allport, 1935). Dicha definición se relaciona con toda disposición general hacia un cierto acto, objeto, persona, etc. en consonancia con la propuesta realizada por Moscovici, quien entiende la actitud como “una disposición interna del individuo respecto de un objeto de actitud” (Moscovici 1986), hasta aquí la actitud como concepto general siempre es visto como algo etéreo y vago. Es Thurstone quien en 1928 da énfasis al carácter evaluativo de la actitud, plasmándolo por primera vez en una relación matemática. A partir de esto se esboza la actitud como un concepto multifacético.

Más tarde otros autores profundizan en diversas áreas de la actitud como son la naturaleza evaluativa de la actitud y los componentes que la conforman (Katz y Stotland, 1959; Rosenberg y Hovland, 1960; Smith, 1947).

En la actualidad, los múltiples estudios que se han hecho sobre actitud, estarían de acuerdo en definirla como “evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas, que técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud” (Morales, 2007). Según esta definición, al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud. (Eagly y Chaiken, 1998; Patty y Wegener, 1998).

3.2 Modelos de Actitud

A lo largo de los años un aspecto que ha generado interés entre los investigadores es el estudio de la estructura y funcionamiento actitudinal, por este motivo se han formulado diversos modelos donde se conceptualiza y operacionaliza el término actitud. Dichos modelos son simplificaciones de la realidad que representan relaciones entre variables con apoyo teórico y empírico.

Desde la perspectiva actitudinal el investigador formaliza a través de los modelos las relaciones entre diversas variables, facilitando comprensión y el entendimiento a la

modificación de las relaciones entre actitud y conducta. De la gran variedad de modelos actitudinales existentes, se ahondara en aquellos que han tenido mayor relevancia investigativa.

3.2.1 Modelo Unidimensional

Este modelo proporciona mayor relevancia al componente evaluativo de la actitud, utilizándolo para referirse “a un sentimiento general, permanentemente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema”. Desde esta perspectiva es necesario diferenciar la actitud (que representaría las emociones relacionadas con el objeto de actitud), las creencias (opiniones del sujeto acerca del objeto de actitud) y la intención conductual (disposición a comportarse de cierta forma en relación al objeto de actitud) (Sanchez, Mesa, 1998).

3.2.2 Modelo Multidimensional

En esta propuesta la actitud se entiende como “una predisposición a responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de respuesta” (Rosemberg, Hovland y cols., 1960). Por otro lado Beckler (1984) intentó operacionalizar el modelo multifactorial de la actitud, manteniendo que existen tres componentes en las actitudes, los cuales se relacionarían entre sí. Estos son el componente afectivo (considerado como fundamental, donde al objeto de actitud se le asocian sentimientos de agrado y desagrado), el componente cognitivo (conocimientos sobre un objeto) y el componente conductual (tendencias a la acción en relación a una actitud). Estos tres componentes tienen un importante carácter evaluativo, cada uno diferente a los demás, pero que guardan alguna relación entre ellos. Los componentes son considerados como factores de primer orden y la actitud como un único factor de segundo orden.

La ventaja que presenta este modelo es que enriquece el concepto de actitud como una tendencia evaluativa, con elementos cognitivos como precondition y elementos conductuales como una consecuencia lógica (Eagly, 1992). Por otra parte da cuenta del carácter social del concepto de actitud, ya que mediante el sistema de creencias, sentimientos e intención conductual, el sujeto establece una vinculación con el mundo social.

Sin embargo este modelo no recibe la aprobación de algunos teóricos actitudinales, Zanna y Rempel (1988), critican la presunción de la existencia de una relación positiva entre actitud y conducta, cuando esta no siempre es positiva en todas las ocasiones.

Este modelo ha sido ampliamente divulgado pero poco utilizado por los investigadores. La causa de esto puede ser el poco consenso en cuanto a la significación de cada uno

de los componentes, lo que se ha visto opacado por la gran atención de los teóricos actitudinales en la validación de los tres componentes y su aplicación en temas relacionados con el cambio actitudinal y la predicción de la conducta, impidiendo comprobar su poder explicativo.

Por otro lado este modelo ha recibido poco apoyo empírico debido a la alta correlación entre sus componentes. No obstante autores como Petty (1994) aluden a la necesidad de mantener la diferenciación de los componentes afectivos, cognitivos y conductual en el constructo actitudinal debido a lo útil que es para realizar mediciones de actitudes.

3.2.3 Modelo Expectativa Valor

Esta propuesta cuyo mayor expositor es Fishbein, describe una relación entre actitud y conducta, donde la actitud de la persona hacia el objeto de actitud es una función del valor de los atributos asociados al objeto y de las expectativas, es decir, la probabilidad subjetiva de que el objeto de actitud esté caracterizado por esos atributos. Así, se predice una actitud multiplicando los componentes del valor y de la expectativa asociada a cada atributo, y sumando estos productos. Fishbein y Ajzen reducen los tres componentes de la actitud postulados por el modelo multidimensional a uno solo, el componente evaluativo. Estos autores rechazan que el componente cognitivo forme parte de la actitud y consideran la característica evaluativa como la más importante e incluso el único componente, postulando que es necesario diferenciar el concepto actitud, del de creencias, de intención conductual y conducta manifiesta. En este modelo las creencias se definen como las opiniones que el sujeto posee acerca del objeto de actitud, la intención conductual como una disposición por parte de las personas para realizar un cierto tipo de comportamiento en relación al objeto de actitud y a la conducta no la conciben como parte de la actitud.

El modelo no ha estado exento de críticas, algunos autores (Breckler, 1984; Schlegel y DiTecco, 1992) demuestran que si bien la estructura actitudinal se puede conceptualizar como una sola respuesta afectiva, esto sólo es posible si las creencias acerca del objeto actitudinal son simples y no hay contradicción; de modo contrario la respuesta evaluativa no representa la estructura de la actitud. Otros autores opinan que un objeto actitudinal podría ser evaluado de determinada manera y no producirse una emoción asociada a la evaluación.

3.2.4 Modelo Metacognitivo

Modelo propuesto por Petty y Briñol (2006), en la que los objetos de actitud están representados en la memoria junto con sus asociaciones evaluativas, en función de la

dimensión bueno-malo; estas asociaciones varían en su fuerza. Este modelo señala que las relaciones entre el objeto de actitud y su evaluación son sólo asociaciones y pueden reflejar todo tipo de información, deseos o actitudes pasadas. Estas asociaciones en sí mismas no constituyen la actitud real.

Este modelo permite asociaciones separadas para lo positivo y lo negativo, ambas pueden formarse a través de distintos mecanismos, asociativos, cognitivos, afectivos. Siguiendo este enfoque sólo se puede hablar de actitud cuando las personas reconocen estas asociaciones como propias. Éstas estarían representadas en la memoria junto con sus etiquetas relacionadas con su validez (Morales, 2007).

3.3 Relación Actitud-Conducta

En psicología la relación entre el concepto de actitud con la conducta ha significado debates y años de investigación. Su eje central ha sido la definición: “las actitudes determinan lo que hará cada individuo” (Allport, 1935), derivándose de ahí trabajos que apuntan tanto a saber cómo se forma una actitud y cómo éstas se pueden cambiar, teniendo siempre en cuenta que uno de los principios básicos en psicología es poder predecir, cambiar y controlar la conducta, que en teoría vendría determinada por una actitud.

3.3.1 Conflicto en la Relación Actitud-Conducta

El problema de la relación entre actitud y conducta fue abordado tempranamente en la investigación realizada por LePiere (1934), en la cual se intentó ver la relación que existía entre la actitud declarada y la conducta efectiva. En dicha investigación LePiere profundizó sobre las actitudes raciales y su relación con conductas de aceptación y rechazo de dueños de locales hacia personas de alguna minoría étnica, en este caso los chinos. La relación que él encontró fue muy baja o nula, ya que si bien las personas se mostraron altamente prejuiciosas en los cuestionarios, esto no se tradujo en conducta prejuiciosa cuando el investigador recorrió los mismos locales acompañado de una pareja de chinos. A estos resultados se agregaron trabajos posteriores que tampoco pudieron develar la relación entre actitud y conducta (Ajzen y Fishbein, 1970; Corey, 1973), consiguiendo de esta forma configurar una perspectiva más bien pesimista con respecto al estudio de la relación actitud-conducta.

Asimismo, Wicker (1969) al revisar diversos trabajos que intentan ver la correlación entre actitud y conducta llega a la conclusión de que las actitudes logran predecir en el mejor de los casos el 1% de la varianza de la conducta, proponiendo que sería mejor abandonar el concepto de actitud dentro del marco de investigación en psicología social.

Wicker (1971) también critica que los investigadores introduzcan de manera poco ordenada el constructo actitud, dentro del amplio conjunto de variables causantes de la conducta para incrementar la predicción del comportamiento; incluyendo así tanto las variables situacionales como las personales, sin que estas se hayan analizado previamente en algún estudio sistemático.

A esta perspectiva se le suman una serie de investigaciones y estudios provenientes de la tradición investigadora de las actitudes que también ponen en duda la relación existente entre actitud-conducta (Deutscher, 1969, 1973; Warner y DeFleur, 1969; Ehrlich, 1969; Zimbardo y Ebbesen, 1970; Abelson, 1972).

3.3.2 Explicaciones al Conflicto Actitud Conducta

No es hasta finales de los 70 cuando se comienza a recuperar el concepto de actitud, tomándolo como un término útil para el estudio en psicología (Fishbein y Coombs, 1974; Azjen y Fishbein, 1977). Se plantea que investigaciones como la de LaPiere (1934) poseen deficiencias metodológicas, por lo que no sería un argumento válido para decir que no existe la relación actitud-conducta (Worchel, 2002). Por otra parte, investigaciones como las realizadas por Wicker, reflejaron la utilización de medidas generales de actitud para predecir conductas muy específicas y concretas.

Debido a estas nuevas aproximaciones al concepto de actitud y más en específico en la relación entre actitud y conducta, se intentó abandonar preguntas generales para abocarse en preguntas más acotadas, entrando en temas como “cuándo están correlacionadas las actitudes y la conducta”, “qué factores influyen en el tamaño de la correlación, cuándo y si ésta existe” (Stahiberg y Frey, 1992), por lo tanto se deja a un lado el cuestionamiento constante de si la actitud y la conducta se encuentran relacionadas en todo momento, y más bien se toma la idea de ver en qué momentos y bajo qué circunstancias podemos establecer una relación predictiva actitud-conducta.

Por consiguiente hay a lo menos dos puntos que se deben tener en cuenta cuando hablamos de la relación actitud-conducta, el primero de estos refiere a los aspectos metodológicos circundantes a esta relación y el segundo que menciona las variables moduladoras relacionadas con la actitud.

3.3.2.1 Explicación Metodológica

En relación a la perspectiva metodológica se puede argumentar que las mediciones de actitudes y de conductas en muchos de los casos se hacen en niveles muy diferentes, lo que provocaría una baja relación entre estas (1972, 1975; Ajzen y Fishbein, 1977, 1980). Esto se ve reflejado en la investigación de LaPiere en la cual no se media una actitud real sino intenciones conductuales; donde la intención y la conducta poseían

distintos niveles de especificidad, por lo que la relación entre una y otra no se veía reflejada.

Por este motivo, la perspectiva metodológica pone especial énfasis en los niveles de especificidad de la actitud medida de acuerdo con los niveles de especificidad de conducta predicha. Dicho de otra forma, para poder predecir conductas a nivel general se puede tomar actitudes generales y serán buenos predictores. Pero si queremos saber cómo serán las conductas específicas, lo que se debería conocer son actitudes específicas (Fishbein y Ajzen, 1972; Ajzen y Fishbein 1977, 1980; Ajzen, 1982).

A partir de esto se puede afirmar que la relación actitud-conducta parece ser alta cuando se poseen planteamientos teóricos correctos y métodos de medición adecuados (Calder y Ross, 1973, 1976; Kelman, 1974; Schuman y Johnson, 1976).

Como se ha mencionado, la actitud influiría en la conducta de forma global y no específica. Con respecto a la conducta específica se vuelve importante tener claras dos ideas. La primera se relaciona con el concepto de intención conductual, que hace referencia a la fuerza o preferencia que tiene el individuo para realizar una conducta (Fishbein y Ajzen, 1975). La segunda, tiene que ver con la confusión al medir la actitud hacia la conducta y la actitud hacia el objeto conductual, siendo esta última la que se ha tratado de medir tradicionalmente y que ha generado confusión, en la relación actitud-conducta (Fishbein y Ajzen, 1975).

En otro de los acercamientos realizados en la relación actitud-conducta se hace mención a la investigación, al cómo y en qué momento se establece la relación, y no al problema concreto en la relación actitud-conducta. De esta forma uno de los primeros aportes obtenidos, hace referencia a la relación temporal que separa la evaluación de la actitud y la medición de la conducta (Davidson y Jaccard, 1979; Schwartz, 1978), ya que con el tiempo puede cambiar la actitud, la intención conductual, o ambos.

3.3.2.2 Explicación a través de Variables Moduladoras

Las variables moduladoras son aquellas que median entre la actitud y la conducta. Dentro de éstas, es importante destacar por lo menos dos dimensiones; las que hacen referencia a la actitud propiamente tal y las relacionadas con aspectos individuales.

En lo que respecta a las variables moduladoras relacionadas con la actitud, una de ellas es la **estabilidad de la actitud**. Esta estabilidad estará dada por la consistencia afectivo-cognitivo que tendrá la actitud; la importancia de esto será que cuando una persona detecta una inconsistencia entre lo que piensan (cognición) y lo que sienten (afecto), tenderán a cambiar uno de ellos o ambos, lo que hace que esta actitud se vuelva volátil y difícil de aprehender. Por el contrario, las actitudes que presentan una

coherencia entre estas dos dimensiones van a tender a mantenerse en el tiempo (Rosenberg, 1968).

Otra variable a la que se debe hacer mención es la **intensidad de la actitud**. El término intensidad provoca algo de confusión, por este motivo es importante tener en cuenta que cuando se habla de intensidad se implican diversos aspectos tales como la fuerza de la reacción emocional proporcionada por la actitud, la preocupación y afectación personal, la cantidad de información que posee la persona hacia el objeto de la actitud y hasta qué punto la actitud acude a la mente (accesibilidad de la actitud) (Krosnick y col., 1993). En cuanto a la reacción emocional, se logra identificar en base a diversos estudios que cuanto mayor sea la fuerza de la reacción emocional mayor será la tendencia a utilizar dicha actitud en el procesamiento de la información, la toma de decisiones y en síntesis, la conducta (Kraus, 1995).

Por otra parte la **accesibilidad de la actitud** podría definirse como “la intensidad del vínculo objeto-evaluación de la actitud en la memoria” (Baron y Byrne, 1998), o también como “la facilidad con la que una actitud viene a la mente” (Worchel y col., 2003). Se puede decir entonces, que cuando una persona se ve enfrentada a un objeto actitudinal, esta actitud es activada y funciona como un filtro. Así, si la actitud activada es positiva lo más probable es que el sujeto reconozca, atienda y procese las cualidades positivas que el objeto muestra en la situación inmediata. En contra de esto, si la actitud activada es negativa, la atención se dirigirá a las cualidades negativas del objeto. Por lo tanto se puede decir que las valoraciones actitudinales estarían influenciando el procesamiento de la información (Fazio, 1989). Es por esta razón que a mayor accesibilidad de las actitudes en la memoria, mayor probabilidad que estén influyendo en conductas posteriores.

Es por eso que la accesibilidad de las actitudes es uno de los moduladores más importantes, según diversas investigaciones (Fazio, 1989). Para medir este factor modulador se evalúa la velocidad de respuesta a escalas actitudinales (Fazio, Jackson, Dunton y Williams, 1995; Fazio, 1990; Houston y Fazio, 1989; Fazio y Williams, 1986).

En última instancia y en cuanto al grado de conocimiento de la actitud, se ha llegado a la conclusión que el conocimiento que viene determinado por **experiencia conductual** propiamente tal, es un determinante más efectivo de conducta, que las actitudes que vienen dadas de un conocimiento no conductual (lecturas, información externa, etc.). Esto se puede explicar de diversas maneras:

- En primer lugar, la **experiencia directa**, al estar disponible para la persona, aporta una mayor cantidad de información sobre el objeto actitudinal;

- Secundariamente, esta *información* genera nuevas sensaciones positivas en las personas cuando estas ven que pueden tomar decisiones a partir de sus propias actitudes (Fazio y Zanna, 1981).
- Sumado a esto, las actitudes formadas a través de *empatía* con alguien que está en contacto con el objeto actitudinal, se comportan de forma similar a las formadas por la experiencia directa (Fazio, Zanna y Cooper, 1978; Fazio y Zanna, 1981).

Por otra parte, estas actitudes formadas a través de la experiencia directa con el objeto actitudinal y por la empatía son más estables, resisten mejor los ataques y críticas y por lo tanto inspiran mayor confianza en la persona que las mantiene, siendo más probable su evocación ante la presencia del objeto actitudinal y mayor su influencia en la conducta. (Morales, Reboloso y Mora 1994).

A pesar que diversas investigaciones argumentan que la **formación externa de la actitud** juega un rol fundamental en la modulación de la relación actitud-conducta (Borgida y Campbell, 1982; Schlegel y DiTecco, 1982) siguen siendo las actitudes formadas por la experiencia directa las que presentan mejor predicción de la conducta (Stahiberg y Frey, 1992).

En lo que respecta a las variables moduladoras relacionada con aspectos individuales, hay una fuerte evidencia de que el vínculo actitud conducta se presenta más fuerte en algunas personas que en otras (Baron y Byrne, 1998). Uno de los factores que estaría influyendo de forma sustancial en esto, es la capacidad de autoobservación de cada individuo, siendo las personas con menor autoobservación las que muestran mayormente este vínculo (Snyder, 1979; Snyder y Swann, 1976; Snyder y Kendziersky, 1982).

3.4 Modelos Explicativos en la Relación Actitud-Conducta

Como se ha podido apreciar en los apartados anteriores, la vinculación Actitud-Conducta presenta diversos factores que a la hora de tomar decisiones median la respuesta conductual específica de las personas. Por este motivo, ha resultado difícil tanto teórica como metodológicamente elaborar un modelo explicativo de esta relación.

En la década del 70, durante el mayor apogeo de la revolución cognitiva, el énfasis en los procesos racionales del ser humano tiene repercusiones tanto en la psicología en general, como en el estudio sobre actitudes en particular, el cual asume una mirada bastante más centrada en los procesos cognitivos que median la conducta (Brehm y Kassir, 1989).

Es en Fishbein y Ajzen donde este paradigma se ve representado con mayor fuerza (1975; Ajzen y Fishbein, 1980), logrando, a la base de la perspectiva cognitiva, formular el primer modelo que intenta desdeñar esta compleja relación, la Teoría de la Acción Razonada (TAR).

La teoría de la acción razonada (TAR) impacta tanto en psicología como en el estudio de actitudes, fundamentalmente porque cambia el foco de estudio de las actitudes desde un nivel objetual hacia un nivel conductual, es decir, en vez de analizar la actitud hacia un objeto actitudinal (los chinos, la droga, etc.) se establece la actitud hacia la conducta (golpear a alguien, discriminar, alimentar) (Peiró y col., 1996; Warchel y col., 2003). El nombre que recibe el modelo viene dado por la concepción de los autores de que “el humano es un ser racional que utiliza y procesa sistemáticamente la información disponible de forma razonable para llegar a una decisión conductual” (Fishbein, 1980). Dicho de otra forma los seres humanos son seres capaces de utilizar la información para enjuiciar, evaluar y ejecutar decisiones (Ajzen y Fishbein, 1980).

Otro trabajo que influenció la TAR, fue el de Rosenberg (1956), sobre la teoría de la consistencia afectivo-cognoscitiva, basada en los principios homeostáticos de Heider y su teoría del equilibrio. Rosenberg establece una conceptualización estructural, analítica y relacional de las actitudes, a las que considera constituidas por dos componentes fundamentales, el cognitivo y el afectivo. La conceptualización, la metodología y operativa de esta teoría es muy similar, de alguna u otra forma al trabajo de Ajzen y Fishbein teniendo un marco teórico central muy similar.

La gran diferencia que presentan estas propuestas teóricas, es que Rosenberg apuntó a un nivel estructural de la actitud sin proponer cómo ésta se puede materializar en una conducta, a diferencia de la propuesta hecha por Ajzen y Fishbein, que se sustenta en la relación actitud-conducta. Por otro lado, la teoría de Rosenberg sólo explicaba la relación actitud-conducta por la coherencia entre la cognición y el afecto, a diferencia de la teoría de Ajzen y Fishbein donde se manifiestan más variables y mayor modificabilidad en la expresión de la actitud en una conducta.

3.4.1 Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1975)

La Teoría de la Acción Razonada (TAR), va a conducir la investigación entre la relación actitud-conducta (Olson y Zanna), en respuesta a las duras críticas manifestadas hacia el concepto de actitud, y a su relación fehaciente con la predicción de la conducta (Wicker, 1969).

La TAR (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980) toma los tres componentes básicos del concepto de actitud (cognitivo, afectivo y conductual) y los une de forma de

cadena causal. Suponiendo que la conducta humana es voluntaria, Ajzen y Fishbein afirman que el pronóstico de la acción estará determinado por la intención conductual. La TAR consta de tres componentes previos a la conducta: la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y la intención (Ver figura 2).

Figura 2

La intención es el determinante directo de la conducta, por lo que cuando el individuo tiene una intención conductual es muy probable que lleve a cabo dicha conducta.

Por otro lado, la intención estaría precedida por dos componentes previos, los cuales se elaboran a partir de la base informativa o creencias (Morales, Reboloso y Moya, 1994).

Asimismo, la actitud hacia la conducta es de alguna forma el grado en cómo el sujeto considera favorable o desfavorable la conducta en cuestión; por su parte la norma subjetiva estará determinada por una variable social, tanto de la percepción de expectativas de las otras persona hacia la realización o no de la conducta, como también de la motivación del sujeto a cumplir o no estas expectativas.

El peso que tendrá cada uno de estos dos componentes previos a la intención será variable, y la determinación de este peso será determinado empíricamente.

En un comienzo, el modelo incluía a la motivación personal como mediador entre la intención y la conducta, pero en revisiones posteriores, Ajzen y Fishbein decidieron quitar esta variable, ya que en investigaciones empíricas aparecía siempre una tendencia al máximo grado de relación entre la motivación personal e intención conductual (Lameiras, 1997).

Por otra parte es importante destacar que existen a lo menos tres condiciones básicas para que la intención conductual sea un buen predictor de conducta. La primera de ellas es que la intención conductual y la conducta deben estar medidas con el mismo grado de especificidad, es decir, en intenciones conductuales generales solo se podrá predecir conductas generales. La segunda versa en la idea de que no debe haber un

cambio en el intervalo temporal entre la medida de la intención conductual y el cotejo de la conducta, ya que este tiempo puede hacer que la intención cambie y la conducta realizada sea otra a partir del cambio en la intención. Y en tercer lugar para que la intención conductual pueda predecir la conducta, ésta debe estar bajo el control voluntario del individuo. A partir de este último concepto, la teoría evoluciona hacia la teoría de la acción planificada.

La TAR ha sido aplicada en una serie de estudios de conductas tales como prevención del SIDA (Fisher, Fisher y Rye, 1995), el control de natalidad (Crawford y Boyer, 1985; Fishbein y cols., 1980), el voto (Fishbein y cols., 1980; Ajzen y cols., 1982; Netemeyer y Burton, 1990), hacer dieta y ejercicio (Bentler y Speckart, 1981; Valois y cols., 1988), control de peso (Saltzer, 1981), comportamiento de tráfico (Beck, 1981; Jonah y Dawson, 1982; Vogel y Rothengatter, 1984), uso de drogas y alcoholismo (Budd, 1986; Wolford y Swisher, 1986), prácticas de salud (Ajzen y Timco, 1986), relaciones sexuales (Warshaw y Davis, 1984), uso de preservativos (Sutton y cols., 1999; Davidson y Jaccard, 1983), donación de sangre (Warshaw y cols. 1986), rotación de empleo (Pretholdt y cols., 1987), comportamiento consumista (Tuck, 1976; Ryan y Bonfield, 1980), actividades diarias (Madden y cols., 1992), vida sana (Henning y Knowles, 1990; Kristiansen y Eiser, 1986), uso de energías (Verplanken, 1989), poder nuclear (Bowman y Fishbein, 1978), conciencia ecológica (Gill y cols. 1986; Weigel y Vernon, 1974), comportamiento moral (Vallerand y col., 1992), pérdida de peso (Sejwacz, Ajzen y Fishbein, 1980), planificación familiar (Davidson y Jaccard, 1975; Jaccard y Davidson, 1972). Incluso se han realizado revisiones meta analíticas (Sheppard y cols., 1998; Van de Putte, 1993) que confirmaron su elevada capacidad predictiva.

Las críticas provenientes de diversos sectores hacia el modelo, se basan fundamentalmente en que la TAR sólo puede aplicarse en la predicción de conductas que encuentran bajo el control de la persona, lo que haría que la TAR tuviera sólo un alcance medio y en situaciones específicas; ya que no se puede desconocer que muchas conductas no dependen exclusivamente del sujeto. El propio Ajzen es el que menciona que la elección conductual está sujeta a algún grado de incertidumbre, existiendo por tanto condiciones límites que impedirían la aplicación de la TAR con éxito (Ajzen, 1985; Ajzen y Madden, 1986; Schifer y Ajzen, 1985).

Lo que estaría marcando el límite entre de la aplicabilidad del modelo, está dado por el control volitivo, en el cual se habla que existe un continuo, en el que en un extremo se encuentran conductas sencillas de las cuales se tiene mucho control como leer un libro, comprar tal o cual ropa, etc., y en el otro extremo conductas de las cuales se tiene bajo nivel de control como dejar de consumir drogas (Schiegel y cols., 1992),

ubicándose la mayoría de los comportamientos en el centro de estos dos extremos.

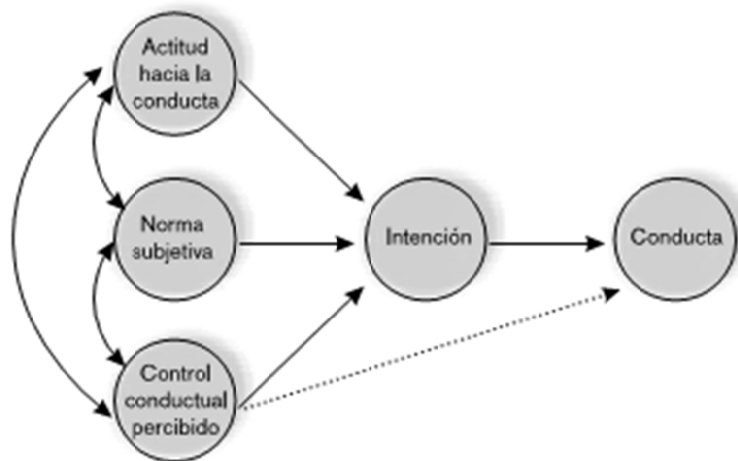
Además de la relación entre complejidad de la conducta y control volitivo, hay otras variables que influyen en que un comportamiento posea o no control volitivo. Esto por ejemplo tiene que ver con la oportunidad o posibilidad de realizar una determinada conducta. Siguiendo el argumento de Ajzen y Madden (1986) “los comportamientos llegan a ser menos volitivos cuando su realización es más contingente a la presencia de oportunidades apropiadas o a la posesión de recursos adecuados (tiempo, dinero, habilidades, cooperación de otras personas, etc.)”, por lo que cuando estos recursos no se encuentran presentes, la TAR pierde capacidad predictiva.

A partir de lo anteriormente expuesto y haciendo un esfuerzo por intentar ampliar la aplicación del modelo, se propone una nueva teoría llamada Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) (Ajzen, 1980; Ajzen y Madden, 1986), la cual se convierte en una extensión de la TAR, recogiendo las críticas antes expuestas, agregando que incluso las actividades más habituales pueden estar en ocasiones fuera del control voluntario del sujeto.

3.4.2 Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen y Madden, 1986)

La Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) al ser heredera de la TAR, identifica los dos determinantes propuestos por ella (actitud hacia el comportamiento y norma subjetiva), y agrega un tercer componente llamado control conductual percibido (Ver figura 3). Este último hace relación a “la facilidad o la dificultad percibida de realizar el comportamiento, y se supone que refleja la experiencia pasada así como impedimentos anticipados y obstáculos” (Schifter y Ajzen, 1985).

Figura 3



Esta solución es la propuesta que hace Ajzen, para las limitaciones que presentaba su modelo anterior, ya que al agregar este componente, el rango de acción del modelo se incrementa, incluyendo la posibilidad de ser aplicado en conductas donde el individuo posee un bajo control percibido (como es el caso de adicción a drogas).

A continuación se detalla cada componente del modelo, a saber: **Actitud hacia la conducta, norma subjetiva, control conductual percibido, intención y conducta** (ver figura 3).

3.4.2.1 Intención Conductual

La TCP a diferencia de los modelos clásicos de actitud, logra separar el componente de intención conductual para situarlo en un nivel más avanzado que los previos, alejando así este componente de la composición actitudinal propiamente tal. Este componente se entiende como una disposición individual de llevar a cabo un determinado comportamiento, retomando de esta forma el concepto de intención conductual de Triadis (1964) y Kothandapani (1971). En palabras de Fishbein y Ajzen esta intención se define como: “La localización de una persona en una dimensión de probabilidad subjetiva que incluye una relación entre la persona misma y alguna acción” (Fishbein y Ajzen, 1975).

Al igual que en la TAR, en la TCP la intención conductual debe ser el antecedente inmediato de la conducta, diferenciándose de esta forma de la variable actitud, como también de las creencias. Es de esta forma como la actitud influiría en conjunto con la norma subjetiva y el control percibido, a la intención conductual, siendo ésta la que en definitiva determina la intención de realizar el comportamiento (Weish y Gordon, 1991). Cabe destacar por lo tanto, que es necesario diferenciar intención y actitud, conceptos que en muchos de los casos pueden ser confundidos, creyendo que la intención es homologable al componente conativo de la actitud. Por un lado la actitud estará relacionada con una totalidad de las intenciones respecto a un objeto actitudinal, no así la intención conductual que será mucho más específica y vendrá determinada por las tres variables precedentes en el modelo (Fishbein y Ajzen 1975., Lameiras, 1977).

Asimismo la medida de la intención se debe corresponder en su nivel de generalidad con la medida de la conducta (Fishbein y Ajzen, 1972; Ajzen y Fishbein, 1977). De esta forma, el factor que influye directamente con la relación intención-conducta, estará determinado por el nivel de especificidad entre la medida de ambas. La correlación por lo tanto, debiese ser mayor cuando los niveles de especificidad de ambos son más altos (Fishbein y Ajzen, 1975). El grado de especificidad de la conducta puede variar en función de la conducta misma, el objetivo, la situación y el tiempo, por tanto se hace indispensable identificar a lo menos cuatro elementos: la

acción, el destino de ésta, el contexto específico en la cual se desenvuelve y el periodo temporal al que hace referencia (Worchel y cols., 2003; Weish y Gordon, 1991). Así, cuando existe una observación con una unificación en estas cuatro dimensiones, se habla de un criterio de acto único; mientras que cuando se reitera la observación de la conducta como la observación de la intención en el tiempo, se habla de criterio de acto variable (Ajzen y Fishbein 1977).

3.4.2.2 Actitudes y Creencias

Como se mencionó en el apartado anterior, para Ajzen y Fishbein, el concepto de creencia se diferencia al de actitud, ya que la actitud tiene un carácter evaluativo, siendo este último el más importante de todos (Fishbein y Ajzen, 1975). Las creencias por otro lado representan la información que una persona tiene acerca del objeto, específicamente en una creencia, se une el objeto con algún atributo (Fishbein y Ajzen, 1975).

En el caso de las actitudes hacia un comportamiento, cada creencia une el comportamiento a cierto resultado o a algún otro atributo, tal como el coste contraído con la realización del comportamiento (Ajzen, 1991). De esta forma, cada vez que realizamos un comportamiento determinado o mantenemos la creencia de que dicho comportamiento va a causar una consecuencia deseable, generamos una actitud positiva hacia el comportamiento determinado. Si pasa lo contrario, la actitud que se forma será desfavorable (Ajzen, 1991). Es así como Fishbein y Ajzen (1975), a partir del modelo de Rosenberg en la teoría de la consistencia afectiva-cognitiva, sostienen que las actitudes se desarrollan sobre las creencias de los sujetos acerca del objeto actitudinal. En palabras de Ajzen (1991) “la explicación general sería que las personas forman las creencias sobre los objetos mediante la asociación de dichos objetos con determinados atributos (ya sean objetos, características o hechos concretos)”.

3.4.2.3 Norma Subjetiva

El concepto es entendido como: “un factor social llamado norma subjetiva, que se refiere a la presión social percibida para realizar o no el comportamiento” (Ajzen, 1991), por tanto refleja la influencia del entorno inmediato del sujeto para hacer o no una determinada conducta. Así también, la norma subjetiva puede ser entendida como lo que la persona evalúa que van a creer o esperar los otros “importantes” para ella, respecto de hacer o no, dicha conducta. La relevancia de los “otros importantes” hace relación con el concepto de ajuste social (Lameiras 1997), llevando a un nivel que antes no se había llevado, una teoría de psicología social. De esta manera, estudia dos fenómenos que antes se estudiaban separados: el concepto de ajuste social y

actitudes (toma de decisiones), ya que de esta forma las personas se acercan al grupo que los rodea (Morales y Moya, 1996).

El componente de norma subjetiva juega entonces, un rol fundamental en la fuerza de cada creencia normativa, ya que permitirá que la persona haga una evaluación respecto de su entorno, a partir de lo que cree, siente y hace, determinando también si el sujeto se ajusta o no al grupo referencial que tiene (Worchel y cols. 2003).

3.4.2.4 Control Percibido

El concepto de control conductual percibido es definido como: “la facilidad o dificultad percibida para realizar el comportamiento, y se supone que refleja la experiencia pasada, así como impedimentos anticipados y obstáculos” (Schifer y Ajzen, 1985).

El concepto de control voluntario, es bastante difícil de aprehender, pero en líneas generales se puede ligar al concepto de percepción de autoeficacia, que tiene que ver con “juicios de lo bien que uno puede ejecutar cursos de acción necesarios para hacer frente a situaciones de adquisición” (Bandura, 1982). En gran parte lo que se sabe acerca de la “percepción de control” es gracias a la investigación de Bandura y Col. quienes demostraron que el comportamiento está fuertemente influenciado por la confianza y la capacidad de la persona de llevar a cabo esta acción.

Una de las posibles soluciones que plantea el modelo de “Comportamiento planificado”, es que el control percibido influya de tal forma que se pueda pasar inmediatamente a la conducta, esto debido a que el control percibido guarda directa relación con la perseverancia de la persona. Es decir, si tenemos dos personas que tienen una misma intención, por ejemplo “seguir una dieta saludable para su hijo” y una de estas personas sabe que lo puede lograr, la otra duda poder hacerlo. Es muy probable que la persona que cree poder hacerlo (control percibido), lleve a cabo la conducta, no así la persona que de ante mano no cree poder hacerlo.

Por otra parte, este control percibido puede ser un reemplazante de la medida de control real. Asimismo y siguiendo el ejemplo anterior si dos personas poseen la intención de “seguir una dieta saludable para su hijo”, pero ninguno de ellos sabe cuáles son los medios para hacerlo o si están a su alcance, la sola creencia de uno de ellos que lo puede hacer basta para por lo menos, sustentar un intento de la conducta que se quiere predecir. Por supuesto esto va a estar dado por la fuerza de la creencia y por la posibilidad de que este control percibido se pueda transformar en un futuro en control real (Ajzen, 1985).

Por otra parte, es el propio Ajzen (1991) quien plantea que en casos extremos en donde el individuo no posea un control voluntario mínimo, aunque exista la intención de querer realizar una acción determinada, una firme intención basada en actitudes

positivas y percepción de control sobre la acción, determinadas circunstancias imprevistas o carencias de habilidades pueden impedir la ejecución real de la conducta. A pesar de esto en algunas ocasiones, la misma idea de control puede reemplazar el control actual dependiendo de la persona y de la situación en la que se está operando. Sin embargo mientras el control percibido sea realista puede predecir la probabilidad del resultado de la conducta (Ajzen, 1985).

Existe una forma que el control percibido influya directamente en la conducta sin mediar con la intención (ver figura 3). Este caso se da cuando hay una intención formada y la realización es sólo dependiente del control actual. De esta forma el control percibido pasaría a reemplazar total o parcialmente el control real, siendo la conducta dependiente directamente del control percibido (Ajzen y Madden, 1986).

A pesar de esto para que el efecto tan importante del control percibido llegue a buen fin, se deben cumplir dos condiciones (Lameiras, 1997).

- Que la conducta que se desea predecir no esté bajo un completo control volitivo, ya que cuando este existe, el control conductual percibido se vuelve irrelevante pudiendo ser utilizada la TAR.
- Que la percepción de control conductual pueda reflejar y/o reemplazar el control real, de no ser así, el control percibido no ayudaría a predecir la conducta.

3.4.3 Implicancias del Modelo TCP

La teoría del comportamiento planificado, al ser una expansión de la TAR, en palabras de Ajzen (1991): “está, en principio, abierta a la inclusión de predictores adicionales, si esto muestra que capturan un significativa proporción de la variable de intención o comportamiento después de que se ha tenido en cuenta las variables corrientes de la teoría”.

Son bastante las variables externas que se han agregado al modelo para intentar dar cuenta de diversas conductas dentro de las cuales podemos mencionar las siguientes: la conducta pasada (Norman y Smith, 1995; Eagly y Chaiken, 1993; Bagozzi y Warshaw, 1990; Van Ryn y Vinokur, 1990; Dillon y Kumar, 1985; Fredericks y Dossett, 1983; Bagozzi, 1981; Bentler y Speckart, 1979; Ajzen y Driver, 1992; Beck y Ajzen, 1991); dimensiones morales, como la “obligación moral percibida” (Raats y Shepherd, R. y Sparks, 1995; Parker, Manstead y Stradling, 1995; Beck y Ajzen, 1991; Gorsuch y Ortberg, 1983; Schwartz y Tessler, 1972; Zuckerman y Reis, 1978; Pomazal y Jaccard, 1976); Género (Amaro, 1995); autoeficacia (McAuley y Courneya, 1993; De Vries, Dijkstra y Kuhlman, 1988; Bandura, 1977, 1982, 1986); hábito (Ronis, Yates y Kirscht, 1989; Triandis, 1977, 1980; Brinberg, 1979; Landis, Triandis y Adamopoulos, 1978); identidad personal (Biddle, Bank y Shaving, 1987); variables de

personalidad, tales como la autoatribución de responsabilidad (Zuckerman y Reis, 1978; Zuckerman, Siegelbaum y Williams, 1977; Schwartz, 1973) Self-Monitoring (Zanna, Olson y Fazio, 1980; Zuckerman y Reis, 1978; Snyder y Swann, 1976; Snyder, 1979), situaciones individualizadoras (Abelson, 1982), autoestima (Laffin y cols., 1994; Schroeder y cols., 1993; Dielman y cols., 1984; Gersick y cols., 1981) entre otras.

En tanto se han publicado una serie de estudios donde se ha tomado la TCP, y se ha calculado la correlación que tienen sus diversos componentes en la conducta observada (ver anexo 1). Por ejemplo en la conducta de buscar trabajo (VanRyn y Vinokur, 1990) el componente actitud hacia la conducta tuvo una correlación de 0,63, la norma subjetiva un 0,55 y el control percibido, en este caso el control percibido puntúa bajo, a diferencia de la elección del voto donde el control percibido tiene la mayor correlación con un 0,89 (ver anexo 1 para más información).

OBJETIVOS

4.1 General

Validar el instrumento piloto de medición de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable de Calderón y cols.

4.2 Específicos

- Analizar la coherencia interna del instrumento piloto de medición de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable de Calderón y cols.
- Adaptar el instrumento piloto de medición de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable de Calderón y cols. al modelo de la acción planificada de Ajzen y Madden (1984).
- Validar el instrumento adaptado a través de análisis de confiabilidad y validez de constructo.

METODOLOGÍA

5.1 Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo psicométrico, puesto que busca adaptar y validar un cuestionario que identifique la actitud de los cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable mediante el modelo de Acción Planificada.

El tipo de método utilizado es inductivo, ya que a medida que se van recolectando y analizando datos, se va demostrando coherencia teórica a la base de la investigación, y se van tomando decisiones a partir de los datos, cumpliendo con la flexibilidad y rigurosidad de una investigación psicométrica.

5.2 Población

La población objetivo de la presente investigación está constituida por cuidadores primarios de niños(a) entre 6 meses y 2 años de edad, que controlen a sus hijos en atención primaria en establecimientos de la provincia de Valparaíso.

5.3 Muestra

Para el estudio se fijó un número de 100 participantes

Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Ser el/la cuidador primario de un niño o niña de 6 a 24 meses de edad
- Mantener controles periódicos en Centro de Atención Primaria en Salud o CESFAM desde su nacimiento.
- Estar dispuesto a responder el cuestionario escrito

Criterios de exclusión:

- El infante presenta alguna patología médica que requiera alimentación especial.

FASES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es la continuación de la primera etapa de la construcción del inventario piloto de medición de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable, realizada por Calderón y cols. (2009). Esta investigación constó de dos fases, la primera de ellas descriptiva y exploratoria de la población, la cual se realizó mediante la aplicación de un cuestionario de screening que buscaba indagar sobre la información, creencias, afectos y conductas relacionadas con la alimentación infantil, que los sujetos en estudio identificaron como más frecuentes. De acuerdo a los resultados de esta fase se elaboró un cuestionario que contenía 48 ítems acerca de la alimentación infantil, compuestos cada uno por un reactivo cognitivo, afectivo y conductual. Los cuales fueron agrupados en 6 categorías, distinguiéndose 6 tipos de actitudes posibles. Éstas 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; Actitud hacia el Conocimiento Tradicional sobre la Alimentación Infantil.** Luego se realizó una segunda fase de validación a través de un juicio de expertos y, se determinó la confiabilidad interna del instrumento piloto a través del alpha de Cronbach lo que arrojó 0.78 de consistencia interna.

A partir de dicho estudio, lo que se planteó el grupo de investigación fue completar algunos procedimientos para profundizar en la confiabilidad del instrumento y en base a dichos resultados poder tomar decisiones en su adaptación.

Por otro lado, fue necesario profundizar en las teorías de actitud, que permitieran entregar una base teórica más fuerte al concepto trabajado en el cuestionario. El detalle de estas fases se expone a continuación.

6.1 Fase I: Revisión del Inventario

(Vinculado a Objetivo 1) *Analizar la coherencia interna del instrumento piloto de medición de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable de Calderón y cols.*

La primera fase de esta investigación, consistió en realizar una revisión exhaustiva del inventario, tanto de la teoría que tenía a la base con la intención de actualizarla, como también del confiabilidad estadística que éste poseía, analizando también, las categorías de análisis utilizadas.

6.1.1 Estudio de confiabilidad estadística

Al tomar la investigación de Calderón y cols (2009) se fijó como meta realizar una serie de procedimientos para analizar los aspectos psicométricos del instrumento piloto aplicado anteriormente. Estos procedimientos serán explicados a continuación.

6.1.1.1 Procedimiento 1

En primer lugar, se buscó determinar el nivel de confiabilidad de cada reactivo: cognitivo, conductual y afectivo con su respectiva unidad de análisis, como una forma de establecer coherencia entre los 3 componentes actitudinales. Este análisis se realizó estadísticamente a través de una **matriz correlacional**.

Dicha matriz de correlaciones, se pudo llevar a cabo gracias al programa PASW Statistics 18. A este programa se le pidió un análisis de fiabilidad, interceptando cada reactivo con su unidad de análisis (recuérdese que cada ítem está compuesto por 3 reactivos, cognitivo, afectivo y conductual, a su vez cada unidad de análisis (actitudes) está compuesta por un número diverso de ítems; ver Calderón y cols, 2009).

Luego, se determinó un criterio de selección de los ítems que tuviesen un mejor comportamiento para su posterior procesamiento y mejoramiento, teniendo como objetivo principal abreviar el instrumento y mantener su idea original. El criterio para seleccionar ítems fue rescatar de cada una de las unidades de análisis, los 2 ítems que tuvieran mayor correlación con dicha unidad. De esta forma se redujo la cantidad de unidades de análisis, manteniendo el nivel explicativo del instrumento sin abreviar, para lo que se realizó un análisis factorial exploratorio.

6.1.1.1.1 Resultados

El resultado arrojado mostró que los rangos de correlación entre los 3 componentes por unidad de análisis fueron bajos, mayoritariamente menores a 0.5 (ver anexo 2).

Dados estos resultados iniciales, se tuvo que bajar la exigencia de coherencia para seleccionar al menos 2 ítems por unidad de análisis, como una forma de seleccionar los mejores reactivos por unidad de análisis. Esto se logró para 5 de las 6 unidades de análisis, descartando la unidad n°3, ya que las correlaciones existentes entre ésta y sus reactivos, fueron muy bajas, no alcanzando ninguno una correlación de 0,5 entre reactivo unidad de análisis, por lo que no se rescató ningún ítem (ver anexo 2).

Con estos resultados, se rescataron 2 ítems para la unidad de análisis n° 1, 2, 4 y 5, y 4 ítems para la unidad de análisis n°6, debido a que esta se comportó de mejor forma (ver figura 4) .

Figura 4

Actitud 1	Actitud 2	Actitud 3	Actitud 4	Actitud 5	Actitud 6
Ítem 1	Ítem 3		Ítem 1	Ítem 2	Ítem 4
Ítem 7	Ítem 4		Ítem 3	Ítem 3	Ítem 5
					Ítem 8
					Ítem 9

Ítems Rescatados del Cuestionario Piloto (2009)

6.1.1.2 Procedimiento 2

Con los resultados del procedimiento anterior, en el cual se seleccionaron 12 ítems, se procedió a reducir la cantidad unidades de análisis, manteniendo el nivel explicativo del instrumento original, a través de un **análisis factorial exploratorio**.

Para realizar el análisis factorial exploratorio también se ocupó el programa PASW STATISTICS 18, a partir del cual mediante una extracción de componentes principales y con rotación varimax, se redujo la cantidad de unidades de análisis de 6 a 4, logrando explicar un 61% de la varianza total (ver anexo 3).

Debido a que la unidad de análisis n° 4 obtenida del análisis factorial exploratorio sólo explicaba un 9,7% del total de 61% de la varianza explicada total y dado que esta unidad estaba sostenida casi completamente por 1 ítem, se buscó que este ítem fuera incluido en alguna de las otras unidades de análisis. Para lograr esto, se realizó un **análisis factorial confirmatorio**, con extracción de componentes principales y con rotación varimax, obligando al programa a extraer sólo 3 componentes.

De este análisis se logró obtener un total de 52,48% de la varianza explicada total (ver anexo 4), lo cual no se alejaba por mucho al resultado anterior

6.1.1.2.1 Resultados

Con los resultados obtenidos tanto en el análisis factorial exploratorio, como del análisis factorial confirmatorio, se concluyó que el instrumento final debe estar conformado por 3 grandes unidades de análisis y no seis como en un comienzo estaba planteado.

A partir de estos resultados, se hizo necesario hacer una revisión conceptual tanto de modelos actitudinales actualizados como también de la relación entre actitud y conducta, por esto se planteó como una necesidad para mejorar la capacidad predictiva del instrumento, adaptarlo a un modelo conductual, que tuviese un fuerte apoyo tanto teórico como empírico, y que además esté relacionado con el sentido del instrumento.

6.1.2 Revisión Bibliográfica y elección de Modelo

(Vinculado a Objetivo 2) *Adaptar el instrumento piloto de medición de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable de Calderón y cols. al modelo de la acción planificada de Ajzen y Madden (1984).*

Para realizar la elección del modelo a utilizar se tomaron en cuenta varios puntos importantes que permitieron concluir que la teoría del comportamiento planificado (Ajzen y Madden, 1986) es el modelo que aporta una base teórica más adecuada al instrumento. Estos puntos serán detallados a continuación.

En primer lugar, la TCP permite vincular de mejor forma, las tres dimensiones del modelo (actitud hacia la conducta, norma subjetiva y control conductual percibido) con antecedentes empíricos relacionados con las conductas de los cuidadores primarios respecto de la alimentación infantil. De esta forma, se ven reflejadas las investigaciones relacionadas con los factores vinculados a la alimentación saludable y no saludable (como creencias, información, percepción de autoeficacia en creación y cambio de hábitos alimenticios), en un molde que se refiere a estos, los identifica y los ordena. Este orden renovado, además de permitir identificar más fácilmente los distintos elementos, también permite operacionalizarlos mejor.

Sumado a esto, la TCP otorga un orden claro y preciso a lo que existe preconductualmente, haciendo alusión a 3 componentes pre conductuales (actitud hacia la conducta, norma subjetiva, control conductual percibido). Gracias a esto entrega mayor claridad acerca de lo que pasa entre la intención conductual y la conducta, dando una explicación ordenada y precisa sobre cómo la intención conductual se logra convertir o no en una conducta. Por otro lado al ser un modelo que gravita en la temática de las estructuras previas (y que le dan fuerza) a la intención conductual, permite identificar de forma precisa dónde puede estar el tope para que esta intención se lleve o no a cabo. Asimismo, puede ser una herramienta enriquecedora para corroborar que quizá y dependiendo de la situación, el peso de cada estructura pre conductual no siempre es el mismo, aún cuando la más importantes en el modelo es el Control conductual percibido. De esta manera, puede ser útil también para tomar decisiones acerca de las medidas que se pueden tomar a la hora de querer cambiar por ejemplo, conductas poco saludables hacia la alimentación.

Secundariamente, la TCP logra entregarle mayor aplicabilidad al instrumento, ya que el foco de estudio cambia de un nivel objetual hacia un nivel conductual, es decir, no

se habla sobre actitud hacia la alimentación saludable, sino más bien, sobre actitud hacia conductas que favorezcan una alimentación saludable, permitiendo así una medición más precisa de la intención conductual y finalmente de la conducta.

Por último, es importante mencionar, que la TCP, proporciona información sobre condiciones que permiten predecir de mejor forma distintas conductas, haciendo hincapié sobre el grado de especificidad que debe tener la intención conductual con respecto de la conducta que se quiere predecir, el intervalo temporal que deben poseer, y que las conductas deben estar bajo el control voluntario de la persona. Esto provee antecedentes teóricos contundentes a la hora de elaborar un instrumento de medición de actitudes ya que permitirá predecir de forma más precisa las conductas.

6.2 Fase II: Propuesta

A partir de los resultados obtenidos en la Fase I de esta investigación, resultó indispensable efectuar una propuesta que permitiera adaptar el instrumento piloto de medición de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable de Calderón y cols., a una teoría que le proporcionara mayor validez teórica y predictiva. La teoría elegida, y que previamente fue explicada en la revisión bibliográfica es la teoría del comportamiento planificado de Ajzen y Madden (1986).

Por este motivo fue necesario realizar una reconstrucción del cuestionario inicial.

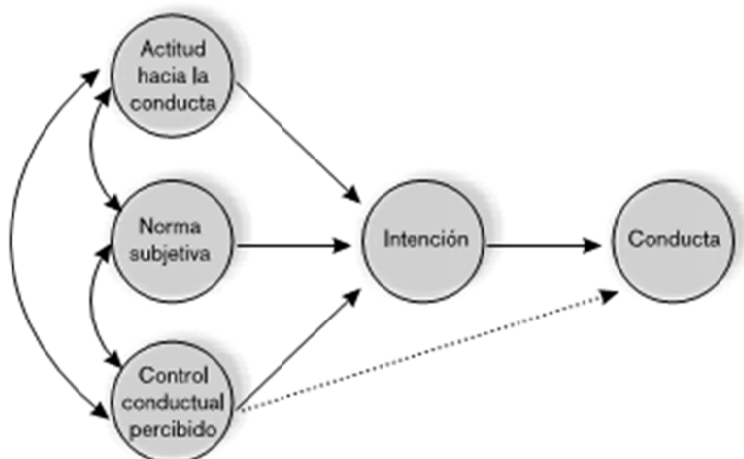
6.2.1 Reconstrucción del cuestionario

La reconstrucción del cuestionario fue realizada en varias etapas, que serán detalladas a continuación.

6.2.1.1 Etapa 1: Definición de los Componentes del Cuestionario

La primera etapa que se realizó para adaptar el instrumento piloto de medición de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable de Calderón y cols. fue definir conceptual y operacionalmente los componentes de la Teoría del Comportamiento Planificada.

Figura 5



6.2.1.1.1 Resultados: Definición Conceptual de los componentes

Componente 1: NORMA SUBJETIVA

Norma Subjetiva es la presión social percibida por el cuidador primario del niño, al elegir la comida con la que lo alimentará. Esta presión social es ejercida por los “otros significativos” no expertos (familia, amigos, vecinos) quienes guían la construcción de pautas de alimentación a través de sus propios conocimientos o experiencia, o de creencias o proposiciones que para la mayoría de las personas son prudentes. En el cuestionario las aseveraciones son de dos tipos, en el primero, la norma subjetiva queda explícita en el ítem; en el segundo, las aseveraciones corresponde a ciertas creencias que se sabe están fuertemente arraigadas en la población, y se infiere que la familia sería el principal agente socializador. Por ello resultan ser ejemplos de la norma subjetiva.

Componente 2: CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO

Control Conductual Percibido es la facilidad o dificultad percibida por el cuidador primario del niño al momento de alimentarlo, en relación a las pautas sugeridas por el equipo de salud, considerando la experiencia pasada, así como impedimentos anticipados y obstáculos.

Componente 3: ACTITUD HACIA LA CONDUCTA

Actitud Hacia la Conducta es el grado en que el cuidador primario considera favorable o desfavorable alimentar saludablemente al niño.

6.2.1.1.2 Resultados: Definición Operacional de los componentes

Componente 1: NORMA SUBJETIVA

La norma subjetiva es medida a través de 5 ítems que apuntan a la norma por la que los cuidadores se rigen a la hora de alimentar a los niños. Cada uno de los 5 ítems tiene una aseveración Cognitiva, una Afectiva y una Conductual, que será puntuada en una escala de 1 a 5. Mientras más alto puntúa la persona, son mayores las condiciones de riesgo de padecer obesidad.

Componente 2: CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO

El Control Conductual Percibido es medido a través de 5 ítems que apuntan a la percepción de eficacia de los cuidadores primarios. Cada uno de los 5 ítems tiene una aseveración Cognitiva, una Afectiva y una Conductual, que será puntuada en una escala de 1 a 5. Mientras más alto puntúa la persona, es mayor la capacidad de enfrentar activamente la alimentación adecuada del niño.

Componente 3: ACTITUD HACIA LA CONDUCTA

La actitud hacia la conducta es medida a través de 5 ítems que apuntan a la disposición de crear y mantener hábitos alimenticios estructurados en el niño. Cada uno de los 5 ítems tiene una aseveración Cognitiva, una Afectiva y una Conductual, que será puntuada en una escala de 1 a 5. Mientras más alto puntúa la persona, son menores las condiciones de riesgo de padecer obesidad.

A partir de estas definiciones, se procedió a ajustar y construir ítems que se ajusten a dichas definiciones. Estos procedimientos serán detallados a continuación.

6.2.1.2 Etapa 2: Ajuste Del Cuestionario

En la siguiente etapa de la reconstrucción, el propósito fue identificar dentro de los ítems de las tres unidades de análisis obtenidas en el análisis factorial confirmatorio, cuáles podían ser incluidos en los componentes de la Teoría del Comportamiento Planificado.

6.2.1.2.1 Procedimiento

Para realizar la adaptación se contrastó cada ítem con la definición conceptual de cada componente de la teoría del comportamiento planificado.

6.2.1.2.1.1 Resultados

Dentro de la unidad de análisis n°1 los cinco ítems apuntaron a la norma por la que se rigen los cuidadores primarios al alimentar a los niños, tomando en cuenta a la familia, a las personas cercanas y la información entregada en el consultorio. La intención que posee este componente es ver en qué medida las personas se dejan llevar por las creencias, transmitida a través de patrones culturales o por el sentido común y dejan de lado la información médica.

En relación a la unidad de análisis n° 2, los cuatro ítems rescatados, estaban ligados al nivel de eficacia que sienten los cuidadores, respecto del control que ellos ejercerían sobre la alimentación de niños.

De la unidad de análisis n°3, los tres ítems apuntaron a directamente a la formación y mantención de hábitos de alimentación, y su objetivo es ver que tanto interés poseen los cuidadores primarios respecto de alimentar saludablemente a los niños.

A partir de estas conclusiones se asimilaron estos tres componentes con los componentes de la teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen y Madden (1984) previamente definidos, Norma subjetiva, Control conductual percibido y Actitud hacia la conducta.

6.2.1.3 Etapa 3: Confección del Cuestionario

Una vez determinado el diseño del nuevo cuestionario y re acomodados los ítems existentes (pertenecientes al inventario piloto) a las nuevas concepciones teóricas que lo sostienen, el objetivo de la siguiente etapa fue revisar cada ítem, con sus pertenecientes reactivos. Además fue necesario crear e incorporar nuevos ítems, los que fueron redactados en base a reactivos cognitivos, afectivos y conductuales, como los ya existentes.

6.2.1.3.1 Procedimiento

En primer lugar se revisó que los ítems estuviesen redactados de manera que su comprensión fuese fácil y se ciñese al contenido al que se quería apuntar, realizándose algunas correcciones y ajustes que mantuviesen el sentido que se les quería otorgar.

En segundo lugar, cuando se realizó la incorporación de nuevos ítems, estos fueron pensados a partir de las definiciones conceptuales descritas para los tres nuevos componentes. De modo que resultaran pertinentes y coherentes. Por otra parte se buscó que cada componente quedara formado por la misma cantidad de ítems, para proporcionar homogeneidad en la representación de cada componente.

6.2.1.3.1.1 Resultados

El componente norma subjetiva quedó compuesto por 5 ítems, dentro de ellos:

	ÍTEM	EXPLICACIÓN
Ítem 1	Creo que existen alimentos indicados por el médico que el niño no va a poder tragar.	apunta a la desobediencia hacia la información entregada por los médicos
	Me da miedo que el niño no pueda tragar los alimentos indicados por el médico.	
	Evito dar al niño alimentos indicados por el médico que creo no va a poder tragar.	
Ítem 2	Sé que si le doy algo rico para comer, como una galletita de champaña, calmaré el llanto del niño.	apunta a la creencia popular de que la comida tranquiliza al niño
	Me alivia darle algo para comer al niño cuando llora.	
	Evito que el niño llore dándole algo para comer, como una galletita de champaña.	
Ítem 3	Los niños pueden comer lo que los otros estén comiendo, siempre y cuando yo crea que no les va a caer mal al estómago.	se direcciona a la transmisión de pautas familiares de alimentación no saludable
	Me da pena que el niño vea comer a otros y no pueda comer lo mismo que están comiendo.	
	Cuando el niño está mirando lo que otros comen, le doy para que pruebe.	
Ítem 4	Creo que la forma de alimentación ocupada por mi madre me servirá para darle una buena alimentación al niño.	apunta a que la tradición familiar proporciona el conocimiento suficiente para alimentar a un niño
	Me siento tranquila de los conocimientos que me entregó mi madre ya que con ellos podré darle una buena alimentación al niño.	
	Alimento al niño de la misma forma en que mi madre me alimentó.	
Ítem 5	Pienso que mis conocidos, incluyendo mi familia, tienen experiencia en cuanto a la alimentación de niños.	apunta a la obediencia y confianza depositada en la información entregada por los familiares y conocidos
	Me siento tranquila al saber la opinión de mis conocidos y mi familia cuando preparo alimentos para el niño.	
	Sigo los consejos de mis conocidos y mi familia al momento de determinar qué alimentos dar al niño.	

El componente control conductual percibido, quedó compuesto por 5 ítems, dentro de los cuales:

	ÍTEM	EXPLICACIÓN
Ítem 1	Comprendo la importancia de leer la información nutricional de los alimentos que el niño va a consumir.	apunta a la decisión informada a la hora de elegir los alimentos con que se alimentará al niño
	Me interesa leer la información nutricional de los alimentos para saber cuál es su aporte nutricional	
	Antes de comprar, leo lo que dice la información nutricional de los alimentos para saber cuál es su aporte	
Ítem 2	Sé cuáles son los alimentos y la cantidad de éstos que el niño debe consumir de acuerdo a los meses que tiene y la etapa en que se encuentra.	está dirigido a la decisión informada y eficacia del cuidador a la hora de preparar una adecuada alimentación para el niño
	Me siento tranquila(o) con la comida que se corresponde a los meses y/o edad en que se encuentra mi hijo.	
	Preparo comida para el niño y la cocino de acuerdo a la edad en que éste se encuentra	
Ítem 3	Conozco las enfermedades y consecuencias cuando no se sigue una alimentación equilibrada.	está dirigido al conocimiento de las consecuencias de no alimentar de forma saludable al niño
	Me preocupa que mi hijo pueda desarrollar alguna enfermedad o problema producto de una mala alimentación.	
	Cocino de forma saludable para prevenir enfermedades asociadas a una mala alimentación.	
Ítem 4	Creo que la obesidad de los niños es un tema importante que yo puedo prevenir.	apunta a la percepción de control que la persona tiene sobre la obesidad
	Me preocupa que mi hijo pueda llegar a ser obeso.	
	Elijo y preparo alimentos para cuidar el peso de mi hijo	
Ítem 5	Creo que es fácil seguir las pautas de alimentación recomendadas en el consultorio.	apunta a la capacidad de superar las dificultades que se presentan al momento de alimentar saludablemente al niño.

El componente actitud hacia la conducta, se compuso por 5 ítems, de estos:

	ÍTEM	EXPLICACIÓN
Ítem 1	Es importante tener horarios establecidos de comida con niños entre 6 meses y dos años.	está dirigido a la mantención de horarios de alimentación.
	Me angustio si es que tengo que cambiar los horarios de comida del niño.	
	Mantengo un horario establecido para la comida del niño.	
Ítem 2	Sé que si salgo de casa y no le llevo comida al niño, le podré dar cualquier cosa.	apunta la mantención de la dieta del niño
	Me siento tranquila cuando salgo de casa, a pesar de no llevarle comida especial al niño	
	Cuando vamos a otra parte no le llevo comida especial al niño.	
Ítem 3	Creo que es imposible darle al niño todos los alimentos que indican los profesionales del consultorio (nutricionista, médico, enfermera).	se direcciona a la inclusión de alimentos recomendados por el equipo de salud en la dieta del niño
	Me desagrada darle al niño alimentos que a mí no me gustan aunque estén indicados por los profesionales del consultorio.	
	Doy al niño todos los alimentos recomendados por los profesionales del consultorio (nutricionista, médico, enfermera).	
Ítem 4	Creo que es positivo que exista una dieta determinada para las distintas edades del niño.	apunta a la aprobación y adhesión por parte del cuidador primario a que exista una dieta estructurada para el niño
	Me siento tranquila al saber que existe una dieta determinada para el niño	
	Sigo las pautas de alimentación establecidas en el consultorio para la edad del niño.	
Ítem 5	Pienso que es bueno planificar la alimentación del niño de acuerdo a las indicaciones de los profesionales.	apunta a la incorporación de pautas profesionales en la planificación de la dieta del niño.
	Me siento segura al planificar la alimentación del niño de acuerdo a las indicaciones de los profesionales.	
	Planifico la alimentación del niño de acuerdo a las indicaciones de los profesionales.	

De esta forma, se conformó un cuestionario compuesto por 15 ítems, cada uno con 3 reactivos. Dicho cuestionario recibió el nombre ACAISAP (Actitudes de Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable mediante el modelo de Acción Planificada).

6.2.2 Validez

(Vinculado a Objetivo 3) *Validar el instrumento adaptado a través de análisis de confiabilidad y validez de constructo.*

Una vez confeccionado el cuestionario, fue necesario someterlo a juicio de expertos, para verificar si este medía lo que se estaba buscando medir. Por esto, el paso siguiente en la investigación, fue determinar hasta dónde, los ítems del instrumento ACAISAP representaban el universo de contenido de cada componente que se deseaba medir, o sea, determinar su validez de contenido.

6.2.2.1 Procedimiento

El procedimiento empleado para determinar la validez del contenido del Cuestionario ACAISAP, fue el **Juicio de Expertos**.

Para someter el instrumento a juicio de expertos, en primer lugar, se redactó una carta (ver anexo 5) mediante la cual se solicitó a profesionales del área de la salud, específicamente Psicólogos Clínicos, Psicólogos sociales y Nutricionistas y Médicos, con experticia en el tema, colaboración en el proyecto de investigación: “Actitudes de los Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable y No Saludable, Adaptación a la Teoría del Comportamiento Planificado”.

En la misiva se explicó el propósito de la línea de investigación y la adaptación efectuada al cuestionario ACAISAP, en relación a la versión piloto del mismo del año 2009. Además se propuso que el profesional en su calidad de evaluador experto, pudiese revisar, analizar y eventualmente realizar alguna sugerencia respecto de la validación de cada ítem con su correspondiente definición conceptual. Dentro de la misma, se incluían los criterios establecidos por los investigadores para llevar a cabo dicha labor, entre los cuales se encuentran; la redacción general del cuestionario, la pertinencia en relación a la definición expresada de cada componente, la coherencia, ésta dada tanto en las tres aseveraciones de cada ítem como respecto del componente al cual pertenecen, finalmente la relevancia para indicar la importancia del ítem en relación al componente que pertenece. Junto a ello se adjuntó una escala con una puntuación de 1 a 5 para la evaluación de cada criterio siendo la más baja 1 y la más alta 5 y un apartado para comentarios, donde el profesional podía plasmar inquietudes y acotaciones sobre los distintos ítems. El plazo establecido para la

realización total de esta etapa fue contemplado dentro de 10 días. Culminando con la devolución de las evaluaciones a los investigadores

Una vez recolectados 8 cuestionarios, se procedió a realizar un promedio de los puntajes correspondientes a redacción, pertinencia, coherencia y relevancia de cada ítem, de todos los jueces expertos.

6.2.2.1.1 Resultados

Luego de realizar el análisis, los resultados obtenidos del promedio de los puntajes otorgados por los jueces expertos evidencian que la totalidad de los ítems estaban bien conformados, esto debido a que el promedio obtenido tanto en redacción, pertinencia, coherencia y relevancia en la totalidad de los ítems, era sobre 4, con un máximo de 5 (ver anexo 6). Aún así, se revisó uno a uno los ítems que puntuaban más bajo, para mejorar todos los ámbitos que habían sido comentados por los expertos. Este proceso terminó con el cambio de los ítems 1,3 y 4 del componente norma subjetiva, el 1 y 4 del componente control conductual percibido y el ítem 2 del componente actitud hacia la conducta.

6.2.3 Aplicación a grupo piloto

Una vez modificado el cuestionario siguiendo los resultados del juicio de expertos, se procedió a realizar una aplicación piloto que buscaba evaluar la comprensión de las personas de los ítems que conformaban el cuestionario.

6.2.3.1 Procedimiento

Para la aplicación del instrumento piloto se seleccionó según disponibilidad, tres consultorios de la provincia de Valparaíso: Cefam Eugenio Cienfuegos, Cefam Miraflores, Cefam Jean Marie Thierry, donde se solicitó mediante una carta que explicaba la presente investigación, el permiso para aplicar este instrumento en las dependencias del recinto. Luego que la respuesta fue afirmativa por parte de los directores de estos establecimientos, se procedió a entrevistar a cuidadores primarios de niños entre 6 meses y 2 años que se atendían en estos consultorios, los cuales debían poseer las características establecidas para la población objetivo. La intención fue evaluar la comprensión de los ítems por parte de estos. Para ello se entregaron las instrucciones de forma escrita y expuestas además verbalmente. En esta ocasión se pidió a los participantes que se refirieran a la forma en que son entendidas las aseveraciones del cuestionario y también se plantearon dos alternativas en relación a la forma de contestar (dos tipos de cuantificadores), para saber de qué modo puede resultar más simple de comprender y más fácil de responder.

6.2.3.1.1 Resultados

De la retroalimentación obtenida del grupo piloto, fue necesario cambiar 3 ítems. El ítem 1 y el 5 del componente norma subjetiva, y el ítem 3 del componente norma subjetiva. En estos tres ítems fue necesario cambiar una palabra con la que los participantes no entendían el completo sentido de la oración. A partir de esta corrección, se conformó el inventario final ACAISAP (ver anexo 7), el que fue aplicado a la muestra de esta investigación.

6.2.4 Aplicación

Con el inventario ACAISAP conformado, se procedió a la aplicación.

6.2.4.1 Procedimiento

Para la aplicación del cuestionario se eligieron al azar 5 consultorios ubicados en las principales ciudades de la región de Valparaíso. De esta forma se visitó en primera instancia: Consultorio Plaza justicia, Cesfam Jean Marie Thierry, Cesfam Miraflores Alto, Cesfam Reñaca Alto y Cesfam Profesor Eugenio Cienfuegos correspondientes a las ciudades de Valparaíso y Viña del mar.

Luego, debido a las dificultades presentadas por la paralización nacional de la agrupación de empleados fiscales durante periodos recurrentes, se abrió la posibilidad de acudir a los principales hospitales de la región; Hospital Dr. Gustavo Fricke, Hospital Carlos Van Buren y, al Jardín infantil “mi pequeño puerto”. De dichos establecimientos se recolectaron cuestionarios tomados a sujetos de nuevos consultorios entre los cuales se encuentran: Consultorio Barón, Consultorio Las Cañas, Consultorio Marcelo Mena, Consultorio Reina Isabel II, Consultorio Brígida Zavala y Consultorio de Especialidades de Viña del Mar.

La aplicación consistió en entregar los cuestionarios aleatoriamente a cuidadores primarios de niños y niñas entre 6 meses y 2 años de edad que estaban siendo atendidos de forma regular en el recinto. Los cuestionarios fueron entregados de forma personalizada, y en la fase de administración se les indicó las instrucciones por escrito y verbalmente, tanto de los fines u propósitos del cuestionario como de los requerimientos técnicos en relación a la forma en que debe ser respondido. Adicionalmente, se señaló que podían preguntar cualquier duda que les surgiese en el transcurso de la aplicación y que no existía un tiempo establecido para responder, por lo que podían hacerlo con tranquilidad. En ocasiones el cuestionario debió ser leído al entrevistado ya que éste se encontraba con el niño en brazos o prefería prestar mayor atención a su hijo. Debiendo el encuestador anotar las respuestas dictadas.

6.2.4.1.1 Resultados

De la aplicación se obtuvieron 102 cuestionarios ACAISAP respondidos por cuidadores primarios de niños entre 6 y 24 meses.

6.2.5 Análisis Psicométricos

Con los resultados de la aplicación, se procedió a analizar los aspectos psicométricos del cuestionario ACAISAP.

6.2.5.1 Procedimiento 1

En primer lugar, se procedió a determinar el nivel de confiabilidad de cada componente: norma subjetiva, control conductual percibido y actitud hacia la conducta, con el objetivo de establecer la coherencia interna que tiene cada componente. Para determinar la confiabilidad, se utilizó el programa PASW STATISTICS 18, con el cual se realizó un análisis de fiabilidad, interceptando cada ítem, con su respectivo componente, esto para cada uno de los componentes. De esta forma se conformó una matriz de correlaciones del componente norma subjetiva con sus correspondientes ítems, otra del componente control conductual percibido con sus ítems y una del componente actitud hacia la conducta con sus respectivos componentes.

6.2.5.1.1 Resultados

- **NORMA SUBJETIVA**

El componente norma subjetiva tuvo un nivel de confiabilidad total Alfa de Cronbach de 0,72 (ver anexo 8).

En el análisis específico de este componente cabe mencionar que el ÍTEM 1 de este componente se comportó deficientemente cayendo su correlación con su unidad de análisis, a 0,46, por lo que se puede estimar que la confiabilidad total del componente norma subjetiva está siendo afectada negativamente por este ítem (ver anexo 9).

Los demás ÍTEMS, se comportan por sobre el valor 0,5 el cual fue el punto de corte utilizado en la primera depuración del instrumento (ver figura 6).

Figura 6

	NORMA
NORMA	1,000
NORITEM1	,462
NORITEM2	,557
NORITEM3	,598

NORITEM4	,616
NORITEM5	,677

*Matriz de correlaciones
Norma subjetiva*

- CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO

El componente control conductual percibido tuvo un nivel de confiabilidad total Alfa de Cronbach de 0,78 (ver anexo 10).

En el análisis específico de este componente cabe mencionar que la totalidad de los ÍTEMS puntúan de 0,65 hacia arriba, considerando entonces que la totalidad de los ítems, están contribuyendo de igual forma en la confiabilidad total de ésta unidad de análisis (ver figura 7, ver anexo 11).

Figura 7

	CONTROL
CONTROL	1,000
CONITEM1	,646
CONITEM2	,735
CONITEM3	,733
CONITEM4	,683
CONITEM5	,696

*Matriz de correlaciones
Control Conductual Percibido*

- ACTITUD HACIA LA CONDUCTA

El componente actitud hacia la conducta tuvo un nivel de confiabilidad total Alfa de Cronbach de 0,74 (ver anexo 12).

En el análisis específico de este componente cabe mencionar que el ÍTEM 2 de este componente se comportó deficientemente cayendo su correlación con su unidad de análisis, a 0,49, por lo que se puede estimar que la confiabilidad total del componente actitud hacia la conducta está siendo afectada negativamente por este ítem (ver anexo 13).

Todos los demás ítems tienen un nivel de confiabilidad por sobre 0,5, el cual fue el punto de corte utilizado en la primera depuración del instrumento (ver figura 8).

Figura 8

	ACTITUD
--	---------

ACTITUD	1,000
ACTITEM1	,509
ACTITEM2	,491
ACTITEM3	,671
ACTITEM4	,716
ACTITEM5	,693

*Matriz de correlaciones
Actitud hacia la conducta*

A partir de estos resultados se eliminó el ítem 1 del componente norma subjetiva y el ítem 2 del componente actitud hacia la conducta.

De esta forma, el componente norma subjetiva mantuvo un nivel de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,72 (ver anexo 14).

Por otro lado el componente actitud hacia la conducta mantuvo un nivel de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,74 (ver anexo 15).

6.2.5.2 Procedimiento 2

Como segundo procedimiento para lograr establecer un parámetro de comportamiento del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio. Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio, limitando la reducción de las categorías de análisis a 3 viendo qué nivel de varianza se lograba explicar.

Ambos análisis factoriales se llevaron a cabo con el programa PASW STATISTICS 18, mediante un análisis de componentes principales con rotación varimax.

6.2.5.2.1 Resultados

Dentro del análisis factorial exploratorio, la mejor conformación de unidades de análisis que se logró obtener fue con 5 factores los que lograban explicar un 65% de la varianza total (ver anexo 16)

El nivel de varianza explicada está dentro de los rangos esperados no así el número de factores, ya que debido a la consistencia obtenida en el primer procedimiento se esperaba que la cantidad de factores no superara los 4 (ver anexo 17).

En el segundo análisis factorial, esta vez el confirmatorio, con 3 factores el porcentaje de varianza explicada era el 50%, este valor comparado con el valor de varianza en el análisis factorial exploratorio fue alto, lo que permitió pensar que algunos ítems estarían generando la disgregación de 2 factores adicionales a los 3 propuestos en el inventario (ver anexo 18).

Dentro de los ítems conflictivos se reitera la baja consistencia y diferenciación que entrega el primer ítem del componente norma subjetiva, en conjunto también con el ítem 2 del componente actitud hacia la conducta (ver anexo 19).

6.2.5.3 Procedimiento 3

Se reiteró el procedimiento anterior, pero esta vez eliminando el ítem 1 del componente norma subjetiva y el 2 ítem del componente actitud hacia la conducta, que como se observa en el primer procedimiento son los que peor se comportan.

De esta forma se intenta examinar si la inclusión de estos ítems, le quita consistencia a la conformación de factores del inventario.

6.2.5.3.1 Resultados

Al realizar el análisis factorial exploratorio eliminando estos 2 ítems, la cantidad de factores se reduce a 4 explicando un 63,4% de la varianza total, resultando favorable ya que explica un porcentaje similar de la varianza total pero con un factor menos, acercándose a las estimaciones originales (ver anexo 20).

Dado el resultado se procedió a realizar el análisis factorial confirmatorio extrayendo 3 componentes, el resultado que se obtuvo fue poder explicar un 55,4% de la varianza total, lo que supera con creces a lo obtenido sin eliminar estos 2 ítems, incluso acercándose a la cantidad de varianza total explicada con un factor más (ver anexo 21).

Dentro de los resultados obtenidos en esta fase cabe mencionar que el componente “control conductual percibido” y el componente “actitud hacia la conducta” se diferencian muy poco, puntuando gran parte de los ítems de este tercer componente tanto para el factor donde se acomodaron los ítems del componente control conductual percibido como para un factor independiente.

6.2.5.4 Procedimiento 4

Se analizó factorialmente (de la misma forma que el procedimiento anterior) exclusivamente los 2 ítems de cada categoría que mejor se comportaran con respecto a su unidad de análisis. El objetivo perseguido con este análisis fue utilizar el comportamiento matemático de cada ítem para pulir el instrumento trabajando directamente con la validez de constructo del inventario, ya que al trabajar sólo con los 2 mejores ítems de cada categoría, se estará trabajando con los ítems que mejor se cohesionan con la unidad de análisis y que mejor representan el constructo mismo del inventario. En general el punto de corte fue ítems con una correlación de 0,65 en

adelante, punto que no se pudo respetar en el ítem 4 del componente norma subjetiva, donde su correlación fue de 0,62 (ver anexo 9, anexo 11, anexo 13).

Los ítems utilizados fueron:

Componente	Ítem utilizado
Norma subjetiva	Ítem 4 – ítem 5
Control conductual	Ítem 2 – ítem 3
Actitud hacia la conducta	Ítem 4 – ítem 5

6.2.5.4.1 Resultados

El resultado del análisis factorial exploratorio, fue la reducción a 2 categorías de análisis pudiendo explicar el 69% de la varianza total, siendo esto un buen resultado, pero limitando el inventario a solo 2 unidades de análisis (ver anexo 22).

El resultado del análisis factorial confirmatorio exigiendo la extracción de 3 categorías de análisis, fue la más productiva, dado que de esta forma estas 3 categorías de análisis logran explicar el 80% de la varianza total, siendo esta configuración la más explicativa del inventario (ver anexo 23).

Los ítems se agrupan de la misma forma en cómo fueron planificados es decir los 2 ítems del componente norma subjetiva en la unidad de análisis 2, correlacionando en un 0,79 y 0,93 respectivamente, los dos ítems del componente control conductual percibido en el componente número 3, correlacionando en un 0,86 y 0,70 respectivamente y por último los 2 ítems del componente actitud hacia la conducta en el primer componente, correlacionando 0,87 y 0,90 respectivamente (ver anexo 23).

CONCLUSIONES

En la actualidad, la obesidad en Chile se encuentra marcada por el aumento en términos de prevalencia e incidencia, y se predice para los próximos años su incremento si no se actúa eficaz y eficientemente en su prevención. En este contexto y con el fin de lograr que las personas se alimenten de manera saludable, es necesario no solo una formación respecto de los alimentos que se deben consumir, si no también, la generación de actitudes que favorezcan la alimentación saludable, tanto en la etapa infantil, como en etapas adultas.

De esta forma, las actitudes son consideradas como una competencia básica para lograr una alimentación saludable. Se hace necesario entonces, que los cuidadores primarios tengan nuevas concepciones y posicionamientos personales en cuanto a la alimentación entregada a sus hijos. A partir de esto, es fundamental la elaboración de instrumentos que permitan conocer y detectar cuáles son las actitudes de los cuidadores primarios respecto de la alimentación infantil.

En consecuencia, la presente investigación, dio cuenta de una segunda fase de depuración y adaptación del inventario de actitudes hacia la alimentación infantil saludable creado a partir del estudio de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable. Construcción de un instrumento piloto de medición, realizada por Calderón y cols. el año 2009.

En relación a los objetivos propuestos al inicio de esta investigación, es posible afirmar que estos fueron alcanzados. De esta forma, se logró la adaptación del instrumento inicial de Calderón y Cols. a la teoría de la Acción planificada. Este proceso constó en una primera instancia con la revisión exhaustiva del inventario, tanto de la parte psicométrica, cómo también sobre el constructo de actitud, determinando que la adaptación de este inventario a la teoría del comportamiento planificado, le daría mayor solidez y nivel explicativo. Esto debido a las condiciones presentes en el modelo, que permiten predecir de mejor forma distintas conductas y otorga un orden claro y preciso sobre como las estructuras preconductuales se logran convertir en una determinada conducta. Sumado a esto, el modelo permite vincular de mejor forma los antecedentes empíricos relacionados con las conductas de los cuidadores primarios respecto de la alimentación infantil a las estructuras preconductuales (norma subjetiva, control percibido y actitud hacia la conducta) que componen el modelo. La norma

subjetiva, se identificó con uno de los factores psicosociales relacionados con la obesidad, las creencias y los aspectos valóricos que rigen las pautas de alimentación infantil, y que forman los hábitos de alimentación. El control conductual percibido, se pudo manifestar en la autoeficacia que sienten los cuidadores al alimentar a los niños, relacionada con el manejo de información que poseen y que les permite tomar decisiones con respecto a la alimentación de niños. Esta idea cobra real importancia debido a que las investigaciones han demostrado que cuando los padres perciben su capacidad de lograr una conducta, se movilizan en pro de esa conducta, situación que no ocurre cuando no visualizan esa capacidad. Por último, la actitud hacia la conducta, se identificó con las conductas que el cuidador primario considera favorable para alimentar al niño, relacionándolo con la intención de generar hábitos alimenticios saludables.

Por otra parte, gracias al adoctrinamiento en la investigación de la TCP, y por lo tanto el cambio desde una discusión más bien estructural de la actitud hacia un modelo de relación actitud conducta, se pudo estructurar más acabadamente el inventario ACAISAP, logrando 3 unidades de análisis conforme la propia TCP (las cuales se comportaron muy confiablemente y a su vez coherentemente con los planteamiento realizados).

Esta estructura del cuestionario propuesta a partir de la TCP proporcionó mayor consistencia conceptual a la hora de delimitar las unidades de análisis, ya que daba especial realce al ámbito que debía apuntar cada componente (actitud hacia la conducta, norma subjetiva, control conductual percibido), agregando entonces mayor contundencia al constructo que está a la base del inventario, y por lo tanto permitiendo conformar tanto los ítems como los reactivos de una forma tal, que esos pudieran apuntar a 3 estructuras totalmente diferentes, pero a su vez complementarias implicadas en la intención conductual hacia prácticas de alimentación saludable. De esta forma la teoría entregó coherencia en la propuesta y por lo tanto la contundencia que con la utilización de un modelo “estructural” de la actitud no se hubiese podido lograr, ya que no permitía el ordenamiento de la relación actitud conducta de forma clara sino más bien de forma nebulosa y con una serie de variables moduladoras imposibles de sistematizar, siendo este esfuerzo uno de los relevantes en la investigación.

Asimismo, los resultados de la construcción y validación del cuestionario ponen de manifiesto una estructura factorial de las actitudes frente a la alimentación infantil,

compuesta por los tres factores previamente mencionados: norma subjetiva, control percibido y actitud hacia la conducta.

De esta forma, y considerando los resultados obtenidos en esta revisión del inventario, se adaptó el cuestionario a la teoría de la acción planificada en 3 etapas, conformando el cuestionario Acaisap.

A partir de la conformación de este cuestionario, se pudo dar respuesta a su validación, enviándolo a una validación de juicio de expertos donde participaron 8 profesionales de diversas áreas del saber y vinculados al tema. De esta forma el resultado obtenido aquí fue satisfactorio y se realizaron los cambios pertinentes gracias a los consejos de estos mismos. Por otro lado y apuntando al propio proceso de validación, y teniendo como idea principal el poder garantizar el entendimiento del instrumento se realizó una etapa piloto con la participación de personas con las mismas características de la muestra presentada, donde a partir de sus comentarios, se modificó el cuestionario.

Una vez conformado el cuestionario Acaisap, en su versión final, se procedió a la aplicación.

De acuerdo con los resultados obtenidos y los análisis realizados se logró dar cuenta que la adaptación llegó a buen fin, evidenciando que las propiedades psicométricas del instrumento son adecuadas, pudiendo mantener un nivel de confiabilidad estadística aceptable, manteniendo e incluso superando en algunas de las sub escalas al inventario original de calderón y cols. Siendo estos resultados de 0,72 para el componente norma subjetiva, 0,78 para el componente control conductual percibido, y 0,74 para el componente actitud hacia la conducta. De esta forma su utilización pueda permitir la evaluación de las actitudes que presentan los cuidadores primarios de niños hacia la alimentación infantil, siendo de especial utilidad en la evaluación de estas tres dimensiones.

Por otro lado en los resultados obtenidos en los análisis de reducción de dimensiones (análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio), pudieron dar cuenta que el instrumento debe pasar por nuevos procesos de depuración, pero demostrando de igual forma que las dimensiones propuestas son totalmente verosímiles, ya que le ordenamiento obtenido guarda relación con la teoría del comportamiento planificado.

Sin duda alguna uno de los resultados más auguradores fueron los obtenidos al analizar los 6 mejores ítems del inventario, con dicho análisis se pudo dar cuenta que

la disgregación de más unidades de análisis al hacerlo con todos los ítems aplicados dice relación con falta de agudeza de los demás ítems más que falta de consistencia teórica del inventario. Los resultados obtenidos al hacer un análisis confirmatorio con los 6 mejores ítems no sólo logra explicar un 0,80 de la varianza total sino también y como hecho más importante logra demostrar que cada par de ítems se posiciona en una unidad de análisis diferente, logrando cada una de estas tener un valor similar de explicación una de otra.

De esta manera, con los análisis psicométricos realizados es posible concluir que el instrumento logra tener validez tanto de contenido como validez de constructo, como también coherencia interna del instrumento, realizada por cada componente, que alcanza un alto nivel, confiable para continuar con la construcción del instrumento.

Entre las aplicaciones prácticas del instrumento se destaca la posibilidad de detectar las actitudes de los cuidadores primarios de niños hacia la alimentación infantil, que permitan generar estrategias que posibiliten una alimentación infantil saludable y disminuyan los riesgos de padecer obesidad. Dichas estrategias pueden ser utilizadas tanto a nivel individual, en el trato personal con profesionales de la salud, como a nivel general, siendo un aporte en campañas de promoción y prevención masivas impulsadas por el ministerio de salud.

Por otro lado la teoría del comportamiento planificado al tener tres componentes claros permitirá identificar de manera más precisa donde estaría el problema a la hora de no poder llevar a cabo una alimentación saludable en los niños por parte sus cuidadores primarios, lo que permitirá a los profesionales de la salud plantear mejores estrategias para promover la salud como prevención, además de lograr resultados más óptimos a la hora de modificar hábitos poco saludables.

DISCUSIÓN

Sin duda un futuro trabajo a partir de esta investigación es revisar acuciosamente cada uno de los ítems aplicados, pudiendo afinar aún más cada uno de ellos o tomar la decisión de utilizar sólo los más confiables, pero esta vez pudiendo hacer una aplicación masiva, para poder consolidar los resultados y lograr obtener estadísticos más significativos y precisos.

Otro paso que se debe realizar es someter a estudio la validez concurrente del cuestionario, comparando los resultados con cuestionarios que midan de forma similar la actitud frente a la alimentación, o realizar la validez concurrente de cada uno de los componentes que posee el cuestionario con cuestionarios que midan la norma subjetiva, control conductual o actitud hacia la conducta.

Adicionalmente, es preciso aplicar el cuestionario a una muestra representativa de la población de la comuna de Valparaíso y Viña del Mar con el objetivo de normalizar los baremos del inventario.

Por otro lado también es importante realizar una validación externa, a través de la aplicación estratificada del inventario (población normal v/s población patológica) para determinar la correspondencia del inventario con el constructo a medir, y que además permita establecer diferencias y puntajes de corte para cada caso, de esta forma buscando establecer de forma clara cuál será el funcionamiento de este y el nivel predictivo que puede llegar a tener.

Esto, a partir de la relevancia y necesidad de que se realicen investigaciones como esta, que nacen de la importancia de prevenir la obesidad, con el objetivo de disminuir, a través de la prevención, los elevados índices de esta patología en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

8.1 Referencia a Libros

Ajzen, I.(2005). Attitudes, personality and behavior. McGraw-Hill, NY, USA.

Ajzen, I., Albarracín, D., Hornik, R. (2007). Prediction and change of health behavior: applying the reasoned action approach. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Mahwah, NJ.

Albarracín, D., Johnson, B., Zanna, M. (2005). The handbook of attitudes. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Mahwah, NJ.

Hogg, M., Terry, D. (2000). Attitudes Behavior, and social context: the role of norms and group membership. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Mahwah, NJ.

Martin, M (2005). Violencia juvenil exogrupal: hacia la construcción de un modelo causal. Editorial Ministerio de Educación y Ciencia, Centro de Investigación y Documentación Educativa.

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

Pratkanis, A., Breckler, S., Greenwald A. (1989). Attitude structure and function. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Mahwah, NJ.

Sánchez, S., Mesa, M.C. (1998). Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación en ambientes multiculturales. Evaluación e intervención educativa en un contexto concreto: la ciudad de Melilla. Granada, Editorial Universidad de Granada, colección EIREN

8.2 Referencia a Publicaciones

Abello, N., Caro, C. (2007). Estrategia global contra la obesidad (ego- chile): Una oportunidad para el desarrollo de transectorialidad a favor de la calidad de vida. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Universidad Austral de Chile. Disponible en: <http://medicina.uach.cl/postgrado/diplomados/salud/trabajos.htm>

ACNielsen, 2005. Información Nutricional y Actitud del Consumidor ante Productos Saludables y Orgánicos. Disponible en: <http://mx.nielsen.com>

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.

Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 20, pp. 1-63). New York: Academic Press.

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational behavior and human decision processes*. Páginas 179-210. University of Massachusetts at Amherst.

Bersch, S. (2006). La Obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 25. N° 4.

Calderón, C., Ahumada, C., Allende, M., Aranguiz, P., Vallejo, A. (2009). Actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable". Construcción de un instrumento piloto de medición.

Domper, A., Zacarías, I., Olivares, S., Hertrampf, E. (2003). Evaluación de un programa de información en nutrición al consumidor. *Rev.chil,nutr.* [Revista Electrónica]. Vol. 30. N°1. Disponible en: www.scielo.cl

Méndez, A., Collazos, S., Duarte, P., Guzmán, M. (2006). Creencias y hábitos sobre alimentación de las madres vinculadas al programa de recuperación nutricional "Comer con Alegría" de la Fundación Cardio Infantil – IC en la Localidad de Usaquén. *Revista Tendencia & Retos*, Vol. 11, 237-240

Ministerio de Salud, Chile. (2000). Efectividad del programa de lactancia. Resultado Encuestas Nacionales 1993 - 2000. Disponible en: www.minsal.cl

Ministerio de Salud, Chile. (2004). Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Disponible en: www.minsal.cl

Ministerio de Salud, Chile. (2005). Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años. Disponible en: www.minsal.cl

Ministerio de Salud, Chile. (2005). Objetivos Sanitarios para Chile 2000 – 2010: Evaluación 2005. Disponible en: www.minsal.cl .

Ministerio de Salud, Chile. (2006). Propuesta de trabajo. Estrategia Global contra la obesidad (EGO- Chile). Disponible en: www.minsal.cl

Olivares, S., Bustos, N., Moreno, X., Lera, L., Cortez, S.. (2007). Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. Rev. Chil. Nutr. [Revista electrónica]. Vol 33. N°2 Disponible en <http://www.scielo.cl>

Organización Mundial de la Salud, (2006). Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva N° 311.

Vio, F. (2005). Prevención de la obesidad. Rev. Chil. Nutr. [Revista electrónica] Vol 32. N°2. Disponible en: www.scielo.cl

Vio, F., Salinas, J. (2006). Promoción de salud y calidad de vida en Chile: una política con nuevos desafíos. Revista Chilena de Nutrición [Revista Electrónica] Vol. 33. N°1. Disponible en: www.minsal.cl

ANEXOS

Anexo 1, Tabla de Estudios TCP

PREDICTION OF INTENTION (I) FROM ATTITUDE TOWARD THE BEHAVIOR (AFB), SUBJECTIVE NORM (SN), AND PERCEIVED BEHAVIORAL CONTROL (PBC)

Study	Intention	Correlations			Regression coefficients			R
		$r_{I,A}$	$r_{I,SN}$	$r_{I,PBC}$	$\beta_{I,A}$	$\beta_{I,SN}$	$\beta_{I,PBC}$	
van Ryn & Vredenburg (1990)	Search for a job ^a	.63	.55	.20	.48	.35	.07	.71
Doit & Aizer (1990)	Play six video games	.92	.54	.87	.46	.17	.43	.94
Schlagel <i>et al.</i> (1990)	Mean violation-topics Car drama ^b	.63	.41	.58	.41	.15	.36	.72
Aizer & Driver (in press, d)	Five future intentions	.59	.70	.80	.28	.09*	.62	.85
Warren (1990)	Mean victim-subjects Participate in election ^c	.30	.13*	.30	.32	.03*	.30	.43
Natunoye, Burton, & Johnson (1990)	Voting choice	.91	.67	.89	.54	.06*	.39	.94
Schuler & Aizer (1985)	Participate in elections	.33	.34	.62	.10*	.10*	.54	.64
Madden, Ellen, & Aizer (in press)	Love weight ^d	.32	.14	.31	.24	-.03	.77	.86
Madden & Madden (1986)	Love weight	.62	.44	.26	.79	.17	.30	.74
Aizer & Madden (1986)	10 common activities	.42	.26	.27	.43	.22	.26	.62
Beck & Aizer (in press)	Mean victim-subjects Attend class	.51	.35	.57	.32	.36	.44	.68
	Get in A ^e in a course ^f	.48	.11*	.44	.50	-.09*	.45	.65
	Cheer, straight, lie Mean	.68	.40	.77	.29	.05*	.59	.81
Natunoye, Andrews, & Curran (1990)	Give a gift	.51	.38	.44	.36	.08*	.20	.50
Purker <i>et al.</i> (1990)	Mean over five items ^g Commit traffic violations	.26	.48	.44	.15	.28	.33	.60
Beale & Mansfield (1991)	Mean over four violations ^h	.43	.33	.52	.26	.16*	.40	.60
Godwin, Veeh, & Lachare (1989)	Limit instance ⁱ sugar intake ^j	.50	-.01*	.60	.76	-.24	.84	.94
Gordin <i>et al.</i> (1990)	Exercise after giving birth ^k	.42	.13*	.50	.25	.01*	.39	.55
Ors, Godwin, & Lambert (in press)	Exercise after delivery ^l	.62	.42	.29	.52	.26	.17	.69
	Use condoms ^m							

* Not significant; all other coefficient's significant at $p < .05$.

^aSecondary analysis.

^bBeginning of semester.

^cControl group, second interview.

Anexo 2, Matriz de Correlaciones Reactivo Vs Unidad de Análisis (Actitud)

	ACTITUD 1		ACTITUD 2		ACTITUD 3
ACTITUD 1	1,000	ACTITUD 2	1,000	ACTITUD 3	1,000
Actitud 1 ítem 1 Cognición	,476	Actitud 2 ítem 1 Cognición	,164	Actitud 3 ítem 1 Cognición	,302
Actitud 1 ítem 1 Afectividad	,260	Actitud 2 ítem 1 Afectividad	,198	Actitud 3 ítem 1 Afectividad	,136
Actitud 1 ítem 1 Conducta	,511	Actitud 2 ítem 1 Conducta	,196	Actitud 3 ítem 1 Conducta	,260
Actitud 1 ítem 2 Cognición	,491	Actitud 2 ítem 2 Cognición	,387	Actitud 3 ítem 2 Cognición	,097
Actitud 1 ítem 2 Afectividad	,432	Actitud 2 ítem 2 Afectividad	,359	Actitud 3 ítem 2 Afectividad	,396
Actitud 1 ítem 2 Conducta	,213	Actitud 2 ítem 2 Conducta	,294	Actitud 3 ítem 2 Conducta	,293
Actitud 1 ítem 3 Cognición	,157	Actitud 2 ítem 3 Cognición	,488	Actitud 3 ítem 3 Cognición	,353
Actitud 1 ítem 3 Afectividad	,173	Actitud 2 ítem 3 Afectividad	,536	Actitud 3 ítem 3 Afectividad	,420
Actitud 1 ítem 3 Conducta	,152	Actitud 2 ítem 3 Conducta	,555	Actitud 3 ítem 3 Conducta	,438
Actitud 1 ítem 4 Cognición	,362	Actitud 2 ítem 4 Cognición	,355	Actitud 3 ítem 4 Cognición	,261
Actitud 1 ítem 4 Afectividad	,363	Actitud 2 ítem 4 Afectividad	,424	Actitud 3 ítem 4 Afectividad	,364
Actitud 1 ítem 4 Conducta	,359	Actitud 2 ítem 4 Conducta	,523	Actitud 3 ítem 4 Conducta	,360
Actitud 1 ítem 5 Cognición	,386	Actitud 2 ítem 5 Cognición	,235	Actitud 3 ítem 5 Cognición	,486
Actitud 1 ítem 5 Afectividad	,328	Actitud 2 ítem 5 Afectividad	,280	Actitud 3 ítem 5 Afectividad	,328
Actitud 1 ítem 5 Conducta	,476	Actitud 2 ítem 5 Conducta	,153	Actitud 3 ítem 5 Conducta	,467
Actitud 1 ítem 6 Cognición	,407	Actitud 2 ítem 6 Cognición	,230	Actitud 3 ítem 6 Cognición	,194
Actitud 1 ítem 6 Afectividad	,343	Actitud 2 ítem 6 Afectividad	,415	Actitud 3 ítem 6 Afectividad	,380
Actitud 1 ítem 6 Conducta	,468	Actitud 2 ítem 6 Conducta	,372	Actitud 3 ítem 6 Conducta	,277
Actitud 1 ítem 7 Cognición	,511	Actitud 2 ítem 7 Cognición	,354	Actitud 3 ítem 7 Cognición	,254
Actitud 1 ítem 7 Afectividad	,417	Actitud 2 ítem 7 Afectividad	,364	Actitud 3 ítem 7 Afectividad	-,151
Actitud 1 ítem 7 Conducta	,361	Actitud 2 ítem 7 Conducta	,345	Actitud 3 ítem 7 Conducta	,400

		Conducta		Conducta	
Actitud 1 ítem 8 Cognición	,214			Actitud 3 ítem 8 Cognición	,265
Actitud 1 ítem 8 Afectividad	,293			Actitud 3 ítem 8 Afectividad	,377
Actitud 1 ítem 8 Conducta	,291			Actitud 3 ítem 8 Conducta	,134
Actitud 1 ítem 9 Cognición	,149			Actitud 3 ítem 9 Cognición	,284
Actitud 1 ítem 9 Afectividad	,182			Actitud 3 ítem 9 Afectividad	,239
Actitud 1 ítem 9 Conducta	,335			Actitud 3 ítem 9 Conducta	,218
Actitud 1 ítem 10 Cognición	,349			Actitud 3 ítem 10 Cognición	,487
Actitud 1 ítem 10 Afectividad	,509			Actitud 3 ítem 10 Afectividad	,408
Actitud 1 ítem 10 Conducta	,287			Actitud 3 ítem 10 Conducta	,259

	ACTITUD 4		ACTITUD 5		ACTITUD 6
ACTITUD 4	1,000	ACTITUD 5	1,000	ACTITUD 6	1,000
Actitud 4 ítem 1 Cognición	,536	Actitud 5 ítem 1 Cognición	,263	Actitud 6 ítem 1 Cognición	,061
Actitud 4 ítem 1 Afectividad	,364	Actitud 5 ítem 1 Afectividad	,290	Actitud 6 ítem 1 Afectividad	,332
Actitud 4 ítem 1 Conducta	,427	Actitud 5 ítem 1 Conducta	,376	Actitud 6 ítem 1 Conducta	,596
Actitud 4 ítem 2 Cognición	,278	Actitud 5 ítem 2 Cognición	,665	Actitud 6 ítem 2 Cognición	,530
Actitud 4 ítem 2 Afectividad	,397	Actitud 5 ítem 2 Afectividad	,608	Actitud 6 ítem 2 Afectividad	,458
Actitud 4 ítem 2 Conducta	,438	Actitud 5 ítem 2 Conducta	,608	Actitud 6 ítem 2 Conducta	,412

Actitud 4 ítem 3 Cognición	,533	Actitud 5 ítem 3 Cognición	,571	Actitud 6 ítem 3 Cognición	,256
Actitud 4 ítem 3 Afectividad	,469	Actitud 5 ítem 3 Afectividad	,551	Actitud 6 ítem 3 Afectividad	,288
Actitud 4 ítem 3 Conducta	,232	Actitud 5 ítem 3 Conducta	,612	Actitud 6 ítem 3 Conducta	,429
Actitud 4 ítem 4 Cognición	,280			Actitud 6 ítem 4 Cognición	,583
Actitud 4 ítem 4 Afectividad	,358			Actitud 6 ítem 4 Afectividad	,674
Actitud 4 ítem 4 Conducta	,435			Actitud 6 ítem 4 Conducta	,703
Actitud 4 ítem 5 Cognición	-,104			Actitud 6 ítem 5 Cognición	,622
Actitud 4 ítem	,098			Actitud 6 ítem	,686

5 Afectividad	
Actitud 4 ítem	-,056
5 Conducta	
Actitud 4 ítem	,325
6 Cognición	
Actitud 4 ítem	,427
6 Afectividad	
Actitud 4 ítem	,442
6 Conducta	

5 Afectividad	
Actitud 6 ítem	,640
5 Conducta	
Actitud 6 ítem	-,033
6 Cognición	
Actitud 6 ítem	-,022
6 Afectividad	
Actitud 6 ítem	-,052
6 Conducta	
Actitud 6 ítem	,503
7 Cognición	
Actitud 6 ítem	,383
7 Afectividad	
Actitud 6 ítem	,586
7 Conducta	
Actitud 6 ítem	,608
8 Cognición	
Actitud 6 ítem	,430
8 Afectividad	
Actitud 6 ítem	,640
8 Conducta	
Actitud 6 ítem	,579
9 Cognición	
Actitud 6 ítem	,726
9 Afectividad	
Actitud 6 ítem	,699
9 Conducta	

***Los ítems destacados son los seleccionados.**

Anexo 3, Análisis Factorial Exploratorio con Ítemes Seleccionados

Varianza total explicada

Compo nente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianz a	% acumul ado	Total	% de la varianz a	% acumul ado	Total	% de la varianz a	% acumul ado
1	3,359	27,990	27,990	3,359	27,990	27,990	3,192	26,597	26,597
2	1,490	12,415	40,405	1,490	12,415	40,405	1,553	12,938	39,535
3	1,450	12,079	52,484	1,450	12,079	52,484	1,455	12,126	51,661
4	1,072	8,930	61,414	1,072	8,930	61,414	1,170	9,753	61,414
5	,852	7,102	68,516						
6	,801	6,677	75,193						
7	,702	5,853	81,046						
8	,603	5,025	86,071						
9	,578	4,815	90,886						
10	,469	3,907	94,793						
11	,349	2,908	97,701						
12	,276	2,299	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente			
	1	2	3	4
ACTITUD 1 ÍTEM 1		,553	,205	,231
ACTITUD 1 ÍTEM 7		,666	-,266	
ACTITUD 2 ÍTEM 3			,808	,208
ACTITUD 2 ÍTEM 4				,896
ACTITUD 4 ÍTEM 1		,790		
ACTITUD 4 ÍTEM 3	,345	,283	-,494	,427
ACTITUD 5 ÍTEM 2	,561		,282	
ACTITUD 5 ÍTEM 3	,464		,562	
ACTITUD 6 ÍTEM 4	,688	,220		

ACTITUD 6 ÍTEM 5	,815			
ACTITUD 6 ÍTEM 8	,790			
ACTITUD 6 ÍTEM 9	,854			

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Anexo 4, Análisis Factorial Confirmatorio

Varianza total explicada

Comp onente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianz a	% acumul ado	Total	% de la varianz a	% acumul ado	Total	% de la varianz a	% acumul ado
1	3,359	27,990	27,990	3,359	27,990	27,990	3,165	26,376	26,376
2	1,490	12,415	40,405	1,490	12,415	40,405	1,630	13,583	39,960
3	1,450	12,079	52,484	1,450	12,079	52,484	1,503	12,525	52,484
4	1,072	8,930	61,414						
5	,852	7,102	68,516						
6	,801	6,677	75,193						
7	,702	5,853	81,046						
8	,603	5,025	86,071						
9	,578	4,815	90,886						
10	,469	3,907	94,793						
11	,349	2,908	97,701						
12	,276	2,299	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente		
	1	2	3
ACTITUD 1 ÍTEM 1		,513	,377
ACTITUD 1 ÍTEM 7		,701	

ACTITUD 2 ÍTEM 3			,835
ACTITUD 2 ÍTEM 4			,474
ACTITUD 4 ÍTEM 1		,688	,233
ACTITUD 4 ÍTEM 3	,323	,515	-,257
ACTITUD 5 ÍTEM 2	,561		
ACTITUD 5 ÍTEM 3	,485		,509
ACTITUD 6 ÍTEM 4	,676	,224	
ACTITUD 6 ÍTEM 5	,813		
ACTITUD 6 ÍTEM 8	,799		
ACTITUD 6 ÍTEM 9	,844		

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Anexo 5, Carta a experto

Estimado

Somos un grupo de estudiantes de Psicología de la Universidad de Valparaíso y estamos desarrollando nuestro proyecto de Título a cargo de la profesora M. Liliana Contreras Alarcón. La investigación se denomina “Validación de un Cuestionario de Actitudes de los Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable y No Saludable. Adaptación a la Teoría del Comportamiento Planificado”.

El motivo de contactarlo se relaciona con solicitar a UD. la colaboración como juez experto en el cuestionario que estamos diseñando como producto de nuestro Seminario de Título.

La línea de investigación que seguimos, tiene como propósito contribuir al desarrollo de estrategias preventivas focalizadas en la detección del riesgo de incorporar prácticas de alimentación no saludable en la alimentación complementaria a niños mayores de 6 meses, **a través de la elaboración del cuestionario ACAISAP (Actitudes de Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable mediante el modelo de Acción Planificada).**

ANTECEDENTES

Durante el año 2009, se realizó una primera versión del instrumento, basada en el modelo actitudinal de Hovland, el que fue aplicado a cuidadores de niños que consultaban en atención primaria. Con los resultados obtenidos en esa oportunidad, a través de análisis factorial, se seleccionaron los ítemes más descriptivos, los que fueron adaptados por nuestro grupo de investigación al modelo de acción planificada de Ajzen y Madden, modelo más actualizado de actitudes, que a través de una amplia experiencia empírica, ha demostrado un mayor poder predictivo de las conductas pro salud que el modelo de Hovland.

La Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) identifica 3 componentes para generar la intención hacia una determinada conducta. Ellos son:

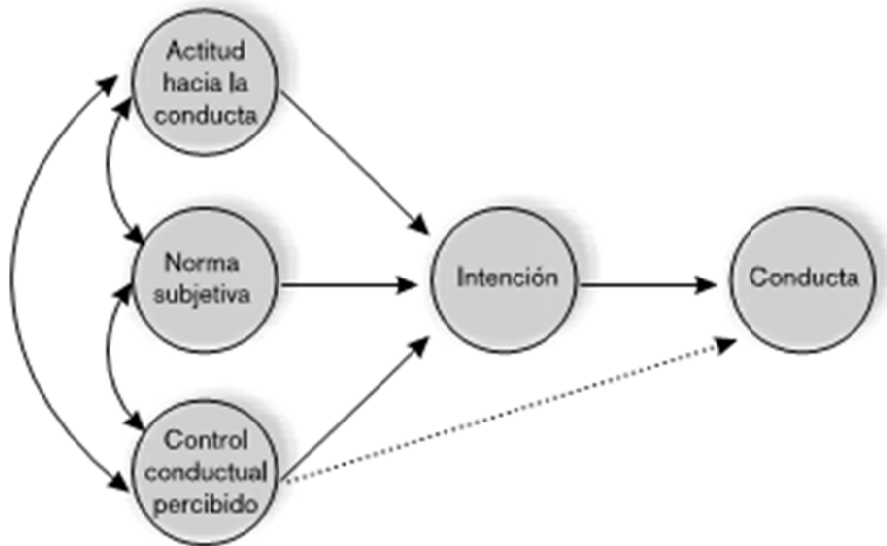
- la Actitud hacia el comportamiento

- la norma subjetiva
- el control conductual percibido

La actitud hacia el comportamiento se explica tanto desde la base informativa o creencias como desde el grado en como el sujeto considera como favorable o desfavorable la conducta en cuestión

La norma subjetiva estará determinada por una variable social, tanto de la percepción de expectativas de las otras personas hacia la realización o no de la conducta como también de la motivación del sujeto a cumplir o no estas expectativas.

El Control percibido: corresponde a: “la facilidad o la dificultad percibida de realizar el comportamiento, y se supone que refleja la experiencia pasada así como impedimentos anticipados y obstáculos (Schifter y Ajzen, 1985).



MODELO ACCION PLANIFICADA

Siguiendo este modelo, se elaboró el presente inventario, que incluye ítemes pertenecientes al inventario piloto original, que fueron modificados en cuanto a redacción, así como también ítemes nuevos, especialmente en las dimensiones más específicas del nuevo modelo.

Solicitamos a Usted, como evaluador experto, que pueda revisar, analizar y sugerir respecto de la validación de cada ítem respecto de su correspondiente definición conceptual.

Para realizar la corrección es importante tener en cuenta que cada ítem fue creado considerando que cuando una persona realiza una acción en particular (en este caso las prácticas de alimentación) considera el conjunto de **información** que maneja, los **afectos o emociones** que generan tales prácticas, y las **conductas** particulares que está dispuesto a realizar o que ha realizado de modo habitual, por lo que cada ítem tiene una aseveración **Cognitiva**, una **Afectiva** y una **Conductual**.

Los criterios a evaluar son los siguientes:

- Redacción
- Pertinencia (que se refiere o atañe a lo que se expresa en la definición del componente)
- Coherencia de las tres aseveraciones del ítem entre sí y respecto del componente al que pertenecen.
- Relevancia (si el ítem es importante o significativo para el componente al que pertenece)

Para realizar la evaluación, se adjunta una escala de 1 a 5 para cada criterio, siendo 1 la calificación más baja y 5 la máxima. Además, se agrega un apartado de comentarios, donde puede plasmar inquietudes y acotaciones sobre cada ítem.

De antemano le agradecemos su colaboración. Atentamente

Giselle Carreño.

Consuelo Contreras.

Gonzalo Rivera.

Gabriela Varas.

A continuación se adjunta el inventario

Componente 1: **NORMA SUBJETIVA**

La **Norma Subjetiva** corresponde a la presión social percibida por el cuidador primario del niño, al elegir la comida con la que lo alimentará. Esta presión social es ejercida por los “otros significativos” no expertos (familia, amigos, vecinos) quienes guían la construcción de pautas de alimentación a través de sus propios conocimientos o experiencia, o de creencias o proposiciones que para la mayoría de las personas son prudentes.

En el cuestionario las aseveraciones son de dos tipos, en el primero, la norma subjetiva queda explícita en el ítem; en el segundo, las aseveraciones corresponde a ciertas creencias que se sabe están fuertemente arraigadas en la población, y se infiere que la familia sería el principal agente socializador. Por ello resultan ser ejemplos de la norma subjetiva.

I T E M 1	Creo que existen alimentos que el niño no va a poder digerir, a pesar de que están indicados por el médico.																								
	Me da miedo que el niño no pueda digerir los alimentos correctamente, a pesar de que éstos eran dados por el médico.																								
	Evito dar al niño alimentos que creo no va a poder digerir, a pesar de estar indicados por el médico.																								
Comentario																									
<table border="1"> <tr> <td>Redacción</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pertinencia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Coherencia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Relevancia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>		Redacción	1	2	3	4	5	Pertinencia	1	2	3	4	5	Coherencia	1	2	3	4	5	Relevancia	1	2	3	4	5
Redacción	1	2	3	4	5																				
Pertinencia	1	2	3	4	5																				
Coherencia	1	2	3	4	5																				
Relevancia	1	2	3	4	5																				
I T E M 2	Sé que si le doy algo rico para comer, como una galletita de champaña, calmaré el llanto del niño..																								
	Me alivia darle algo para comer cuando el niño llora.																								
	Evito que el niño llore dándole algo para comer, como una galletita de champaña.																								

Comentario		Redacción 1 2 3 4 5 Pertinencia 1 2 3 4 5 Coherencia 1 2 3 4 5 Relevancia 1 2 3 4 5
I T E M 3	En mi familia, los niños pueden comer lo que los otros estén comiendo, siempre y cuando yo crea que no les va a caer mal al estómago.	
	Me da pena que el niño vea comer a otros y no pueda comer lo mismo que están comiendo.	
	Cuando el niño está mirando lo que otros comen, le doy un pedacito para que pruebe.	
Comentario		Redacción 1 2 3 4 5 Pertinencia 1 2 3 4 5 Coherencia 1 2 3 4 5 Relevancia 1 2 3 4 5
I T E M 4	Creo que si a mi mamá le funcionó conmigo no hay razón para cambiar la forma en que alimento al niño.	
	Me siento tranquila de los conocimientos que me entregó mi madre ya que con ellos podré darle una buena alimentación al niño.	
	Alimento al niño de la misma forma en que mi madre me alimentó.	
Comentario		Redacción 1 2 3 4 5 Pertinencia 1 2 3 4 5 Coherencia 1 2 3 4 5 Relevancia 1 2 3 4 5
I T E M 5	Pienso que mis conocidos, incluyendo mi familia, tienen experiencia en cuanto a alimentación, por eso sigo sus consejos.	
	Me tranquiliza saber la opinión de mis conocidos y mi familia cuando preparo alimentos para el niño.	
	Sigo los consejos de mis conocidos y mi familia al momento de determinar	

que alimentos dar al niño.	
Comentario	Redacción 1 2 3 4 5 Pertinencia 1 2 3 4 5 Coherencia 1 2 3 4 5 Relevancia 1 2 3 4 5

Componente 2: CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO

El **Control Conductual Percibido** es la facilidad o dificultad percibida por el cuidador primario del niño al momento de alimentarlo, en relación a las pautas sugeridas por el equipo de salud, considerando la experiencia pasada, así como impedimentos anticipados y obstáculos.

I T E M 1	Entiendo lo que dicen las etiquetas nutricionales
	Me interesa leer la información nutricional de los alimentos
	Leo lo que dicen las etiquetas nutricionales de los alimentos.
Comentario	Redacción 1 2 3 4 5 Pertinencia 1 2 3 4 5 Coherencia 1 2 3 4 5 Relevancia 1 2 3 4 5
I T E M 2	Sé cuáles son los alimentos y la cantidad de éstos que el niño debe consumir de acuerdo a los meses que tiene y la etapa en que se encuentra.
	Me siento tranquila al cocinar comida que sea acorde a la cantidad de meses y/o etapa de edad en la que se encuentra mi hijo.
	Preparo y cocino para el niño de acuerdo a la edad en la que se encuentra.
Comentario	Redacción 1 2 3 4 5 Pertinencia

		1 2 3 4 5 Coherencia 1 2 3 4 5 Relevancia 1 2 3 4 5
I	Conozco las enfermedades y consecuencias cuando no se sigue una dieta equilibrada.	
T		
E	Me preocupa que mi hijo pueda desarrollar alguna enfermedad o problema producto de una mala alimentación.	
M		
3	Cocino de forma saludable para prevenir enfermedades asociadas a una mala alimentación.	
Comentario		Redacción 1 2 3 4 5 Pertinencia 1 2 3 4 5 Coherencia 1 2 3 4 5 Relevancia 1 2 3 4 5
I	Creo que la obesidad de los niños es un tema importante que yo puedo prevenir.	
T		
E	Me preocupa que mi hijo pueda llegar a ser obeso.	
M		
4	Hago cosas para cuidar el peso de mi hijo	
Comentario		Redacción 1 2 3 4 5 Pertinencia 1 2 3 4 5 Coherencia 1 2 3 4 5 Relevancia 1 2 3 4 5

I	Creo que es difícil incluir sólo los alimentos indicados en el consultorio para																																								
T	la alimentación del niño.																																								
E	Me asusta cocinarle al niño alimentos no recomendados para su dieta.																																								
M	Cocino para el niño sólo los alimentos que me han recomendado para él en																																								
5	el consultorio.																																								
Comentario																																									
<table border="1"> <tr> <td>Redacción</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pertinencia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coherencia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Relevancia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Redacción	1	2	3	4		5				Pertinencia	1	2	3	4		5				Coherencia	1	2	3	4		5				Relevancia	1	2	3	4		5			
Redacción	1	2	3	4																																					
	5																																								
Pertinencia	1	2	3	4																																					
	5																																								
Coherencia	1	2	3	4																																					
	5																																								
Relevancia	1	2	3	4																																					
	5																																								

Componente 3: **ACTITUD HACIA LA CONDUCTA**

La **Actitud Hacia La Conducta** es el grado en que el cuidador primario considera favorable o desfavorable alimentar saludablemente al niño.

I	Es importante tener horarios rígidos de comida con niños entre 6 meses y																																								
T	dos años.																																								
E	Me angustio si es que tengo que cambiar los horarios de comida del niño.																																								
M	Mantengo un horario de comidas para el niño.																																								
1																																									
Comentario																																									
<table border="1"> <tr> <td>Redacción</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pertinencia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coherencia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Relevancia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Redacción	1	2	3	4		5				Pertinencia	1	2	3	4		5				Coherencia	1	2	3	4		5				Relevancia	1	2	3	4		5			
Redacción	1	2	3	4																																					
	5																																								
Pertinencia	1	2	3	4																																					
	5																																								
Coherencia	1	2	3	4																																					
	5																																								
Relevancia	1	2	3	4																																					
	5																																								
I	Salgo tranquila con el niño aunque no le lleve la comida que me han																																								
T	indicado en el consultorio, porque sé que le podré dar cualquier cosa.																																								
E	Me siento tranquila cuando salgo de casa y no le llevo comida al niño																																								

M 2	Cuando vamos a otra parte no le llevo comida especial al niño.	
Comentario		Redacción 1 2 3 4 5 Pertinencia 1 2 3 4 5 Coherencia 1 2 3 4 5 Relevancia 1 2 3 4 5
I T E M 3	Creo que es imposible darle al niño todos los alimentos que indican los profesionales del consultorio (nutricionista, médico, enfermera). Me desagrada darle al niño alimentos que a mí no me gustan aunque estén indicados por los profesionales del consultorio. Doy al niño todos los alimentos recomendados por los profesionales del consultorio (nutricionista, médico, enfermera).	
Comentario		Redacción 1 2 3 4 5 Pertinencia 1 2 3 4 5 Coherencia 1 2 3 4 5 Relevancia 1 2 3 4 5
I T E M 4	Creo que es positivo que exista una dieta determinada para las distintas edades del niño. Me siento tranquila/o al saber que existe una dieta determinada para el niño Sigo las pautas de alimentación establecidas en el consultorio para la edad del niño.	
Comentario		Redacción 1 2 3 4 5 Pertinencia 1 2 3 4

		5 Coherencia 1 2 3 4 5 Relevancia 1 2 3 4 5
I	Pienso que es bueno planificar la alimentación del niño de acuerdo a las	
T	indicaciones de los profesionales.	
E	Me siento segura al planificar la dieta del niño de acuerdo a las	
M	indicaciones de los profesionales.	
5	Planifico la dieta del niño de acuerdo a las indicaciones de los profesionales.	
Comentario		Redacción 1 2 3 4 5 Pertinencia 1 2 3 4 5 Coherencia 1 2 3 4 5 Relevancia 1 2 3 4 5

Anexo 6, Tabla Promedio Juicio de expertos

		Redacción	Pertinencia	Coherencia	Relevancia
Componente Norma Subjetiva	Ítem 1	4,14285714	4,57142857	4,14285714	5
	Ítem 2	4,625	4,875	4,85714286	5
	Ítem 3	4,625	4,875	4,875	5
	Ítem 4	4,375	4,875	4,625	4,875
	Ítem 5	4,625	4,875	5	4,875
Componente Control Conductual percibido	Ítem 1	4,5	4,25	4,25	4,375
	Ítem 2	4,125	4,75	4,125	5
	Ítem 3	5	4,75	5	5
	Ítem 4	4,625	4,875	4,625	5
	Ítem 5	4,28571429	4,57142857	4	4,5
Componente actitud hacia la conducta	Ítem 1	4,71428571	4,85714286	4,85714286	4,85714286
	Ítem 2	4,57142857	4,57142857	4,14285714	5
	Ítem 3	5	4,28571429	4,42857143	4,57142857
	Ítem 4	4,75	4,75	4,875	5
	Ítem 5	4,875	5	5	5

*** Los ítemes destacados son los que fueron modificados**

Anexo 7, Inventario ACAISAP

Consultorio en el cual recibe atención:

Edad del niño:

Instrucciones

A continuación usted encontrará una serie de enunciados que pueden resultarle familiares en relación a la alimentación de su hijo. Se solicita leer cada una de las afirmaciones y pensar si se corresponde o no con su forma de alimentar al niño, marcando con una X en las columnas el grado de acuerdo o desacuerdo con dicha afirmación.

No existen respuestas correctas o incorrectas en este cuestionario, por lo que se ruega contestar de forma honesta.

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Creo que existen alimentos indicados por el médico que el niño no va a poder tragar.					
Me da miedo que el niño no pueda tragar los alimentos indicados por el médico.					

Evito dar al niño alimentos indicados por el médico que creo no va a poder tragar.					
Sé que si le doy algo rico para comer, como una galletita de champaña, calmaré el llanto del niño.					
Me alivia darle algo para comer al niño cuando llora.					
Evito que el niño llore dándole algo para comer, como una galletita de champaña.					
Los niños pueden comer lo que los otros estén comiendo, siempre y cuando yo crea que no les va a caer mal al estómago.					
Me da pena que el niño vea comer a otros y no pueda comer lo mismo que están comiendo.					
Cuando el niño está mirando lo que otros comen, le doy para que pruebe.					
Creo que la forma de alimentación ocupada por mi madre me servirá para darle una buena alimentación al niño.					
Me siento tranquila de los conocimientos que me entregó mi madre ya que con ellos podré darle una buena alimentación al niño.					
Alimento al niño de la misma forma en que mi madre me alimentó.					
Pienso que mis conocidos, incluyendo mi familia, tienen experiencia en cuanto a la alimentación de niños.					

Me siento tranquila al saber la opinión de mis conocidos y mi familia cuando preparo alimentos para el niño.					
	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Sigo los consejos de mis conocidos y mi familia al momento de determinar qué alimentos dar al niño.					
Comprendo la importancia de leer la información nutricional de los alimentos que el niño va a consumir.					
Me interesa leer la información nutricional de los alimentos para saber cuál es su aporte nutricional					
Antes de comprar, leo lo que dice la información nutricional de los alimentos para saber cuál es su aporte					
Sé cuáles son los alimentos y la cantidad de éstos que el niño debe consumir de acuerdo a los meses que tiene y la etapa en que se encuentra.					
Me siento tranquila(o) con la comida que se corresponde a los meses y/o edad en que se encuentra mi hijo.					
Preparo comida para el niño y la cocino de acuerdo a la edad en que éste se encuentra					
Conozco las enfermedades y consecuencias cuando no se sigue una alimentación equilibrada.					
Me preocupa que mi hijo pueda					

desarrollar alguna enfermedad o problema producto de una mala alimentación.					
Cocino de forma saludable para prevenir enfermedades asociadas a una mala alimentación.					
Creo que la obesidad de los niños es un tema importante que yo puedo prevenir.					
Me preocupa que mi hijo pueda llegar a ser obeso.					
Elijo y preparo alimentos para cuidar el peso de mi hijo					
Creo que es fácil seguir las pautas de alimentación recomendadas en el consultorio.					
Me gusta cocinarle al niño alimentos recomendados en las pautas de alimentación.					
Cocino para el niño los alimentos que me han recomendado en las pautas de alimentación del consultorio.					
Es importante tener horarios establecidos de comida con niños entre 6 meses y dos años.					
Me angustio si es que tengo que cambiar los horarios de comida del niño.					
	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Mantengo un horario establecido para					

la comida del niño.					
Sé que si salgo de casa y no le llevo comida al niño, le podré dar cualquier cosa.					
Me siento tranquila cuando salgo de casa, a pesar de no llevarle comida especial al niño					
Cuando vamos a otra parte no le llevo comida especial al niño.					
Creo que es imposible darle al niño todos los alimentos que indican los profesionales del consultorio (nutricionista, médico, enfermera).					
Me desagrada darle al niño alimentos que a mí no me gustan aunque estén indicados por los profesionales del consultorio.					
Doy al niño todos los alimentos recomendados por los profesionales del consultorio (nutricionista, médico, enfermera).					
Creo que es positivo que exista una dieta determinada para las distintas edades del niño.					
Me siento tranquila al saber que existe una dieta determinada para el niño					
Sigo las pautas de alimentación establecidas en el consultorio para la edad del niño.					
Pienso que es bueno planificar la alimentación del niño de acuerdo a las indicaciones de los profesionales.					
Me siento segura al planificar la					

alimentación del niño de acuerdo a las indicaciones de los profesionales.					
Planifico la alimentación del niño de acuerdo a las indicaciones de los profesionales.					

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 8, Confiabilidad Norma Subjetiva

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,719	,730	6

Anexo 9, Matriz de Correlaciones Norma Subjetiva

Matriz de correlaciones inter-elementos

	NORMA	NORITEM1	NORITEM2	NORITEM3	NORITEM4	NORITEM5
NORMA	1,000	,462	,557	,598	,616	,677
NORITEM1	,462	1,000	,066	,015	,056	,126
NORITEM2	,557	,066	1,000	,313	,067	,087
NORITEM3	,598	,015	,313	1,000	,164	,272
NORITEM4	,616	,056	,067	,164	1,000	,581
NORITEM5	,677	,126	,087	,272	,581	1,000

Anexo 10, Confiabilidad Control Conductual Percibido

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,775	,843	6

Anexo 11, Matriz de correlaciones Control Conductual Percibido

Matriz de correlaciones inter-elementos

	CONTROL	CONITEM1	CONITEM2	CONITEM3	CONITEM4	CONITEM5
CONTROL	1,000	,646	,735	,733	,683	,696
CONITEM1	,646	1,000	,489	,224	,188	,305
CONITEM2	,735	,489	1,000	,455	,283	,405
CONITEM3	,733	,224	,455	1,000	,572	,337
CONITEM4	,683	,188	,283	,572	1,000	,346
CONITEM5	,696	,305	,405	,337	,346	1,000

Anexo 12, Confiabilidad Actitud hacia la Conducta

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,737	,769	6

Anexo 13, Matriz de correlaciones Actitud hacia la conducta

Matriz de correlaciones inter-elementos

	ACTITUD	ACTITEM1	ACTITEM2	ACTITEM3	ACTITEM4	ACTITEM5
ACTITUD	1,000	,509	,491	,671	,716	,693
ACTITEM1	,509	1,000	,076	,039	,256	,259
ACTITEM2	,491	,076	1,000	,295	-,025	-,036
ACTITEM3	,671	,039	,295	1,000	,382	,322
ACTITEM4	,716	,256	-,025	,382	1,000	,706
ACTITEM5	,693	,259	-,036	,322	,706	1,000

Anexo 14, Confiabilidad Control Conductual Percibido eliminando ítem 1

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,720	,764	5

Matriz de correlaciones inter-elementos

	NORMA	NORITEM2	NORITEM3	NORITEM4	NORITEM5
NORMA	1,000	,557	,598	,616	,677
NORITEM2	,557	1,000	,313	,067	,087
NORITEM3	,598	,313	1,000	,164	,272
NORITEM4	,616	,067	,164	1,000	,581
NORITEM5	,677	,087	,272	,581	1,000

Anexo 15, Confiabilidad Actitud hacia la Conducta eliminando ítem 2

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,737	,807	5

Matriz de correlaciones inter-elementos

	ACTITUD	ACTITEM1	ACTITEM3	ACTITEM4	ACTITEM5
ACTITUD	1,000	,509	,671	,716	,693
ACTITEM1	,509	1,000	,039	,256	,259
ACTITEM3	,671	,039	1,000	,382	,322
ACTITEM4	,716	,256	,382	1,000	,706
ACTITEM5	,693	,259	,322	,706	1,000

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,818	25,453	25,453	3,818	25,453	25,453	2,554	17,024	17,024
2	2,266	15,105	40,558	2,266	15,105	40,558	2,228	14,853	31,877
3	1,366	9,105	49,664	1,366	9,105	49,664	1,917	12,783	44,661
4	1,227	8,177	57,841	1,227	8,177	57,841	1,549	10,330	54,991
5	1,093	7,288	65,129	1,093	7,288	65,129	1,521	10,139	65,129
6	,909	6,063	71,192						
7	,803	5,354	76,547						
8	,663	4,420	80,967						
9	,603	4,017	84,984						
10	,583	3,889	88,872						
11	,479	3,193	92,066						
12	,376	2,503	94,569						
13	,321	2,138	96,707						
14	,259	1,727	98,434						
15	,235	1,566	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Anexo 16, Análisis Exploratorio

Varianza total explicada

Anexo 17

Matriz de componentes^a

	Componente				
	1	2	3	4	5
NORITEM1		,368	-,566	-,381	
NORITEM2		,457		,609	
NORITEM3		,504		,567	-,303
NORITEM4	,310	,617	,430		
NORITEM5		,660	,358		
CONITEM1	,536				,417
CONITEM2	,737				,342
CONITEM3	,715				
CONITEM4	,620				-,426
CONITEM5	,660			,283	
ACTITEM1	,589		,264		,321
ACTITEM2		-,419	,547	,356	,333
ACTITEM3	,265	-,642	,290		
ACTITEM4	,729	-,335			
ACTITEM5	,734	-,261	-,362		

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 5 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente				
	1	2	3	4	5
NORITEM1					-,766
NORITEM2				,777	
NORITEM3				,747	
NORITEM4			,858		
NORITEM5			,785		
CONITEM1		,672			
CONITEM2	,254	,734	,258		
CONITEM3	,543	,330	,441		
CONITEM4	,737				
CONITEM5	,424	,577			
ACTITEM1		,626	,379		
ACTITEM2					,784
ACTITEM3	,383			-,447	,493
ACTITEM4	,767	,285		-,262	
ACTITEM5	,771	,366			

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Anexo 18, Análisis Confirmatorio

Componente	Autovalores iniciales			Varianza total explicada			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,818	25,453	25,453	3,818	25,453	25,453	3,651	24,341	24,341			
2	2,266	15,105	40,558	2,266	15,105	40,558	1,980	13,198	37,540			
3	1,366	9,105	49,664	1,366	9,105	49,664	1,819	12,124	49,664			
4	1,227	8,177	57,841									
5	1,093	7,288	65,129									
6	,909	6,063	71,192									
7	,803	5,354	76,547									
8	,663	4,420	80,967									
9	,603	4,017	84,984									
10	,583	3,889	88,872									
11	,479	3,193	92,066									
12	,376	2,503	94,569									
13	,321	2,138	96,707									
14	,259	1,727	98,434									
15	,235	1,566	100,000									

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Anexo 19

Matriz de componentes^a

	Componente		
	1	2	3
NORITEM1		,368	-,566
NORITEM2		,457	
NORITEM3		,504	
NORITEM4	,310	,617	,430
NORITEM5		,660	,358
CONITEM1	,536		
CONITEM2	,737		
CONITEM3	,715		
CONITEM4	,620		
CONITEM5	,660		
ACTITEM1	,589		,264
ACTITEM2		-,419	,547
ACTITEM3	,265	-,642	,290
ACTITEM4	,729	-,335	
ACTITEM5	,734	-,261	-,362

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 3 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente		
	1	2	3
NORITEM1			,653
NORITEM2			,410
NORITEM3		,300	,416
NORITEM4		,799	
NORITEM5		,762	
CONITEM1	,564		
CONITEM2	,674	,301	
CONITEM3	,637	,404	
CONITEM4	,603		
CONITEM5	,654		
ACTITEM1	,482	,445	
ACTITEM2			-,685
ACTITEM3	,268		-,675
ACTITEM4	,794		
ACTITEM5	,827		

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Anexo 20, Análisis exploratorio eliminando ítemes que disminuyen confiabilidad.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,811	29,312	29,312	3,811	29,312	29,312	2,561	19,702	19,702
2	2,124	16,336	45,647	2,124	16,336	45,647	2,115	16,270	35,972
3	1,273	9,796	55,443	1,273	9,796	55,443	1,937	14,903	50,875
4	1,047	8,054	63,497	1,047	8,054	63,497	1,641	12,622	63,497
5	,907	6,974	70,471						
6	,838	6,450	76,921						
7	,623	4,789	81,710						
8	,586	4,506	86,216						
9	,491	3,779	89,995						
10	,454	3,489	93,483						
11	,336	2,588	96,071						
12	,271	2,084	98,155						
13	,240	1,845	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes^a

	Componente			
	1	2	3	4
NORITEM2		,483	,568	
NORITEM3		,530	,516	,342
NORITEM4	,311	,658	-,435	
NORITEM5		,701	-,313	
CONITEM1	,535			-,531
CONITEM2	,736			-,376
CONITEM3	,714			
CONITEM4	,623			,462
CONITEM5	,659		,267	
ACTITEM1	,587			-,264
ACTITEM3	,270	-,574		,261
ACTITEM4	,732	-,382		
ACTITEM5	,734	-,324	,303	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente			
	1	2	3	4
NORITEM2				,751
NORITEM3				,732
NORITEM4			,854	
NORITEM5			,789	
CONITEM1		,762		
CONITEM2		,741	,279	
CONITEM3	,584	,264	,460	
CONITEM4	,763			
CONITEM5	,477	,524		
ACTITEM1		,563	,409	
ACTITEM3	,411			-,580
ACTITEM4	,716	,330		-,281
ACTITEM5	,750	,386		

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Anexo 21, Análisis Confirmatorio eliminando ítemes que disminuyen confiabilidad.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,811	29,312	29,312	3,811	29,312	29,312	3,463	26,639	26,639
2	2,124	16,336	45,647	2,124	16,336	45,647	2,028	15,600	42,239
3	1,273	9,796	55,443	1,273	9,796	55,443	1,717	13,204	55,443
4	1,047	8,054	63,497						
5	,907	6,974	70,471						
6	,838	6,450	76,921						
7	,623	4,789	81,710						
8	,586	4,506	86,216						
9	,491	3,779	89,995						
10	,454	3,489	93,483						
11	,336	2,588	96,071						
12	,271	2,084	98,155						
13	,240	1,845	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes^a

	Componente		
	1	2	3
NORITEM2		,483	,568
NORITEM3		,530	,516
NORITEM4	,311	,658	-,435
NORITEM5		,701	-,313
CONITEM1	,535		
CONITEM2	,736		
CONITEM3	,714		
CONITEM4	,623		
CONITEM5	,659		,267
ACTITEM1	,587		
ACTITEM3	,270	-,574	
ACTITEM4	,732	-,382	
ACTITEM5	,734	-,324	,303

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 3 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente		
	1	2	3
NORITEM2			,751
NORITEM3			,729
NORITEM4		,843	
NORITEM5		,771	
CONITEM1	,566		
CONITEM2	,606	,415	
CONITEM3	,601	,453	
CONITEM4	,625		
CONITEM5	,699		
ACTITEM1	,421	,509	
ACTITEM3	,261		-,608
ACTITEM4	,758		-,329
ACTITEM5	,837		

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Anexo 22, Análisis Exploratorio con ítems más fiables de cada componente

Varianza total explicada

Componente	Autovaleores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,472	41,206	41,206	2,472	41,206	41,206	2,328	38,792	38,792
2	1,662	27,696	68,902	1,662	27,696	68,902	1,807	30,110	68,902
3	,659	10,985	79,887						
4	,546	9,105	88,992						
5	,390	6,497	95,490						
6	,271	4,510	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes^a

	Componente	
	1	2
NORITEM4	,441	,770
NORITEM5	,324	,769
CONITEM2	,742	
CONITEM3	,750	
ACTITEM4	,742	-,452
ACTITEM5	,714	-,508

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 2 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
NORITEM4		,884
NORITEM5		,834
CONITEM2	,661	,339
CONITEM3	,629	,425
ACTITEM4	,864	
ACTITEM5	,862	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Anexo 23, Análisis confirmatorio con ítemes más fiables de cada componente

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,472	41,206	41,206	2,472	41,206	41,206	1,734	28,902	28,902
2	1,662	27,696	68,902	1,662	27,696	68,902	1,567	26,122	55,024
3	,659	10,985	79,887	,659	10,985	79,887	1,492	24,864	79,887
4	,546	9,105	88,992						
5	,390	6,497	95,490						
6	,271	4,510	100,000						

Varianza total explicada

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes^a

	Componente		
	1	2	3
NORITEM4	,441	,770	
NORITEM5	,324	,769	,423
CONITEM2	,742		-,493
CONITEM3	,750		-,259
ACTITEM4	,742	-,452	,271
ACTITEM5	,714	-,508	,311

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 3 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente		
	1	2	3
NORITEM4		,793	,379
NORITEM5		,935	
CONITEM2			,863
CONITEM3	,295		,707
ACTITEM4	,874		,253
ACTITEM5	,907		

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

