



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

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

Una aproximación hacia el proceso de Validación
externa del instrumento.

MARÍA PÍA ANDRÉ JUSTINIANO.

JEINY BENNI SANCHEZ.

ELENA ELIZABETH KRUL MANSILLA.

CATHERINE MARJORIE LABRA PEREZ.

MARÍA ISABEL QUINTANILLA ALVARADO.

Profesor Guía: María Liliana 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, 2012
Valparaíso, Chile.

DEDICATORIAS

*Dedico este trabajo a cada una de las personas que me apoyaron a lo largo de este proceso. En especial, a mi familia por su esfuerzo y amor incondicional, y a mis amigos por entregarme alegría y acompañarme en los momentos difíciles de este periodo.
Gracias a cada uno de ellos por contribuir al logro de mis metas...*

Catherine

*A mi Vati, gracias por apoyarme incondicionalmente y creer en mí siempre, te amo y extraño.
A mi madre, por ser un gran ejemplo de mujer y porque sin ella nada de esto sería posible.
A mi hermana, por ser una fiel compañera y guía en el camino de la vida.
A los tres les dedico este gran logro. Los amo infinitamente.
Un especial agradecimiento a mis amigas, que me acompañan en las buenas y en las malas,
gracias por estar siempre conmigo.*

Elena

*A mi madre, por su amor y apoyo incondicional que me ha dado en este largo camino,
A mi hermano y mi abuela, por su apoyo durante todos estos años,
A mi pololo, por estar presente en todo momento, incondicionalmente,
Y a mis amigas, por su apoyo y lealtad.
A todos ustedes gracias por estar presentes en mi vida.*

Isabel

A todos aquellos que de alguna u otra forma, han estado conmigo a través de este proceso; en especial a mi familia. A mi padre y a mi madre, por creer en mí y apoyarme en todo momento y a mis hermanos por acompañarme y guiarme durante todo este tiempo.

María Pía

*A mi madre, por su dedicación y cariño;
A mi padre, por su perseverancia y optimismo.
Me siento afortunada por haber concretado este proyecto que juntos escogimos; y por haber estado, en cada una de sus etapas, con ustedes a mi lado.*

Jeiny

AGRADECIMIENTOS

A través de estas líneas extendemos nuestros agradecimientos a todos aquellos que contribuyeron en la realización de esta investigación:

A nuestra profesora guía, Liliana Contreras, por orientarnos de manera clara y amable; por su confianza, flexibilidad y por el apoyo brindado durante todo el proceso.

Al cuerpo docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, por todo los conocimientos entregados a lo largo de nuestra formación académica.

A la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso, en especial a los Centros de Salud Familiar: “Marco Maldonado”, “Nueva Aurora”, “Reina Isabel II” y “Marcelo Mena”, al Jardín Infantil “Porteños por la Paz”, perteneciente a el Servicio de Paz y Justicia; por permitirnos acceder a la población objetivo de nuestro estudio.

A las madres y o cuidadores que colaboraron contestando el inventario “ACAISAP”, quienes de forma desinteresada accedieron a otorgar información relevante para nuestro trabajo investigativo.

Queremos también extender los debidos agradecimientos a Gonzalo Rivera, quien de manera responsable y comprometida, participó del presente trabajo orientándonos y clarificándonos aquellos aspectos en los cuales necesitábamos complementar nuestros conocimientos.

Para finalizar, agradecemos especialmente a nuestras familias y amigos, que nos apoyaron incondicionalmente a lo largo de este proceso, el cual hoy culmina.

ÍNDICE

Índice	5
1. Introducción.	8
2. Marco Referencial.	11
2.1. Obesidad.	11
2.2. Obesidad Infantil.	13
2.2.1. Consecuencias de la obesidad infantil.	13
2.2.2. Factores causales.	14
2.3. Factores asociados a la obesidad infantil.	16
2.3.1. Lactancia Materna Exclusiva.	17
2.3.2. Alimentación Complementaria.	18
2.3.3. Conductas Alimentarias.	19
2.4. Políticas Públicas de salud en Chile.	22
2.4.1. Políticas Públicas de Salud Específicas en Obesidad.	22
3. Marco Teórico.	28
3.1. Concepto Actitudinal.	28
3.1.1. Función de las actitudes.	30
3.2. Modelos Actitudinales.	31
3.2.1. Modelo jerárquico o tripartito.	31
3.2.2. Modelo Expectativa Valor.	35
3.3. La relación actitud-conducta.	34
3.3.1. Una relación controvertida.	34
3.3.2. Reconsideraciones Metodológicas en la Relación Actitud-Conducta.	35
3.3.3. Variables Moduladoras en la Relación Actitud-Conducta.	36
3.3.3.1. Modelos Teóricos que integran Variables Moduladoras.	37
3.3.3.1.1. Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1975).	38
3.3.3.1.2. Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen y Madden, 1980, 1991).	40
3.3.3.1.2.1 Implicancias y limitaciones del Modelo TCP.	45

4. Objetivos.	47
4.1. General.	47
4.2. Específicos.	47
5. Metodología.	48
5.1. Tipo de Investigación.	48
5.2. Población.	48
5.3. Muestra.	48
5.4. Procedimiento.	49
5.4.1 Análisis de datos.	50
6. Resultados.	51
6.1. Comparación de resultados totales entre ambas muestras.	51
6.2. Comparación de la Muestra en relación a los componentes del Modelo Actitudinal.	53
6.3. Resultados en base a Estadística Descriptiva: Medias y Dispersión.	58
7. Discusión.	66
7.1. Modelo.	66
7.2. Cuestionario.	68
7.2.1. Extensión del cuestionario.	68
7.2.2. Tipo de respuestas.	69
7.2.3. Elaboración del cuestionario.	70
7.3. Muestra.	71
7.3.1. Número de participantes.	71
7.3.2. Nivel Socio-económico y cultural.	71
7.3.3. Factores Ambientales y contextuales.	72
7.3.4. Deseabilidad social.	72
8. Conclusión.	73
9. Proyecciones.	76

10. Referencias.	77
10.1. Referencias a Libros.	77
10.2. Referencias a Publicaciones.	77
10.3. Referencias a Páginas Web.	79
11. Anexos.	81
Anexo 1.	81
Anexo 2	87
Anexo 3	89

1. INTRODUCCIÓN

La obesidad es considerada por la Organización Mundial de la Salud como una de las epidemias del siglo XXI. Es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia en el mundo, influyendo negativamente en la salud y calidad de vida de quienes presentan dicho diagnóstico. Se define como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (OMS, 2011). Específicamente, en Chile, el 67% de la población general presenta sobrepeso; en cuanto a la población infantil, 1 de cada 4 a 5 niños es obeso.

Uno de los principales factores predictivos de la obesidad, es haberla padecido en la infancia. Los estudios indican que en aquella etapa de la vida la obesidad se cronifica, aumentando en la adultez en un 40%; es decir, la obesidad infantil tiene relación causal con dicha enfermedad durante la adultez, volviéndose así fundamental conocer los factores asociados a la obesidad infantil. Los estudios revelan que esta enfermedad tiene una etiología multifactorial, destacándose especialmente los factores genéticos y ambientales. Dentro de estos últimos, encontramos tres factores de riesgo asociados a la obesidad infantil: lactancia materna exclusiva por un periodo inferior a los seis meses de edad; una dieta desbalanceada en alimentación complementaria, e inadecuadas conductas o hábitos alimentarios que enseña en especial la madre o cuidador primario.

En relación a los datos expuestos, se vuelve fundamental concentrar los esfuerzos en alcanzar que los niños menores de dos años consigan estar en el rango de normopeso, considerando que entre los 2 a 3 años de edad se establecen definitivamente las preferencias y conductas alimentarias, las cuales son aprendidas dentro la familia, especialmente de la madre o cuidador. Es así, que se hace relevante enfocarse en los cuidadores primarios de este grupo etario, educándolos en la prevención de la obesidad, especialmente en aquellas etapas críticas en el desarrollo del niño que determinan la formación y el establecimiento de sus hábitos alimentarios: el periodo de transición hacia la alimentación complementaria, momento en el cual comienzan éstos a instaurarse.

Es por lo anteriormente señalado, que el Estado de Chile, a través del MINSAL, especialmente en la última década, ha implementado políticas públicas que están dirigidas a la prevención y promoción en torno a la obesidad infantil. Dentro de las medidas tomadas, se formuló la Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital o EINCv, la cual tiene como finalidad la promoción de los estilos de vida saludable,

la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas. Específicamente los ejes centrales que propone el EINCV en relación a prevención de la obesidad infantil, es poder evaluar el estado nutricional de las mujeres en su embarazo para promover el estado nutricional pregestacional, además de incorporar en todas las prestaciones, y en especial en los controles de la mujer y del niño, psicoeducación sobre alimentación saludable y actividad física, promoviendo lactancia exclusiva, hasta los seis meses, y mantención de la lactancia materna en régimen de alimentación mixto hasta el año de edad; además de educar en alimentación al destete para la formación de hábitos alimentarios adecuados en transición entre lactancia y alimentación familiar, así como educación a las madres en manejo de problemas que comúnmente ocurren en la alimentación de los primeros años de vida. Todo esto con el objetivo de contribuir a la disminución de la obesidad infantil, previniendo de esta manera los factores de riesgo de esta enfermedad, a través de los cuidadores primarios de este grupo etario.

Dentro de este marco contextual, se vuelve relevante contar con instrumentos de screening que permitan detectar oportunamente actitudes de riesgo de los cuidadores hacia la obesidad infantil, ya que como mencionamos anteriormente, ellos son fundamentales en la prevención de esta enfermedad. Por ende, conocer si las actitudes de los cuidadores primario son riesgosas en relación a la alimentación de su hijo, permitirá a los profesionales de la salud intervenir de forma oportuna. Para este tipo de investigación, es importante respaldar dicho acercamiento en un modelo teórico actitudinal de gran impacto en este tipo de investigaciones, como es el modelo de Acción Planificada de Ajzen & Fishbein (1980,1991), ya que además de poseer apoyo empírico en investigaciones relacionadas al ámbito de la salud, permite vincular de mejor forma los antecedentes conductuales 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. En concreto, esta teoría separa las creencias de las actitudes, y subraya la importancia que tiene la influencia de los otros significativos sobre la intención de actuar del individuo, permitiendo, de esta forma, llevar a cabo un acercamiento a las actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable, lo que permitiría identificar aquella población infantil en riesgo de adoptar pautas de alimentación que aumenten su probabilidad de desarrollar obesidad.

En relación a los antecedentes ya expuestos, consideramos importante continuar con el proceso de validación de un instrumento orientado a la medición de actitudes, que

desarrolló su primera versión con Calderón y cols. en el año 2009, siendo continuado el trabajo de validación por Carreño y Cols., en 2011, bajo el modelo actitudinal de Acción Planificada. En este último estudio, al correlacionar los reactivos Afectivo, Cognitivo y Conductual con la unidad de análisis Actitud, se obtuvieron resultados psicométricos que lograron dar cuenta de una validez tanto de contenido como de constructo, obteniendo una coherencia interna del instrumento, con resultados psicométricos que demuestran niveles de confiabilidad adecuados en cada uno de los componentes que integran el modelo, los cuales indican que el instrumento mide correctamente la variable que pretende medir.

De esta manera, al considerar los datos de confiabilidad respecto de la coherencia interna del instrumento reflejada en la etapa anterior de validación, la presente investigación ha mantenido el mismo cuestionario y ha continuado el proceso de validación del instrumento, en términos de estudiar la sensibilidad que dicho cuestionario presenta en relación a la discriminación entre conductas saludables y no saludables hacia la alimentación, por parte de madres y/o cuidadores de niños de entre 6 y 36 meses. El supuesto a la base, es que los niños con sobrepeso y obesos tendrían madres y/o cuidadores menos proclives a seguir normas de alimentación sana, con menos posibilidades de controlar la ejecución de estas normas, y con menor disposición hacia la conducta de alimentar saludablemente a sus hijos, respecto de lo que sucede con los cuidadores de los niños normopeso.

En la etapa de validación que se ha desarrollado el presente año, se realizó la aplicación del cuestionario ACAISAP, a una muestra aleatoria estratificada dividida entre niños normopeso y sobrepeso, con el fin de obtener información sobre su aplicabilidad como herramienta discriminativa, hacia el riesgo de incurrir en prácticas de alimentación no saludable por parte de los cuidadores.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. Obesidad.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a la obesidad en términos de epidemia; aun considerando que no se trata de una enfermedad del tipo infecciosa ni contagiosa, existe un aumento considerable del número de adultos, adolescentes y niños que presentan obesidad en comparación al número de casos esperado, lo que ha llevado a que tanto la OMS, como otros diversos Organismos Internacionales y Nacionales, comiencen a referirse a la obesidad como una epidemia del siglo XXI.

La obesidad es definida por la Organización Mundial de la Salud como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (OMS, 2011). Esta acumulación anormal o excesiva de grasa se obtiene mediante el cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC), el cual corresponde al peso del individuo en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla (altura) en metros. Una vez identificado el IMC, cuando éste es igual o superior a 25, se considera que la persona tiene un sobrepeso, y, cuando su IMC es igual o superior a 30, se considera que es obesa.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg.)}}{\text{Talla}^2 \text{ (Mts.)}}$$

La relevancia que adquiere la obesidad en la Salud Pública, tiene relación con el significativo aumento en los porcentajes de individuos con sobrepeso y obesidad, y en los riesgos que conlleva para la salud. La obesidad y el sobrepeso son el quinto factor principal de riesgo de muerte en el mundo, falleciendo por año alrededor de 2.8 millones de personas a causa de la obesidad. Entre éstas, el 44% es a causa de la diabetes, el 23% a causa de enfermedades cardiovasculares y entre un 7 y 41% a consecuencia de cánceres que pueden ser atribuidos a la obesidad. Además, la obesidad puede reducir la esperanza de vida hasta alrededor de 10 años (OMS, 2011).

En el año 2008, la OMS entregó datos respecto a la obesidad mundial, entre los cuales destacan que hasta esa fecha 1500 millones de personas sobre los 20 años de edad,

tenían sobrepeso; de los cuales, más de 200 millones de hombres, y una cifra cercana a los 300 millones de mujeres, eran obesos. Esto significa que en la población adulta, más de una de cada diez personas en el mundo eran obesas. En el año 2011, la OMS declaró que cerca de 43 millones de niños tenían sobrepeso, y que en países en desarrollo, el sobrepeso y la obesidad infantil era más alta que en los países desarrollados (OMS, 2011).

En el ámbito Nacional, se señala que “la obesidad es una enfermedad causada por un consumo de energía mayor a la energía efectivamente gastada, o sea un desbalance entre el consumo y el gasto. Las calorías no gastadas se depositan en el cuerpo en la forma de grasa y cuando ésta se acumula sobre un nivel dado se llama obesidad y se transforma en una enfermedad” (EGO-Chile, 2008). La Encuesta Nacional de Salud, publicada por MINSAL el año 2010, da cuenta que en Chile el año 2003 existían 6.800.000 personas con sobrepeso, lo que equivale al 61% de la población. De este porcentaje se obtiene que 37.8% tienen un IMC igual o superior a 25 (sobrepeso), y, un 23.2% tienen un IMC igual o superior a 30, clasificándose como obesos (21.9% obesidad y 1.3% obesidad mórbida). Sumado a esto, se desprende de esta encuesta que el porcentaje de sobrepeso es más alto en hombres, mientras que el porcentaje en obesidad y obesidad mórbida es más alto en mujeres. Para el año 2010 se estimaba que la cantidad de individuos con sobrepeso en Chile fuera cercana a los 10 millones de personas, y dado que los programas de prevención no han logrado el impacto esperado, la cantidad de personas con sobrepeso actualmente es de 8.900.000, equivalente al 67% de la población, lo cual evidencia un aumento significativo. Además, se obtiene que el sobrepeso aumentó a 39.3%, la obesidad aumentó a 25.1% y la obesidad mórbida aumentó a 2.3%, lo que significa que no sólo se incrementaron los porcentajes en todas las clasificaciones, sino que además la obesidad mórbida se duplicó de 148.000 casos en el año 2003, a 300.000 personas en el año 2010 (MINSAL, 2010.) En cuanto a la población infantil, el año 2005 ya se contaba con una prevalencia del 18% en los escolares, y los porcentajes en los preescolares se habían duplicado, ubicándonos entre los países con mayores porcentajes de obesidad infantil en el mundo.

2.2. Obesidad Infantil.

Se considera obeso a un niño cuando su peso supera en más de un 20% el peso ideal para su edad, talla y sexo. Dado que en los primeros años de vida el desarrollo es diferente al de los adultos, es recomendable utilizar otras medidas de estimación de grasa corporal, como lo es la medición pliegues (Hodgson, 2008.). Actualmente, se considera con sobrepeso un niño con más de una desviación estándar de lo esperado según su peso, talla y sexo; y con obesidad a uno con más de dos desviaciones estándares de lo esperado en los gráficos de referencia propuestas por la OMS (OMS, 2000.). En Chile, se detectan porcentajes altísimos de sobrepeso y obesidad infantil, siendo quienes contamos con mayor prevalencia de obesidad en Latinoamérica. Actualmente, 1 de cada 4 a 5 niños es obeso y 1 de cada 3 está en riesgo de serlo.

2.2.1. Consecuencias de la obesidad infantil.

En cuanto a las consecuencias de la obesidad infantil, éstas se pueden dividir en psicosociales y médicas. Las principales en el ámbito psicosocial, tienen relación con un mayor rechazo por parte del grupo de pares, y una mayor exigencia de los adultos con ellos, lo que conlleva una mayor frustración, aislamiento, baja sociabilidad, autoestima y rendimiento escolar. En relación a las consecuencias médicas, entre las más frecuentes se encuentra un crecimiento óseo acelerado, presión arterial elevada, hiperinsulinismo y dislipidemia. Estas dificultades determinan también un mayor riesgo de obesidad en la adultez, mayor probabilidad de trastornos psicosociales, una mayor frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles y un mayor riesgo a padecer una muerte prematura (Albala, C. y cols., 2000).

Tabla 1. Consecuencias de la obesidad infantil sobre la salud de acuerdo a su prevalencia (OMS, 2000).

Prevalencia alta	Prevalencia Intermedia	Prevalencia baja
<ul style="list-style-type: none">- Crecimiento acelerado- Trastornos psicosociales	<ul style="list-style-type: none">- Esteatosis hepática- Alteración del metabolismo de la glucosa	<ul style="list-style-type: none">- Complicaciones ortopédicas- Apnea del sueño- Síndrome de ovario poliquístico

<ul style="list-style-type: none"> - Persistencia en la vida adulta (obesidad tardía o severa) - Dislipidemia - Presión arterial elevada 	<ul style="list-style-type: none"> - Persistencia en la vida adulta (según edad y severidad) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pseudo tumor cerebral - Colelitiasis - Hipertensión Arterial
---	---	--

2.2.2. Factores causales.

El primer año de vida y la pubertad son dos etapas particularmente riesgosas en cuanto al aumento de los índices de obesidad; ya que debido a ciertos cambios corporales, la masa grasa tiende a un incremento de forma acelerada. Si bien se considera que la obesidad es un fenómeno multi - causal, comúnmente se han considerado dos principales causas: una genética y otra ambiental.

- **Genéticos.**

Aunque no existe consenso respecto a la preponderancia genética de la obesidad, diversos estudios han estimado que este factor correspondería hasta un 40%. Mientras que el otro 60% correspondería a factores ambientales (Martínez, J. 2000). Según estos estudios, el fenotipo de la obesidad podría distinguirse según la distribución del tejido graso en global, androide, ginoide y visceral. Estos cuatro tipos de distribución del tejido graso estarían influenciados por la herencia, correspondiendo a una susceptibilidad o predisposición genética en la acumulación de grasas.

La energía consumida se distribuiría en un balance entre lo ingerido y lo gastado, en dónde el 40% de susceptibilidad genética afectaría tanto el apetito como el gasto energético. Sin embargo, la causa de que la prevalencia de la obesidad mundial aumente significativamente con el transcurso de los años, tendría relación con factores ambientales (MINSAL, 2011).

- **Ambientales.**

La obesidad ha aumentado significativamente en todo el mundo, y como hemos mencionado, esto podría estar relacionado con los factores ambientales. Se observan, especialmente en los países desarrollados y urbanizados, grandes cambios en la calidad de vida; aumenta el consumo graso y disminuye la actividad física; se modifican los hábitos alimenticios; la lactancia deja de ser exclusiva hasta los seis meses, etc. Todos estos cambios afectan a las personas potenciando los factores genéticos y, con esto, aumentando la probabilidad de desarrollar sobrepeso y obesidad, que posteriormente se cronifica.

En nuestro país la situación no se presenta de manera diferente al resto del mundo. Desde la década de los 70, Chile avanza hacia el desarrollo aumentando el ingreso per cápita de forma significativa. La mejora en la economía del país ha llevado a urbanizar importantes zonas del país, y con esto la oferta de alimentos altos en grasas (comida “chatarra”), ha aumentado para todos los estratos económicos y sectores a lo largo del país. El consumismo en el que Chile y el Mundo se encuentra sumergido a través del modelo de mercado capitalista, ha significado un aumento en el acceso a la diversidad en la alimentación y cantidad de ésta; sin embargo, ha aumentado el consumo de alimentos altos en calorías y grasas, y escasos de nutrientes, no así el consumo de alimentos con las cantidades de nutrientes necesarios para el desarrollo (Martínez, J. 2000).

Por otra parte, los medios de comunicación masiva se desarrollan y masifican rápidamente, accediendo un importante número de personas a la publicidad, aumentando con esto aún más el consumo de alimentos poco saludables, pero muy publicitados. Además el desarrollo de las tecnologías ha puesto en oferta en el mercado una gran variedad de productos y servicios tales como la televisión, computadores, internet, juegos de video, automóviles, etc. que han significado una importante disminución de la actividad física en la población. Ya que el acceso a estas comodidades se ha visto masificado en los últimos años, el sedentarismo en el país ha aumentado significativamente, considerándose en la actualidad que éste afectaría a un 90% de la población (MINSAL, 2011).

Estos cambios en los estilos de vida de la sociedad chilena, han significado principalmente: un aumento en el consumo de alimentos con exceso de grasas y una reducción de la actividad física. Esta situación da como resultado un desequilibrio en la

ecuación energética, ya que las personas tienden a consumir mucho más de lo que necesitan o gastan, lo que actuaría sobre la predisposición genética generando una excesiva acumulación de grasa (Martínez, J. 2000).

Además, en la actualidad es común que las madres comiencen a entregar a sus niños leche artificial o complementos alimentarios, observándose una sobrealimentación en los niños menores de 6 meses. Este tipo de prácticas han llevado a que niños desarrollen obesidad a edades muy tempranas, llegando a ser posteriormente muy difícil para ellos reducir la masa grasa que llevan acumulada incluso en sus primeros años de vida.

La importancia de actuar desde la prevención, radica en que la obesidad infantil se cronifica, aumentando alrededor de un 40% la probabilidad de desarrollarla en la adultez, disminuyendo con esto la prevalencia de vida y la predisposición a enfermedades graves que significan la muerte de un importante número de ciudadanos tanto en Chile como en el mundo (Martínez, J. 2000).

2.3. Factores asociados a la obesidad infantil.

La obesidad es un trastorno multifactorial, en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, y ambientales; aunque la rapidez con que se está produciendo el incremento de su prevalencia, parece estar más bien en relación con factores ambientales (Achor y cols., 2007). Además, las conductas alimentarias que privilegian el excesivo consumo de productos de alta densidad energética, ricos en grasas y azúcares, se consideran como un factor principal que se ha relacionado con el riesgo de obesidad (Loaiza y cols., 2006).

En Chile, a lo largo de las últimas décadas, ha habido grandes transformaciones socioculturales, debido en gran parte, a la globalización. Esto ha hecho que muchos aspectos de la vida familiar, entre ellos, la conducta alimentaria¹, sufran grandes cambios. Estos cambios son a nivel de dieta, caracterizada por el consumo creciente y excesivo de alimentos con alto contenido de colesterol, grasas saturadas, sacarosa y sodio, entre

¹ Se entiende por conducta alimentaria como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos (Osorio, et al, 2002).

otros (Busdiecker y cols., 2000); lo que conlleva a enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, como por ejemplo la obesidad.

Como ya hemos mencionado anteriormente, la obesidad, y en especial la obesidad infantil, es un tema que cada día genera más preocupación en el sector de salud, debido a los altos índices de prevalencia que existen actualmente en el país. Ante esto, es muy importante destacar que la prevención de la obesidad infantil, se debe hacer desde que el niño nace, e incluso en la etapa gestacional. Por ello es importante destacar ciertos factores asociados a la obesidad infantil.

2.3.1. Lactancia Materna Exclusiva.

Uno de los primeros factores a considerar es la Lactancia Materna exclusiva, en los primeros meses de edad. La leche materna constituye el alimento más adecuado, que se puede dar en forma exclusiva al bebé hasta los seis meses de edad, y en conjunto con alimentos complementarios hasta los dos años de edad. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), han considerado por décadas a la lactancia materna fundamental en la alimentación humana, y promoviéndola mediante diversas iniciativas globales (Gamboa y cols., 2008). La leche materna tiene muchos factores positivos para la salud del bebé, es así como desde una perspectiva nutricional, la leche materna contiene proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua, las cuales están en cantidad y proporción adecuadas para lograr una máxima biodisponibilidad en el lactante menor de 1 año. Además de las propiedades para el crecimiento y desarrollo sano del bebé, la leche materna tiene otras propiedades, como por ejemplo, disminuye la mortalidad materna, el riesgo de cáncer de mama, fomenta el vínculo madre-hijo, contribuye a la economía familiar, ya que no tiene costo, y reduce la tasa de mortalidad y morbilidad infantil (Gamboa y cols., 2008). A su vez, se asocia a una reducción del riesgo de enfermedades crónicas y de la obesidad, así como un aumento en el desarrollo cognitivo (Torrejón y cols., 2005). Para que el bebé pueda aprovechar estas características de la leche materna, es importante que la madre durante todo este tiempo lleve una dieta lo más completa y variada posible, ya que además de favorecer la salud de su hijo, favorecerá el contacto precoz del bebé con nuevos sabores (Torrejón y cols., 2005), lo cual es muy importante cuando se produce la transición a la etapa de alimentación complementaria. El término de la lactancia materna no se encuentra específicamente delimitado, pero se recomienda extenderlo a más de un

año (la OMS recomienda extenderlo hasta los 2 años), siempre y cuando la experiencia sea gratificante tanto para la madre como para el hijo.

2.3.2. Alimentación Complementaria.

Un segundo factor importante es el comienzo de la Alimentación Complementaria, entendida como cualquier alimento distinto de la leche materna o fórmulas lácteas², que tiene como fin complementar los nutrientes que el niño necesita. Como fue explicado anteriormente, la leche materna aporta el total de los nutrientes necesarios para el bebé durante sus primeros seis meses de vida, sin embargo, pasada esta etapa, el peso del bebé se duplica, también así sus necesidades nutricionales, por lo cual es necesario complementar la leche materna con alimentos que puedan dar al bebé todos los nutrientes necesarios para su crecimiento saludable, en especial alimentos ricos en calorías, proteínas y hierro, ya que las concentraciones que posee la leche materna comienzan a ser insuficientes en esta etapa (Franco,?). Por lo tanto, se recomienda iniciar con papillas o puré mixto, los cuales deben contener cereales, verduras, leguminosas, aceite vegetal y alimentos proteicos (se recomienda especialmente la carne, por su alto contenido en hierro), además de postres de frutas. Es importante mencionar que no hay que agregar sal a las comidas, ni azúcar o endulzante a los postres. En cuanto a los jugos, bebidas azucaradas y sodas, no son recomendadas en los primeros años de vida, ya que aportan pocas calorías y reducen el consumo de alimentos que son beneficiosos nutricionalmente. Si se desea dar jugo, estos deben ser en poca cantidad, naturales y sin azúcar, ya que las cantidades de vitamina C requerida por el niño, están cubiertas por la leche materna y fórmulas lácteas. Desde el segundo año de vida, es importante que la alimentación del niño sea igual a la del hogar, incluyendo leguminosas 1 o 2 veces por semana, carnes (vacuno, pollo, pavo o cerdo) 3 veces por semana, huevo 2 veces por semana y pescado 1 a 2 veces por semana, dos porciones de verduras al día y 2 frutas diarias. En un niño normopeso, se recomienda suspender el biberón de la noche entre los 12 a 18 meses, dejando así 4 horarios de alimentación (desayuno, almuerzo, once y comida) (Torrejón y cols., 2005).

Es importante recordar que la alimentación complementaria y suplementaria (fórmulas

² Fórmula láctea con base de leche de vaca en polvo, suministrado al lactante menor de 6 meses, cuando este no recibe suficiente leche materna, para sus necesidades calóricas y nutricionales diarias.

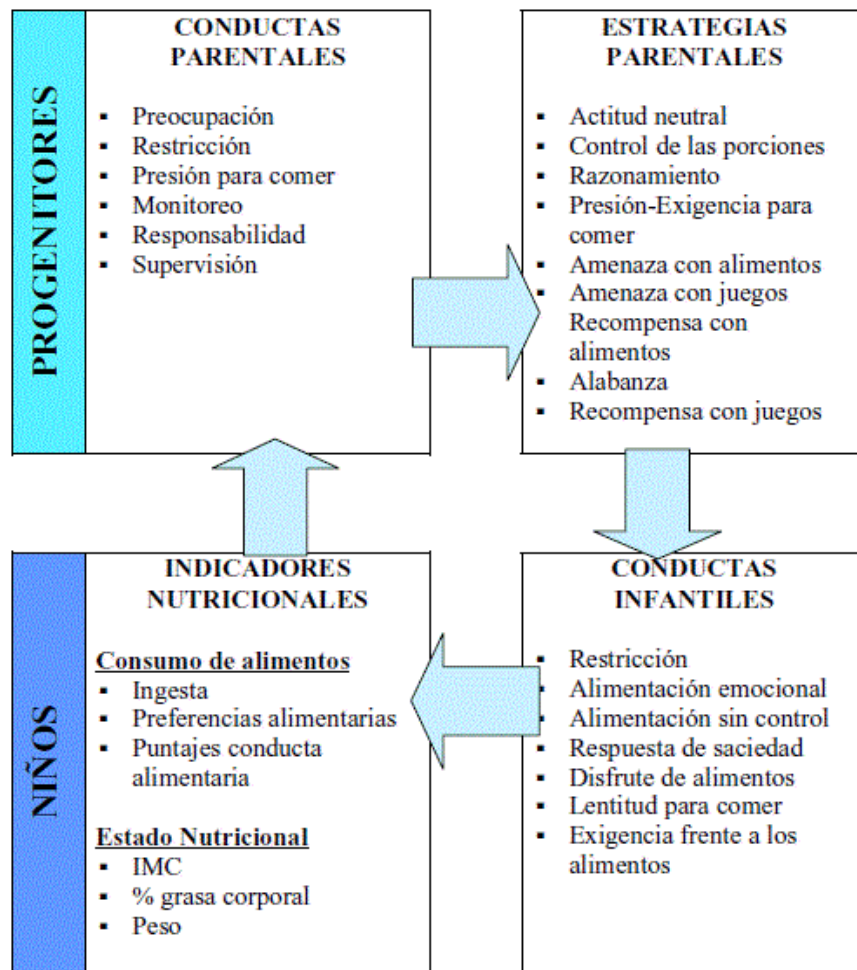
lácteas) debe empezar desde los 6 meses, no antes, ya que esto puede traer riesgos para la salud del lactante, como por ejemplo interferencia con el patrón alimentario del niño al alterar la frecuencia y ritmo de la alimentación según libre demanda; mayor riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias por posibilidades de contaminación alimentaria y por inmadurez del sistema inmunitario; incorporación prematura de texturas y sabores que interfieren con el proceso de discriminación sensorial progresiva; inducción de rechazo a ciertos alimentos por asociación condicionada; incorporación del hábito del consumo de azúcar a la leche u otros alimentos, entre otros (Franco, ?).

2.3.3. Conductas Alimentarias.

La conducta alimentaria se entiende como la relación que tiene el hombre con los alimentos; el cómo el ser humano se relaciona con la comida, se adquiere de la experiencia directa con ésta en el entorno familiar y social, por imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los símbolos afectivos y las tradiciones culturales (Domínguez-Vásquez y cols., 2008). Estas conductas son generadas por aprendizajes de preferencias, con experiencias repetidas que se interiorizan automáticamente, y que se consolidan y establecen definitivamente entre los 2-3 años de edad, siendo muy difícil de modificar posteriormente. Cada niño nace configurado genéticamente dentro del soporte biológico que es su cuerpo, pero desde el primer día, tanto la familia y más tarde el entorno social, van a ejercer una influencia decisiva a lo largo de la vida (Camacho y cols., 2010). Esta influencia de la familia en relación a los patrones alimentarios es un aspecto muy importante a considerar, más aun en la primera infancia, en la cual los niños no pueden elegir qué cosas comer, ya que la manera de alimentarse y la preferencia por ciertos alimentos ante otros, están fuertemente condicionadas por el contexto familiar, (también por la cultura y el contexto socioeconómico que rodea a la familia), en el cual se desarrolle el niño. En la cultura occidental, éstas pautas alimentarias son entregadas especialmente por la madre, figura de apego primaria para el lactante, la cual será determinante a la hora de adquirir conductas y hábitos alimentarios, por el hecho de que es ella, en la mayoría de los casos, quien decide qué alimentos comprar y preparar de acuerdo con su capacidad económica, con su disponibilidad de tiempo, y los conocimientos y preferencias que tenga para la selección de alimentos (Restrepo y cols., 2005).

Es así como el niño aprenderá a comer a través de las pautas impuestas por su madre, quien a su vez ha adquirido en forma oral categorías y conceptos de alimentación infantil principalmente de su madre (abuela del niño), lo que determina una transmisión cultural por vía femenina. La madre alimenta al hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias (Osorio y cols., 2002). Ante esto, Domínguez – Vásquez y cols., (2008), señalan que la conducta alimentaria puede concebirse como un ciclo interactivo (Figura 1), en el cual la “conducta alimentaria de los progenitores hacia sus hijos” los lleva a adoptar

Figura 1. Interacciones entre la conducta familiar y la alimentación infantil.



“estrategias específicas de alimentación infantil”, provocando en los niños “conductas alimentarias propias” que finalmente se reflejan en “indicadores de nutrición del niño”. Se

ha sugerido que los indicadores nutricionales en el niño (consumo de alimentos y estado nutricional) pueden ejercer su efecto tanto como resultado final y como causa de la conducta de los progenitores hacia la alimentación de sus hijos.

Todas las costumbres relacionadas con las formas y pautas de alimentación, tienden a ser transmitidas y aprendidas inconscientemente, tal como sucede con el grueso de la cultura. Éstas, están basadas en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños durante la comida. La exposición reiterada a estos patrones de alimentación, modula el comportamiento alimentario del niño, y como consecuencia del reforzamiento de estas pautas por parte de la madre, y de la familia, el niño adopta preferencias y costumbres alimentarias que le resultan agradables, seleccionando las conductas que se repetirán a futuro (Domínguez-Vásquez y cols., 2008). El modo en que los niños aprenden a preferir o rechazar ciertos alimentos está asociado a procesos asociativos y no asociativos. Entre los procesos asociativos, el comer ocurre en contextos sociales, y el hecho de que los primeros encuentros entre la madre (y el padre también) y el niño sean en torno a la comida, se traduce en que éste asocie comida con contextos y consecuencias; por su parte, en los procesos no asociativos, se encuentra la exposición reiterada hacia un alimento, siendo una forma muy efectiva para aumentar la aceptación de nuevas comidas. Todo este proceso es de gran importancia al contribuir al establecimiento de patrones de control de ingesta, ya que se ha demostrado que ya en edad preescolar, el comer no está exclusivamente inducido por señales internas (Busdiecker y cols., 2000).

En general, los estudios de obesidad evidencian que su desarrollo se inicia con la adquisición de conductas y pautas alimentarias no adecuadas durante la etapa de la primera infancia (etapa crítica y muy vulnerable del niño). Como se mencionó en el apartado anterior, es durante esta etapa en donde los niños aprenden aquellos hábitos y costumbres que los padres poseen en torno a prácticas alimentarias, por lo que son éstos los que deben recibir recomendaciones y educación sobre el problema, ya que además los niños son muy pequeños para tener conciencia del problema. Debido a esto, son de suma importancia las estrategias preventivas de educación nutricional desde temprana edad, enfocándose en programas que tengan como público objetivo mujeres embarazadas o madres, ya que hacen posible la enseñanza de pautas de alimentación saludable para sus hijos, permitiendo que éstas puedan implementarse desde temprana edad.

2.4. Políticas Públicas de salud en Chile.

El sistema de salud chileno, es de carácter mixto, es decir contempla la participación de entidades públicas y privadas. El ente que dirige dicho sistema, es el Ministerio de Salud, quien tiene entre sus tareas, la formulación, coordinación, supervisión, evaluación y control de políticas y programas en salud. Además, tiene como misión elevar el nivel de salud para todos los chilenos, es por esto, que las reformas en salud han sido una constante en nuestro país. Desde el año 2000 el incremento ha sido considerable, no sólo porque en dicho año se establece la comisión de Estudios de la Reforma, sino porque en el año 2004 se promulga la Ley No 19.966 de la República de Chile, que establece un régimen de garantías en salud que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud. “El régimen de garantías en salud es entendido como un instrumento de regulación sanitaria y le corresponde establecer las prestaciones de carácter promocional, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, y los programas que el FONASA deberá cubrir a sus beneficiarios en su modalidad de atención institucional.” (Bastías y Col., 2007). Lo anterior incluye las Garantías Explícitas en Salud (GES), relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud. En esta constante de mejoramiento en las políticas públicas en salud, se han establecidos Objetivos Sanitarios, siendo los primeros aquellos que abarcaron la década 2000-2010, en los cuales se señalaban las metas nacionales en salud que se buscaba alcanzar en el año 2010. En relación con los resultados de dichos objetivos, hoy se encuentra en construcción los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020. Todo lo anterior ha sido construido considerando especialmente los problemas de salud que afectan a la población, como también los cambios y requerimientos de la sociedad chilena, pero también con el apoyo y la influencia en metas compartidas en relación a las tendencias sanitarias, con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y también con su oficina regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

2.4.1. Políticas Públicas de Salud Específicas en Obesidad.

La situación nutricional chilena ha cambiado radicalmente, desde una alta prevalencia de desnutrición en la década de los años 70, a su casi total erradicación a fines de los años 80, momento en que se inicia el aumento de la obesidad en adultos y, especialmente, en

mujeres de nivel socioeconómico bajo. En los años 90, empezó el predominio de la obesidad, con una dieta de alto contenido de grasas derivadas de productos animales, azúcar refinada, sal, alimentos procesados, y un menor consumo de fibra (Nutrición para el Desarrollo, MINSAL, 2010).

El incremento de mortalidad, morbilidad y discapacidad a nivel mundial que se puede atribuir a enfermedades crónicas no transmisibles, tiende a ir en aumento y Chile no se ve exento de dichas problemáticas. Las enfermedades crónicas no transmisibles como son la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, osteoporosis, malformaciones congénitas y enfermedades del tipo inmune, son patologías que están directa o indirectamente relacionadas con la alimentación y, por lo tanto, se pueden prevenir.

Frente a la epidemia de la Obesidad, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto una estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, instando a los Estados participantes a implementarla. Chile, en respuesta a este llamado de la OMS, desarrolló una Estrategia Global contra la Obesidad (EGO Chile), cuya meta principal es disminuir la prevalencia de la obesidad en nuestro país, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la actividad física, a lo largo de toda la vida. El componente asistencial de la EGO, es la Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV) que forma parte de la reforma de la salud y del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario. La EINCV está relacionada con la promoción de los estilos de vida saludable, prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas. EGO Chile y EINCV, se enmarcan en los Objetivos Sanitarios del país, y en el contexto de la prevención de enfermedades no transmisibles (ENT).

Los cambios culturales y de estilos de vida que han ocurrido los últimos años en la sociedad, obligan a establecer en los Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010, metas relacionadas con el estado nutricional de preescolares, escolares y embarazadas, cuya evolución en la década no fue la esperada. El objetivo concreto planteado en dicha ocasión, fue 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, 2010). 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 la EINCV, 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 exclusiva 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, 2010).

Esta intervención enfatiza, por una parte, la importancia de la salud y nutrición de las madres antes y durante el embarazo, como un elemento fundamental para prevenir el progresivo aumento de peso en las mujeres vinculado a los embarazos y, por otra parte, se centra en la calidad de la alimentación del niño(a) durante los primeros meses de vida, tanto para la prevención de la obesidad, como para promover un adecuado desarrollo físico y mental del niño, priorizando la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, para luego continuar con una alimentación complementaria apropiada. También 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 del sistema educativo realicen actividades que contribuyan a elevar el nivel de salud. Para esto, se plantearon programas comunitarios y

estrategias de espacios saludables, en escuelas (kioscos 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 (EGO Chile, 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).

En el año 2006, en relación a la mejora de la regulación en el control de alimentos, se introdujeron modificaciones al Reglamento Sanitario de Alimentos, consiguiéndose con esto la obligatoriedad del etiquetado de alimentos. Además, se han elaborado 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 y regional, siendo tres de éstas de cobertura nacional. Un ejemplo de éstas es la campaña “5 al día”, la cual tuvo como objetivo aumentar el consumo de frutas y verduras en la población.

Al término del periodo establecido para el cumplimiento de las Objetivos Sanitarios de la década 2010-2011, se realizó una evaluación final de éste, obteniéndose el grado de cumplimiento de objetivos de impacto. Los resultados obtenidos en dicha evaluación, en relación al objetivo de “Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad”, específicamente el relacionado con cambios culturales y de estilos de vida, como el sobrepeso, en las metas relacionadas con el estado nutricional de preescolares, escolares y embarazadas, son los siguientes:

- Reducción de la prevalencia de obesidad en preescolares
 - **Meta 2010:** Bajar 30% en niños menores de 6 años, de 10% en el 2000 reducir a 7% al 2010 (Fuente: JUNJI).
 - **Grado de cumplimiento:** Avance discreto 8,4%, datos año 2008.
- Reducción de la prevalencia de obesidad en escolares de 1º básico
 - **Meta 2010:** Bajar prevalencia en 25%, pasando del 16 % al 12% en 2010 (Fuente: JUNAEB).
 - **Grado de cumplimiento:** En retroceso 20,8% datos año 2008.

- Reducción de la prevalencia de obesidad en embarazadas
 - **Meta 2010:** Bajar prevalencia en 12.5%, pasando de 32 a 28% en 2010.
 - **Grado de cumplimiento:** No evaluable (Por modificación en los criterios de evaluación de embarazadas).

En los resultados anteriores, no se aprecian los avances que se esperaban. Esto representa un gran desafío para las estrategias sanitarias de la década que se inicia, y hace necesario no sólo repensar los próximos Objetivos Sanitarios, sino también, pensar cómo fortalecer la planificación para la consecución efectiva de éstos.

El Plan Nacional de Salud conducente al logro de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020, corresponde a un modelo de Gestión Basada en Resultados. La actual formulación no sólo contempla la identificación adecuada de metas de impacto sanitario, sino también la planificación correcta de las estrategias para su logro. Si bien aún se encuentra en elaboración, ha presentado a consulta pública el primer borrador de la segunda etapa del Plan Nacional de Salud para el logro de Objetivos Sanitarios 2011-2020, en donde se extrae que el trabajo desarrollado hasta este momento, ha mantenido como referente los cuatro grandes Objetivos Sanitarios de la década anterior:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
2. Enfrentar los desafíos del envejecimiento y los cambios de la sociedad.
3. Disminuir las inequidades en salud.
4. Proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población.

Sin embargo, aún queda pendiente realizar un proceso de sensibilización de los Objetivos Específicos desarrollados hasta la fecha, evaluando la consistencia recíproca con los Objetivos Sanitarios.

El sobrepeso y la obesidad están considerados como un factor de riesgo, siendo la meta a cumplir la “Desaceleración de la tendencia creciente de prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil (menores de 6 años)”. Los resultados esperados, hasta el momento, se enmarcan en la Prevención a Través del Ciclo Vital, en la Intervención Escolar y en la Regulación Nutrientes Críticos.

En la presentación de los nuevos Objetivos Estratégicos, se reconoce la importancia de que las estrategias, las políticas y los planes de acción nacionales deben estar ampliamente apoyados mediante una legislación eficaz y una infraestructura apropiada,

así como mediante programas y un financiamiento adecuado, para desarrollar políticas públicas relativas a los alimentos. Esto, sumado a todo el énfasis que se hace en la promoción a través de políticas y programas escolares que apoyen la alimentación sana y la actividad física.

En la implementación de esta estrategia, como país, fueron invitados a participar diversos servicios públicos, como el Ministerio de Educación (MINEDUC), Chiledeportes, la JUNJI, JUNAEB, Fundación INTEGRAL, entre otros, así como representantes del mundo privado. También, se continúa con la implementación de estrategias utilizadas en la década 2000-2010, como EGO Chile o el Plan Nacional de Promoción de la Salud, Campañas comunicacionales, Reglamento Sanitario de los Alimentos, buscándose, a su vez, innovar con el Proyecto de Ley de regulación de la publicidad dirigida a población infantil y composición de los alimentos, el cual propone: señalética de nutrientes críticos; limitar la publicidad y comercialización de alimentos no saludables. Por su parte, el Proyecto de Ley Prolongación Post-natal, busca favorecer la prolongación de la lactancia materna; los Controles de salud con evaluación y consejería nutricional: gestante; mujer post-parto (3er y 6to mes); niño; consulta nutricional del niño sano (5 mes, 3½ años), adulto mayor; Guías, normas y directrices técnicas en alimentación saludable, manejo de la malnutrición por déficit y exceso; Consejería en Atención Primaria de Salud: nutrición/obesidad, tabaco, sedentarismo, alcohol.

Todas estas medidas, y en general los Objetivos Sanitarios de la década recién pasada, como los que se están proponiendo para la presente, persiguen la prevención de enfermedades y el fomento de hábitos de vida más sanos, garantizando, a su vez, a todos los chilenos, una atención, digna, oportuna y de calidad en salud al igual que mejorar significativamente la gestión y eficiencia de los hospitales y la Atención Primaria en Salud.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Concepto Actitudinal.

El interés por estudiar los determinantes que intervienen en la conducta humana, ha estado presente desde los inicios de la psicología, naciendo así un interés constante y creciente de estudiar el concepto de actitud, como uno de los factores que influye directamente en la conducta.

El concepto de actitud a través de la historia ha tenido múltiples definiciones, debido a que ha sido un tema muy estudiado a través de las distintas tendencias psicológicas y sociológicas, lo que explicaría el elevado número de definiciones; adquiriendo así el concepto una importancia crucial a través de la historia. Tanto es así que en el año 1918 Thomas y Znaniecki define la psicología social como el estudio de las actitudes, aseveración que causó aun más interés por estudiar dicho concepto. Por otro lado G. W. Allport (1935) afirma que el concepto de actitud es probablemente el más distintivo e indispensable de la Psicología Social, afirmación que al parecer sigue vigente hasta la actualidad, por el gran número de publicaciones científicas que tiene este fenómeno.

A continuación se presenta en orden cronológico algunas de las definiciones más emblemáticas del concepto actitudinal:

- “Una tendencia a la acción” (Thomas y Znaniecki, 1918).
- “Suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones acerca de un determinado asunto.” (Thurstone, 1929 en María Jesús Martín, 2003).
- “Un 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).
- “Predisposición a responder a alguna clase de estímulo con ciertas clases de respuesta (afectivas y cognitivas/ conductuales)” (Rosenberg y Hovland, 1960).
- “Predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud” (Fishbein y Ajzen, 1975).
- “Una actitud es una disposición interna del individuo respecto a un objeto.” (Moscovici, 1986).

- “Una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada” (Fazio, 1989).
- “Una variable latente, que ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables y que refleja, en última instancia, una evaluación global positiva o negativa del objeto de actitud” (Ajzen, 1989).
- “Las actitudes son como factores que intervienen en una acción, una predisposición comportamental adquirida hacia algún objeto o situación” (Bolívar, 1995).
- “Grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud” (Eagly y Caiken, 1998; Petty y Wagener, 1998 en Morales, 2007).
- “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).

A través de estas definiciones se puede observar cómo el concepto de actitud se ha ido modificando con el tiempo, en función del contexto histórico del cual emergieron, ya sea desde las posiciones teóricas basadas en las teorías clásicas del aprendizaje, como las teorías de carácter más cognitivas. Sin embargo a pesar del gran número de definiciones, la mayoría de los autores coinciden en atribuirles ciertas características generales al concepto de actitud: En primer lugar podemos mencionar el **carácter estable y permanente** de dicho concepto, el cual hace referencia al conjunto solido de creencias y actos más menos consistentes que tiene el sujeto a través del tiempo. Sin embargo, a pesar del carácter estable y permanente, las actitudes pueden verse influidas por variables internas o externas al individuo, influyendo directamente en el cambio de una actitud, disminución o aumento de esta, o incluso de la desaparición. Esto básicamente se puede dar debido a que son **aprendidas** por el sujeto, es decir el individuo a través del proceso de sociabilización adquiere una determinada actitud, la cual se ve directamente influida por diferentes factores como la personalidad, el ambiente, la familia, los medios de comunicación, entre otros. A través de este aprendizaje el sujeto incluso puede generalizar dicha actitud a diferentes contextos y situaciones, lo que le otorga un carácter **transferible** al concepto actitudinal. Sin embargo el sujeto va a transferir la actitud siempre desde un **papel selectivo**, buscando la mayoría de las veces objetos que provoquen actitudes positivas, y desatendiendo aquello de lo que se tiene una actitud negativa (Newcomb, 1967). De esta manera se puede decir que el sujeto va a tener una

predisposición favorable o desfavorable hacia el objeto actitudinal, es decir el concepto de actitud siempre trae consigo un componente afectivo - cognitivo, el cual implica que la evaluación hacia el objeto tenga una carga afectiva de índole emocional, acompañada de ciertas creencias de aspecto cognitivo, el cual va a repercutir que el sujeto le otorgue una cierta **valencia** al objeto de actitud, ya sea con carga positiva o negativa, la cual va a variar en su grado de **intensidad**, es decir qué tan polarizada está dicha actitud, repercutiendo así directamente en la **predisposición actitudinal** (de índole comportamental) que se tenga frente a un determinado objeto, lo que implicará que tan dispuesto está el sujeto para la realización u omisión de una conducta.

Como se puede apreciar, todas las características generales que se mencionan en el párrafo anterior, al ser el “producto y el resumen de todas las experiencias, directas o indirectas, que el individuo ha tenido con el objeto o su símbolo” (Moscovici, 1986) la actitud adquiere un carácter de **disposición individual** y por ende **subjetiva**, porque se vuelve parte de la individualidad de cada sujeto. Volviéndose así la actitud una **disposición interna**, porque no puede ser observada directamente por el psicólogo, sino solo a través de instrumentos. (Moscovici, 1986).

3.1.1. Función de las actitudes.

Las actitudes traen consigo efectos adaptativos para las personas, y como señala Fazio (1989), poseer una actitud hacia un objeto es más funcional que no poseer ninguna. Existe una función actitudinal que es común a todas las actitudes, independiente del tipo que sea. Esta es la **función evaluativa**, que provee a la persona de una pista clara para orientar la acción, organizando y simplificando la experiencia con el fin de evitar el tener que iniciar, cada vez que se enfrente algún estímulo, reflexiones y juicios deliberativos que pueden ser muy costosos en tiempo y limitadores de la capacidad de actuar rápidamente (Fazio, 1989). Se habla entonces, de la agrupación de estímulos que posean características similares, permitiendo encauzar la acción en virtud de lo que sabe que es conveniente y qué no lo es en relación al objeto de la actitud, economizando tiempo y recursos cognitivos.

Una segunda función, según Páez y cols. (1991), que varía en relación al tipo de actitud que se trate, es la **función instrumental o utilitaria**, dado que sirve a la persona para alcanzar objetivos que le reportan beneficios tangibles o un ajuste a la situación. Esta función se relaciona con el principio de utilidad medios-fines, ya que la actitud es

mantenida mientras le permita a la persona la consecución de algún objetivo valioso para ella. Estos mismos autores destacan la **función expresiva de valores**, permitiendo a la persona manifestar lo que realmente piensa, siente o quiere que los demás sepan acerca de ella. Es decir, la expresión de actitudes sirve para acercarse a otras personas con actitudes similares, contribuyendo de esa forma a satisfacer la necesidad básica de aceptación y pertenencia grupal (Baumeister y Leary, 1995). Más que buscar la persona objetivos individualistas, como en la función anterior, la expresión de valores está orientada a la proyección de cierta imagen social, siendo el razonamiento requerido para esto de naturaleza más bien cultural.

3.2. Modelos actitudinales.

McGuire (1989) identifica siete modelos actitudinales, basados en distintos conceptos y operativizaciones de las actitudes. De estos siete modelos, los que más destacan son dos:

3.2.1. Modelo jerárquico o tripartito.

Este es uno de los modelos de actitud más populares hasta la fecha, el cual tiene como principal exponente a Rosenberg y Hovland (1960), el cual define la actitud como “Predisposición a responder a alguna clase de estímulo con ciertas clases de respuesta”.

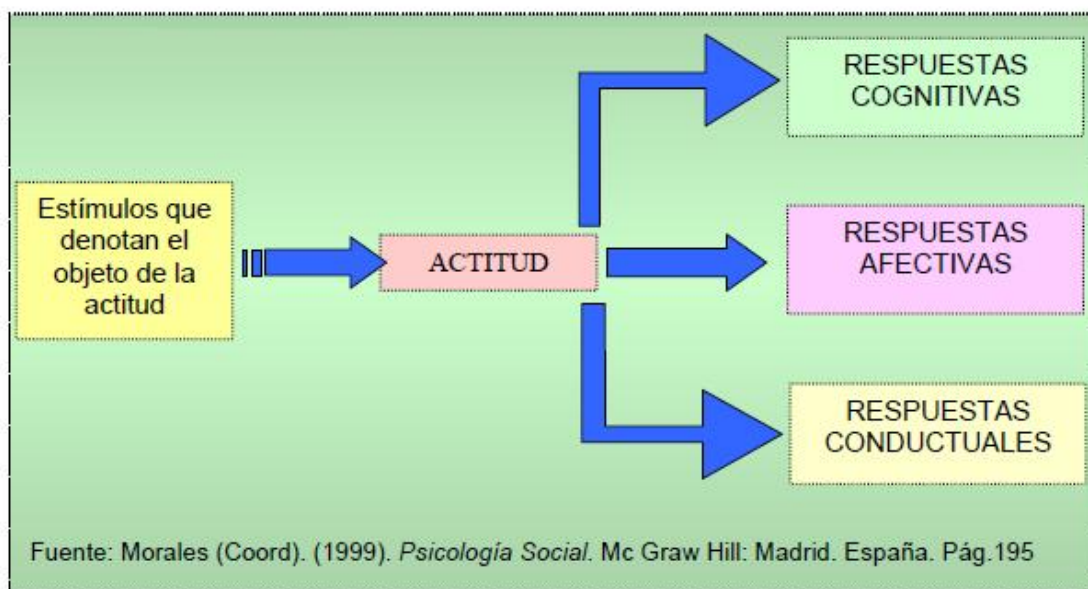
El modelo jerárquico o tripartito, tal como su nombre lo indica consta de tres componentes (afectivo, cognitivo y conductual): El **componente afectivo** se refiere a las emociones y sentimientos vinculados a un determinado objeto (Newcomb, 1967), es decir, la actitud va acompañada de una carga afectiva. El segundo **componente cognitivo** hace alusión al conjunto de creencias o convicciones que tiene un individuo acerca de un determinado objeto actitudinal. Este componente consta de las percepciones y de la información que el individuo posee. Por último el tercer elemento, el **componente conductual** se refiere a la inclinación o tendencia a actuar de una determinada manera frente al objeto de actitud.

En relación a estos tres componentes, la importancia que se le va asignar a cada uno de ellos va a depender de los distintos autores. Algunos van a defender la neutralidad de los tres componentes, y otros darán más primacía de un componente por sobre otro. Sin embargo lo más importante en relación a este punto, es que los tres componentes

coinciden en que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud, es decir los “procesos cognitivos que realice la persona puede ser favorables o desfavorable, los sentimientos pueden ser positivos o negativos y la conducta a realizar puede ser de apoyo u hostiles” (Morales y cols., 1996).

En este modelo se considera como un constructo hipotético a la actitud, y se infiere esta, a través de respuestas observables y medibles. A través de dichas respuestas se podrá constatar el valor que el sujeto le otorga a los distintos objetos actitudinales. De esta manera las personas frente al estímulo actitudinal pueden presentar estos tres tipos de respuestas, en donde los tres componentes son considerados como factores de “primer orden” y la actitud como un único factor de “segundo orden”.

Figura 2. Modelo tripartito de las actitudes.



A pesar de la amplia divulgación que tiene este modelo, hay autores que sostienen una falta de apoyo empírico (Ajzen, 1988; Hormuth, 1979; McGuire, 1969, 1985 en Martín, 2003) demostrando una elevada correlación entre los diferentes componentes, lo que complicaría la diferenciación de cada uno y por ende su conceptualización.

La falta de pruebas concluyentes, “incluso mediante la utilización de refinados procedimientos estadísticos” (Bagozzi y Burnkraut, 1979, 1985; Dillon y Kumar, 1985), y el

“desinterés por aportarla” (Lameiras 1997), promueven algunos autores el alegato de abandono de la definición tripartita de las actitudes (Greenwald, 1989 en Martín, 2003).

3.2.2. Modelo Expectativa Valor.

Desde el cuestionamiento a la validez empírica del modelo tripartito, Fishbein desarrolla el modelo expectativa-valor, donde define la actitud como un “sentimiento general, permanentemente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema” (Fishbein y Ajzen; 1963, 1967, 1975).

En este modelo “La actitud hacia un determinado objeto está en función del valor de los atributos asociados al mismo y de la probabilidad subjetiva de que dicho objeto este efectivamente definido por esos atributos, es decir la expectativa” (Hewstone y cols., 1992 en María Jesús Martín, 2003).

Lo que hacen Fishbein y Ajzen (1975), es reducir los tres componentes del modelo anterior (afectivo, cognitivo y conductual) a uno solo: el **Componente evaluativo**, enfatizando la característica evaluativa de la actitud como eje central del modelo. Por otra parte, diferencian el concepto de *actitud*, de los conceptos *creencia*, *intención conductual* y *conducta manifiesta*, otorgándole un carácter de independencia a cada uno de estos componentes. Bajo 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” (Fishbein y Ajzen, 1975 en Carreño y cols., 2011).

Estos autores separan las creencias y la conducta del componente evaluativo, al que convierte en el único componente actitudinal. La actitud “está en función de las creencias y es descrita en términos de una estructura multi atributo.” Abordando la estructura actitudinal mediante una ecuación, en donde la actitud es definida en función de las creencias (Martín, 2003).

“La actitud de la persona hacia un objeto está relacionada a la fuerza de sus creencias que unen el objeto a varios atributos, multiplicados por sus evaluaciones de esos atributos. Según el modelo de expectativa-valor, las actitudes son predecibles desde la suma de los productos resultantes ($A = \sum b_i e_i$). Así, la actitud de una persona hacia un

objeto puede ser medida al multiplicar su evaluación de cada atributo asociado con el objeto, por su probabilidad subjetiva de que el objeto tiene tal atributo y sumando los productos para el total del grupo de creencias” (Reyes, 2010).

Los autores consideran que la actitud está en función únicamente de este tipo de creencias, y no del resto Fishbein y Ajzen (1975; Ajzen y Fishbein, 1980 en Martín, 2003). La diferencia de este modelo con otros autores es que establece la actitud hacia la conducta en vez de hacia los objetos (Peiró et al., 1996; Worchel et al., 2003).

3.3. La relación actitud-conducta.

No resulta difícil aceptar la importancia que tiene para la psicología la predicción de la conducta, ya que busca principalmente explicar su inicio, mantenimiento y finalización con el objetivo de conseguir, entre otras cosas, cambios adaptativos para las personas. La mayoría de los estudiosos e investigadores de las actitudes han trabajado desde el supuesto de que el conocimiento de la actitud de una persona servirá para conocer, cuando menos, el marco general de su actuación en relación con el objeto actitudinal, dejando en claro que la medición de la actitud encierra importancia al permitir ubicar la posición de las personas en asuntos sociales de interés, y a partir de esa posición cabrá predecir sus líneas de actuación futuras (Morales, 1999). Si bien gran parte de los estudios han considerado las actitudes como las principales variables implicadas en el comportamiento humano, establecer sus efectos no resulta una tarea sencilla (Komblit, 2002). Es un dominio temático ampliamente debatido, que se remonta a varios años de estudio e investigación.

3.3.1. Una relación controvertida.

Los primeros intentos orientados a predecir conductas a partir de actitudes relacionadas, estuvieron vinculados al paradigma empirista, siendo el trabajo de Lapière (1934), titulado “Actitudes frente a acciones”, el primero que se planteó dentro de esta línea investigativa (López, 1991). Estos resultados pusieron en duda la conexión ente actitud y conducta, gozando de gran reconocimiento y trascendencia durante la época. Fue denominado el “histórico problema del fracaso” de las actitudes como predictoras de la conducta (Kiesler y Munson, 1975), convirtiéndose así, en el primer hito de la investigación sobre actitudes. Sumándose, posteriormente, otros trabajos que continuaron cuestionando el valor

predictivo de las actitudes en relación a la conducta (Deutscher, 1969, 1973; Warner y DeFleur, 1969; Ehrlich, 1969 en Carreño y col., 2011). Por tanto, la investigación empírica llevada a cabo entre 1935 y 1970 tiende a revelar débiles relaciones entre ambos constructos, causando un enorme impacto, denominado “visión pesimista”, en el estudio de esta correlación (Stahlberg y Frey, 1992).

Paralelamente a estos trabajos empiristas, se empezaron a debatir nuevas alternativas de conceptualización de las actitudes y de la inclusión de otras variables predictoras, encontrándose principalmente los trabajos de Green (1954), Edwards (1957), Rosenberg y Hovland (1960), Fishbein (1967), Triandis (1967) y Wicker (1969) (López, 1991). Estas publicaciones tienen en común el plantearse la búsqueda de una salida a la pobre validez predictiva exhibida por las actitudes encontradas en las principales investigaciones, considerando que en éstas se cometieron errores de tipo metodológico e interpretaciones equivocadas del constructo actitud. Obviándose, por tanto, aspectos fundamentales del estudio y medición de las actitudes. Fue así, como surgieron nuevos temas vinculados al trabajo investigativo en torno a la relación entre actitud y conducta.

3.3.2. Reconsideraciones Metodológicas en la Relación Actitud-Conducta.

Luego de una vigorosa reacción de la Psicología Social en los años 70 con el fin de demostrar sí hay conexión entre actitud y conducta, se llegó a la conclusión de que era fundamental llevar a cabo una reconceptualización del constructo actitud. Rosenberg y Hovland (1960) proponen una concepción multicomponente, que incluye los componentes cognitivo, afectivo y volitivo o de tendencia a la acción como integrantes de la Actitud, siendo Ostrom (1969) y Kothandapani (1971), entre otros, los que operacionalizan esta teoría a través de técnicas de análisis en la matriz multirasgo-multimétodo (Campbell y Fiske, 1959), cuyos resultados apuntan a la dirección de mantener la distinción conceptual entre estos tres componentes (López Feal, 1991).

Un segundo problema vinculado a esta revisión metodológica se centra en el grado de generalidad-especificidad de los dominios de la actitud y conducta. Las actitudes tratan de tendencias o disposiciones generales, por lo que podrían encontrar manifestación en una diversidad de respuestas, razón por la cual, para observar esa tendencia evaluativa general, se debería recurrir a una muestra representativa de comportamientos del dominio al que la actitud se aplica (Fishbein, Ajzen; 1975). Cabe esperar, entonces, relaciones significativas entre actitudes y conductas cuando ambas están planteadas en el

mismo nivel de generalidad. Por ejemplo, resultaría de poca utilidad el intentar predecir una conducta específica, como dejar de fumar, a partir de una actitud general, como lo es el valorar positivamente la salud. La razón que hace que las actitudes globales se relacionen de manera débil con acciones específicas, como ocurre en los trabajos de Lapière (1934), residiría en el hecho de que cualquier comportamiento relevante para la actitud se encuentra influido por otros factores adicionales (Morales, 2002).

Otro tema debatido en torno a la relación actitud-conducta, lo constituye la inclusión de otras variables en el sistema predictivo (López, 1991). Algunos autores, durante la década del setenta, criticando la sobresimplificación con la que hasta el momento se habían realizado las investigaciones, ya que se había asumido que una conducta estaba condicionada sólo por una actitud, comenzaron a considerar que no era improbable que en una conducta pudieran estar implicadas diversas actitudes, y que también otros factores pueden influir en la relación actitud-conducta (Ibáñez, 2004). Fue el trabajo de Wicker (1971) uno de los pioneros que incluyó, a su análisis operacional, una serie de variables con el fin de estudiar la función que cumplen dentro del sistema relacional actitud-conducta, permitiendo que, finalmente, tras años de discusión e investigaciones, se llegase a aceptar que las actitudes son uno de los tantos factores involucrados en el desarrollo de conductas por parte de las personas, perdiendo así, la actitud, aquel carácter central del que gozó dentro de la Psicología Social hasta los años sesenta.

Estas discusiones y reflexiones llevarán a pensar que la pregunta principal de si son las actitudes predictoras de conductas, debiera ser reemplazada por el cuándo y en qué condiciones estos dos constructos se encuentran relacionados. Es decir, la investigación se centrará en averiguar los distintos factores que moderan- aumentan o disminuyen la relación en cuestión, complementando la baja correlación actitud-conducta obtenida hasta entonces con explicaciones basadas en el efecto modulador que otro tipo de variables ejerce sobre la conducta (Lameiras, 1997 en Morales y col., 2002), y la dirección y grado de dicha influencia.

3.3.3. Variables Moduladoras en la Relación Actitud-Conducta.

Las condiciones bajo las cuales las actitudes funcionan como buenas predictoras de la conducta, es un tema de gran interés para los investigadores, ya que el estudio de estas condiciones permite incrementar la correlación existente entre actitud y conducta, sirviendo así de mejor manera al campo de la psicología, al alcanzar un nivel de

predicción más eficaz. Se pueden identificar distintos tipos de variables moduladoras de la relación entre actitud y conducta, clasificándose en aquellas relacionadas con la actitud, y aquellas variables moduladoras relacionadas con aspectos individuales.

Dentro del primer grupo, la **estabilidad de la actitud** es la primera variable moduladora, la cual se encuentra en función de la consistencia afectivo-cognitiva que poseerá la actitud. En virtud de esto, cuando las personas perciban inconsistencias entre ambos componentes, hacia un objeto actitudinal en particular, se motivarán para restablecer la consistencia entre lo que sienten y piensan, y así comportarse de manera más coherente a esto. Por tanto, frente a un baja consistencia actitudinal afectiva-cognitivo, más inestable será la actitud, y menos predecible. Por su parte, otra variable moduladora es la **intensidad de la actitud**, a partir de la cual se plantea que las actitudes más fuertes son las que mayor impacto ejercen en el comportamiento de los individuos (Petkova, Ajzen y Driver, 1995). En Psicología Social, el término intensidad involucra varios aspectos: la fuerza de la reacción emocional; la importancia (medida en que una persona se preocupa por el objeto actitudinal); cantidad de información directa sobre el objeto actitudinal y hasta qué punto la actitud acude a la mente (accesibilidad) (Krosnick y col, 1993 en Carreño y col., 2011). Así, cuanto mayor impacte la actitud en el interés personal; cuanto más accesible es la actitud desde la memoria en términos de la facilidad con que aparece, y cuanta más experiencia directa tienen los sujetos con el objeto de la actitud, mayor es la probabilidad de que la actitud inflencie la conducta posterior.

En relación a las variables moduladoras vinculadas con aspectos individuales, algunas variables de personalidad a las que se hace referencia para explicar la relación actitud-conducta son la autoconciencia (Carver, 1975; Gibbons, 1978) la autoconsistencia (Bem y Allen, 1974; Zanna, Olson y Fazio, 1980) o el hábito (Ronis, Yates y Kirscht, 1989).

3.3.3.1. Modelos Teóricos que integran Variables Moduladoras.

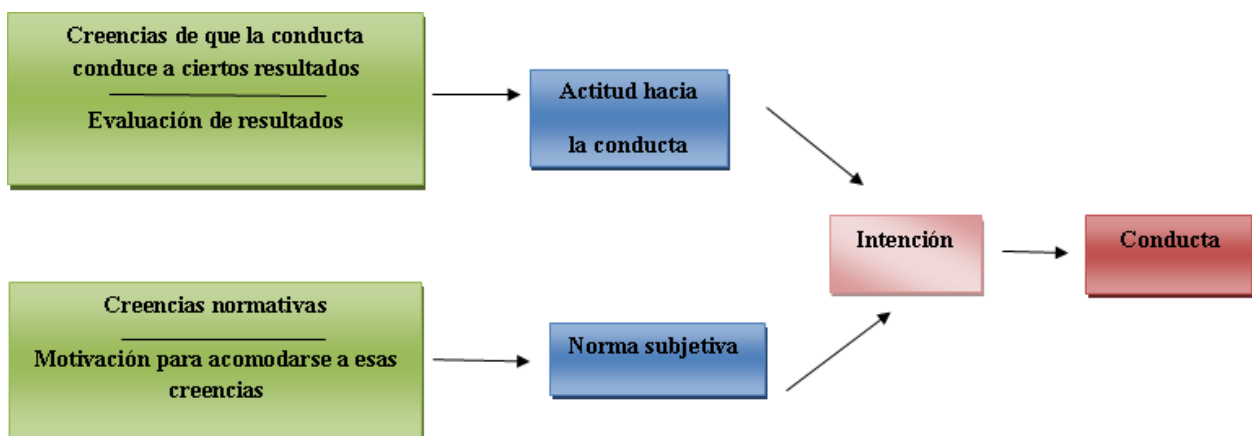
A partir de los años setenta comienzan a notarse los efectos de la revolución cognitiva y su concepción de las personas como capaces de deducir y de procesar sistemáticamente la información disponible, revolución que impregna toda la psicología y que condiciona la investigación del constructo actitudinal (Brehm y Kassim, 1989 en EURAYDICE, 2005). El ser humano se concibe como ente racional, y como consecuencia a esta nueva concepción, el estudio de las actitudes se fundamenta en el elemento cognitivo. Es en este marco contextual, en donde surgen modelos que logran reunir las nuevas

explicaciones ofrecidas para la relación actitud-conducta, tanto las referidas a aspectos metodológicos, como las que contemplan el efecto modulador de distintas variables (Martín, 2005), siendo uno de sus principales representantes el Modelo de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975), ya que logra impactar en el estudio de las actitudes, y en la psicología en general, al vincular creencias y evaluaciones en un modelo teórico cuya máxima originalidad radica en que establece la actitud hacia la conducta, en vez de hacia los objetos (Peiró et al., Worchel et al., 2003).

3.3.3.1.1. Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1975).

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) representa una importante aportación tanto al estudio de la conducta humana, como a la planeación de programas de intervención dirigidos a diversos campos de interés. Esta teoría, diseñada con el fin de explicar y predecir la intención hacia la conducta, es un juicio probabilístico en el que ésta puede estimarse directamente mediante una escala de probabilidad (Rodríguez, 2007), mediante un índice que relaciona la actitud con las creencias del individuo. En su formulación básica, el modelo parte de los tres componentes fundamentales del concepto tradicional de actitud (cognitivo, evaluativo y conativo) y los vincula en una cadena causal (Olza, 1999). Una de sus premisas fundamentales es que la conducta humana se encuentra bajo el control del individuo, pudiendo por esto ser pronosticable mediante la intención conductual para llevar a cabo un comportamiento en particular.

Figura 3. Teoría de la acción razonada.



Como puede observarse en la figura 3, la TAR explica el comportamiento humano como el resultado de una interacción causal entre creencias, actitudes e intenciones. Consta entonces de tres componentes previos a la conducta: la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y la intención (Fishbein y Ajzen, 1975 en Carreño y col., 2011).

El concepto central de la teoría es la intención conductual, concebida como la causa primera o inmediata de la conducta y operacionalizada como el juicio probabilístico que emite un sujeto acerca de ejecutar o no un comportamiento (Morales, 1999). Es decir, corresponde a la localización de una persona en una dimensión de probabilidad que incluye una relación entre la persona misma y alguna acción (Fishbein y Ajzen, 1975, p.288-13 Morales). Se afirma que la intención es una función de dos determinantes básicos, correspondientes a la evaluación personal o **actitud hacia la conducta**, y a la evaluación social o **norma subjetiva**, que resume la presión social del contexto más próximo al individuo. Esta norma subjetiva social se erige sobre dos pilares, el primero lo constituyen las **creencias normativas**, que expresan la probabilidad de que la conducta resulte aceptable o no para los otros significativos, y el otro es la **motivación para acomodarse**, que indica la disposición de la persona a conformarse a esas opiniones. Esto es, los individuos intentan realizar una conducta cuando la evalúan como positiva, y creen y validan que otros, es decir las personas y los grupos socialmente relevantes para el sujeto, consideran que ellos deben realizarla (Fishbein y Ajzen, 1975; Fishbein y Ajzen, 1980; Fishbein, 1990).

El modelo considera entonces, que la actitud es un juicio evaluativo bipolar acerca de un objeto, conformándose a partir del repertorio de creencias, que se conciben como las consecuencias que tiene realizar una determinada conducta. (Morales, 1999). Por su parte, los predictores de la intención conductual reflejan tanto los efectos de los factores sociales (*norma subjetiva*), como los efectos psicológicos individuales (*actitud*). 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 (Fishbein y Ajzen, 1975 en Carreño y cols., 2011). El por qué la gente con las mismas actitudes y normas puede comportarse de manera distinta, se explica en razón de las diferentes ponderaciones o pesos relativos asignados a los dos determinantes de la intención (Reyes, 2007). Estos dos componentes, se explican atendiendo a la base informativa o creencias. Puesto que las creencias representan la información poseída acerca de los objetos, lo que se defiende, en definitiva, es que la conducta está en última instancia determinada por la

información del sujeto (Morales, 1999). Siendo así, las creencias son consideradas como antecedentes de las actitudes, ya que se plantea que la actitud hacia un objeto es el resultado de las creencias que un individuo tiene hacia el mismo.

Los resultados obtenidos en numerosos estudios han suministrado a este modelo un importante apoyo empírico. Estudios que abordan una amplia variedad de temas tales como higiene dental (Hoogstraten, De Haan y Ter Horst, 1985; McCaul, O'Neill y Glasgow, 1988; Toneatto y Binik, 1987); educación (Fredricks y Dossett, 1983); control de la natalidad (Miller y Grush, 1986; Pagel y Davidson, 1984); tabaquismo (Budd, 1986; Marin y cols., 1990); examen médico de patologías graves (Timko, 1987; Hennig y Knowles, 1990; Brubaker y Fowler, 1990); donación de sangre (Burnkrant y Page, 1988); prevención del SIDA (Fishbein, 1990); conducta moral (Vallerand y cols., 1992); institucionalización geriátrica (Stefani, 1993) entre otros temas (Stefani, 1993).

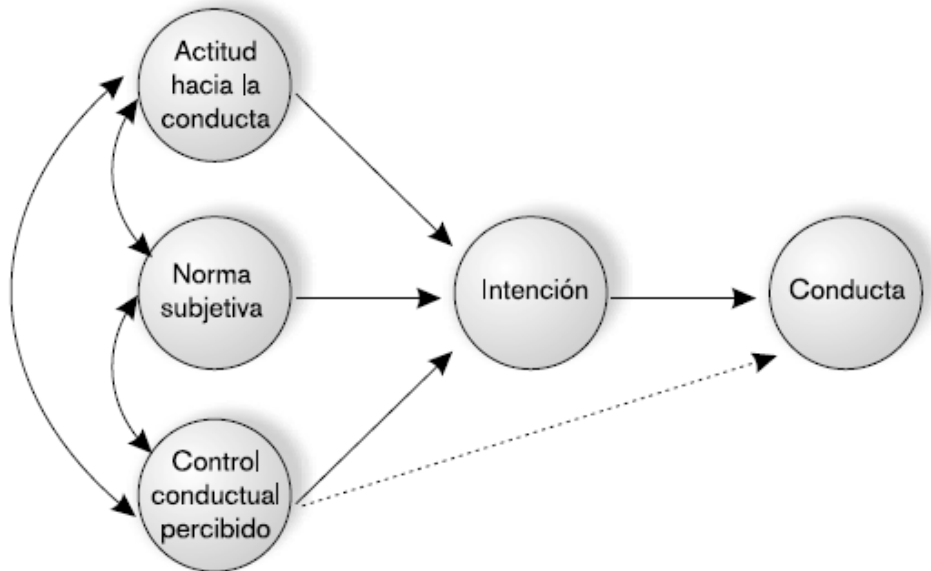
Cuando la conducta es controlada voluntariamente por la persona, los pasos que propone la TAR no presentan grandes problemas. Pero existen muchas conductas que escapan en alguna medida al control consciente del individuo, surgiendo entonces, la principal crítica que se realiza a este modelo. Es decir, que más allá de la actitud favorable hacia el realizar una conducta en particular, y más allá de la presión social a la que puede estar expuesta la persona, en su intención también influirá la probabilidad subjetiva de lograrlo. Existen muchas situaciones en las que pueden surgir imprevistos o en las que se necesitan ciertas habilidades o recursos por parte de los individuos, que en última instancia, podrían interferir en la intención de llevar a cabo una conducta. Este sesgo llevó a incluir un tercer determinante y ampliar dicha teoría, la que se conoce actualmente como Teoría del Comportamiento Planeado, el que logra hacer frente a esta falencia, mejorando así el pronóstico de la intención (Morales, 1999.)

3.3.3.1.2. Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen y Madden, 1980, 1991).

La Teoría del Comportamiento planificado (TCP) es una extensión de la Teoría de la Acción Razonada, para poder explicar la predicción de la conducta no voluntaria y ofrecer al campo de la psicología una estructura predictiva con aplicabilidad más amplia (María Jesús Martín, 2003). Esta teoría implica tres determinantes: **actitud hacia el comportamiento, norma subjetiva y control conductual percibido**. Sin embargo como esta teoría es una extensión de la TAR, contiene dos elementos de ella (*Actitud hacia el*

comportamiento y norma subjetiva) e incluye un nuevo determinante “control conductual percibido”.

Figura 4. Teoría del comportamiento planificado.



- **Intención Conductual.**

La intención conductual 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 en Morales y cols., 1996). A partir de esta definición, se puede afirmar que la intención conductual es concebida como un predictor inmediato de la conducta, lo cual implica considerarla como una variable distinta de las actitudes y creencias, pero a la vez como un componente del modelo explicativo que predice la aparición de una conducta. De esta manera se considera que la actitud no predice directamente la conducta, sino que influye en ésta, a través de sus efectos sobre las intenciones. Es decir, la intención conductual actuaría como indicador de la voluntad de las personas, en relación al esfuerzo que están planificando ejercer para llevar a cabo algún comportamiento, permitiendo a la vez, el concepto de intención, identificar los factores motivacionales asociados a la conducta. A partir de esto, el modelo en cuestión plantea como norma general que “La intención más fuerte de desarrollar un

comportamiento, conllevaría la mayor probabilidad de su realización efectiva” (Ajzen, 1991).

Según la TCP, la actitud de una persona hacia el objeto actitudinal, estará relacionada con la totalidad de sus intenciones respecto al objeto, y no hay una relación necesariamente establecida entre la actitud y una intención dada (Lameiras, 1997). Es decir, la actitud influiría en conjunto con la *norma subjetiva* y el *control conductual percibido*, a la intención conductual, siendo ésta la que en definitiva determina la intención de realizar el comportamiento (Weish y Gordon, 1991 en Carreño y cols., 2011).

Por otra parte, los autores señalan que uno de los principales factores que permite que la intención sea un mejor predictor de la conducta, consiste en que ambos conceptos, intención y conducta, sean planteados en el mismo nivel de especificidad (Fishbein y Ajzen, 1972), lo cual permitiría aumentar significativamente la correlación intención-conducta, aspecto primordial del modelo. La inclusión de dicha condición, lograría hacer frente a las críticas realizadas a los primeros estudios vinculados al poder predictivo de las actitudes, mencionadas en un apartado anterior, correspondiente a las reconsideraciones metodológicas de la relación actitud-conducta. Sumado a esto, la TCP postula que deben considerarse cuatro elementos para lograr plantear los conceptos de intención y conducta en el mismo grado de especificidad, ya que éste suele variar en virtud de diferentes variables. Estos elementos son: la acción; el destino de la acción; el contexto específico en el cual se desenvuelve y el periodo temporal al cual hace referencia (Worchel et al., 2003; Welsh 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 en Carreño y cols., 2011). Además, otra condición importante que establece la TCP, que también permitiría aumentar la correlación intención-conducta, dice relación con la estabilidad de la conducta en el tiempo y la posibilidad de control voluntario de ésta. En relación a la primera, se considera que un aumento temporal entre la medición de la intención y la realización de una conducta, disminuye la relación con la intención real de llevarla a cabo, y con esto, la correspondencia intención-conducta (Martín, 2005). Por lo que se hace indispensable, para una mayor predictibilidad, reducir el intervalo de medición de ambos constructos. Por último, el control voluntario percibido en relación a la conducta, tiene relación con lo ya explicado en el apartado anterior.

- **Actitudes y Creencias.**

Para los autores de esta teoría, las actitudes se definen como un conjunto evaluativo bipolar acerca de un objeto. “Las actitudes se conforman a partir del repertorio de creencias salientes relativas al objeto de actitud, que suelen ser entre cinco y nueve, si bien únicamente las dos o tres primeras, la de mayor fuerza, proporcionan una información útil y no redundante” (Morales y cols., 1996).

Como se mencionó anteriormente, 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 Carreño y cols., 2011). “Las personas forman las creencias sobre los objetos mediante la asociación de dichos objetos con determinados atributos (ya sean objetos, características o hechos concretos)” (Ajzen, 1991).

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 en Carreño y cols. (2011)).

- **Norma Subjetiva.**

Los autores de la TAP se refieren a este componente como “un factor social llamado norma subjetiva, que hace referencia a la presión social percibida para realizar o no el comportamiento” (Ajzen, 1991), es decir, hace mención a como el contexto socio-cultural del individuo, influye en su conducta, la cual va a estar determinada por la percepción de las creencias que tienen las otras personas significativas acerca de la conducta que el individuo debe realizar, como también por la motivación del individuo para corresponder con las expectativas de las personas que le son significativas.

En lo que respecta a los factores sociales y los efectos psicológicos individuales, Morales (1994) considera que “estos dos factores es uno de los mayores logros del modelo de

Fishbein y Ajzen, pues relaciona dos conceptos psicosociales tradicionalmente estudiados de forma independiente” y “representa la racionalidad cultural, ya que a través de ella la persona se acerca a quienes la rodea” (Morales y Moya, 1996).

De esta manera podemos concluir que la norma subjetiva juega un papel primordial 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).

- **Control conductual percibido.**

El control conductual percibido se define como la “facilidad o dificultad percibida para realizar el comportamiento, y se supone que refleja la experiencia pasada, así como impedimentos anticipados y obstáculos” (Schifter y Ajzen, 1985). Es decir este componente hace referencia al control que el individuo percibe tener para la realización de una conducta. Sin embargo es importante mencionar, que este control conductual percibido no tiene que ver con el control real que el sujeto pueda tener frente a una determinada conducta, sino más bien es una percepción subjetiva que el sujeto tiene frente a un determinado hecho, y que influirá en su realización conductual.

Este componente es de gran relevancia para esta teoría, ya que según los propios autores, consideran que el control conductual percibido, junto con la intención, puede ser utilizada directamente para predecir la ejecución del comportamiento. Sin embargo existe una forma que el control percibido influya directamente en la conducta sin mediar con la intención, por ejemplo “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 en Carreño y cols., (2011)).

A pesar de esto para que el efecto tan importante del control percibido llegue a buen fin, se deben cumplir dos condiciones (Lameiras, 1997 en Martín, 2003):

- 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.

3.3.3.1.2.1 Implicancias y Limitaciones del Modelo TCP.

El modelo de Acción Planificada está sujeto 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” Ajzen (1991). En relación a este tema son variados los estudios los que han agregado variables externas para poder dar cuenta de diversas conductas: 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 relación a las variables externas una de principales críticas que recibe la teoría en cuestión, se encuentra la realizada por Liska (1984), quien plantea que para predecir la conducta es necesario comprender el contexto social en el cual se desenvuelve el individuo; mientras que Morales (1994), afirma que en este modelo se conceptualiza la norma subjetiva y la actitud, como si fueran independientes entre sí, planteando que se pasa por alto aquellas relaciones que pudiesen existir entre ambos constructos, lo cual, según el autor, repercute negativamente en la predicción de la intención conductual. Por su parte, autores como Bentler y Speckart (1981), consideran como requisito para

predecir la conducta, el incluir la conducta pasada o hábitos arraigados en las personas, aspecto que no es incluido en la Teoría del Comportamiento Planificado.

4. OBJETIVOS

4.1. General.

Continuar el proceso de validación del cuestionario de “Actitudes de Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable mediante el modelo de Acción Planificada” (ACAISAP) de Carreño y cols.

4.2. Específicos.

- Avanzar hacia un proceso de validación externa a través de una prueba de sensibilidad del instrumento “Actitudes de Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable mediante el modelo de Acción Planificada” (ACAISAP) de Carreño y cols.
- Depurar el instrumento considerando los resultados obtenidos de la prueba de sensibilidad del cuestionario “Actitudes de Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable mediante el modelo de Acción Planificada” (ACAISAP) de Carreño y cols.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de Investigación.

Esta investigación es de tipo psicométrica, ya que el objetivo primordial que persigue dicho estudio, es avanzar hacia la validación de un cuestionario que identifique la actitud de los cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable, mediante el modelo de Acción Planificada de Ajzen & Fishbein (1980,1991). Esto se realizará a través de una prueba de sensibilidad del instrumento “Actitudes de Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable mediante el modelo de Acción Planificada” (ACAISAP) de Carreño y cols., poniendo a prueba la capacidad de discriminación de dicho instrumento en población normopeso y sobrepeso.

5.2. Población.

En el presente estudio, la población objetivo está constituida por cuidadores primarios de niños(a) entre 6 y 36 meses de edad, cuyo infante debe encontrarse dentro de la categoría normopeso o sobrepeso, y controlarse periódicamente en establecimientos de Atención Primaria de salud pública de la provincia de Valparaíso.

5.3. Muestra.

Para la investigación se fijó una muestra de 104 participantes, de los cuales 52 de ellos pertenecen a la población normopeso, y los otros 52 restantes a la población sobrepeso.

Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Ser el/la cuidador primario de un niño o niña de 6 a 36 meses de edad³, cuyo infante pertenezca a la población normopeso o sobrepeso.
- Mantener controles periódicos en Centro de Atención Primaria en Salud o CESFAM desde su nacimiento.
- Estar dispuesto a responder el cuestionario escrito.

³ En primera instancia, la población objetivo se fijó en un rango de edad de 6 a 24 meses y una muestra de 200 participantes; sin embargo debido a las restricciones que se tuvo para acceder a dicha población, se tomó la decisión de ampliar el grupo etario hasta los 36 meses de edad y disminuir la muestra a la mitad.

- **Criterios de exclusión:** El infante presenta alguna patología médica que requiera alimentación especial.

5.4. Procedimiento.

El presente seminario tiene como uno de sus objetivos, avanzar en el proceso de validación externa del cuestionario de Actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable, realizada por Carreño y Cols., por medio de una prueba de sensibilidad del instrumento. Para realizar esto, en primer lugar, se profundizaron los conocimientos en torno a los modelos actitudinales, específicamente el modelo de Acción Planificada de Ajzen & Fishbein (1980,1991); luego, se revisó el cuestionario ACAISAP (Véase Anexo 1), elaborado en la investigación anterior (Carreño y cols.) junto con la información vinculada tanto al marco referencial del mismo, como a las categorías de análisis utilizadas.

Una vez terminada dicha revisión, se decidió administrar el cuestionario a dos poblaciones de cuidadores de niños y niñas entre 6 y 36 meses, normo y sobrepeso (obesos), desde la suposición de que dichos cuidadores pudiesen comportarse de manera distinta en la forma en que alimentan a sus bebés, y que esto a su vez, se reflejase en una forma distinta de responder el cuestionario en estudio, específicamente, en prácticas de alimentación saludable y no saludable, respectivamente. Para ello, se hizo contacto con la Corporación Municipal de Viña del Mar (CORMUVIÑA) y en la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL), con el fin de poder aplicar los cuestionarios en alguno de sus Consultorios de Atención Primaria (Véase Anexo 2). Como resultado a la petición, cada Corporación facilitó 2 consultorios para llevar a cabo la administración del cuestionario. Además, se hizo contacto con el Servicio de Paz y Justicia (SERPAJ), el cual facilitó un Jardín Infantil para la toma del instrumento. Conjuntamente, se fijó como meta la administración de 200 cuestionarios, divididos equitativamente en 100 normopeso y 100 sobrepeso. Sin embargo, debido a la poca disponibilidad de muestra, se optó por ampliar el rango etario de los niños de la población objetivo a 36 meses, pero dado que dicha medida no tuvo el incremento de cuestionarios estimado, se optó por reducir la muestra a 104, divididos de manera equitativa entre 52 cuestionarios normopeso y 52 sobrepeso.

5.4.1 Análisis de datos.

Posterior a la administración de los cuestionarios y a la consecuente recolección de datos, se llevó a cabo el análisis de éstos últimos. En ésta etapa, se buscó establecer si el cuestionario permitía discriminar el riesgo y no riesgo de incurrir en prácticas de alimentación no saludable hacia los niños. Para ello, las respuestas obtenidas en las dos muestras se analizaron en términos de comparación de medias (T de Student), y mediante estadística descriptiva de comparación de grupos, utilizando medidas de tendencia central, como el rango de promedios de respuesta por pregunta, medianas y modas, y medidas de dispersión, como la desviación estándar y varianza. Por medio del análisis de los datos, como se mencionó en los objetivos del siguiente estudio, se buscó determinar la sensibilidad del instrumento, entendida ésta como la probabilidad de ubicar correctamente a un cuidador de un niño con sobrepeso u obesidad, en un resultado del cuestionario que indique una actitud hacia la alimentación no saludable, es decir, que al aplicar el instrumento al cuidador de un niño con sobrepeso u obesidad, éste detecte el riesgo antes mencionado. Asimismo, se buscó determinar la especificidad del instrumento, concebida como la probabilidad de detectar correctamente a cuidadores con prácticas de alimentación saludable, y que corresponda a un niño con normopeso. En base a lo anterior, se realizó un análisis estadístico, para el cual se comenzó obteniendo los promedios generales de cada encuesta, al igual que de cada uno de los 45 ítems, junto con los promedios generales por grupo normopeso y sobrepeso. Se compararon las medias de cada grupo, sin obtener diferencias significativas. Se continuó con la obtención de las dispersiones y desviaciones estándar, para así extraer la máxima información de los datos, que son detallados en el apartado referido a resultados.

6. RESULTADOS

6.1. Comparación de resultados totales entre ambas muestras.

En cuanto a los resultados, se obtiene, en primer lugar, la suma total de los cuestionarios completos en cada una de las muestras (Véase Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de la Muestra en sumatoria de cuestionarios completos en ambas poblaciones.

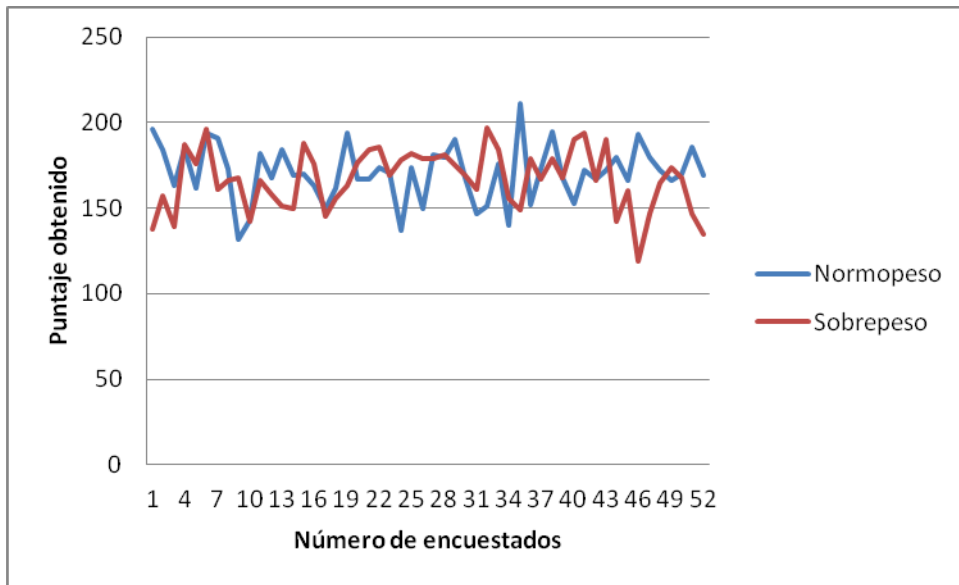
Sujeto	Normopeso	Sobrepeso
1	196	138
2	184	157
3	163	139
4	185	187
5	162	176
6	194	196
7	191	161
8	173	166
9	132	168
10	143	142
11	182	166
12	168	158
13	184	151
14	169	150
15	170	188
16	163	176
17	150	145
18	162	156
19	194	163
20	167	177
21	167	184
22	174	186
23	171	169
24	137	178
25	174	182
26	150	179
27	181	179
28	180	181

29	190	175
30	168	169
31	147	161
32	151	197
33	176	184
34	140	156
35	211	149
36	152	179
37	173	167
38	195	179
39	168	168
40	153	190
41	172	194
42	167	166
43	172	190
44	180	142
45	166	160
46	193	119
47	180	147
48	172	165
49	166	174
50	170	168
51	186	147
52	169	135
Promedio	170,83	166,9
Mediana	170,5	168
Moda	167	179

Prueba T (con 2 colas, asumiendo igual varianza: no mostró diferencias significativas al 0,05 (0,24226116)).

Considerando que el puntaje mínimo que podría obtenerse al responder el cuestionario es de 45 puntos y el máximo posible es de 225 puntos; se obtiene en la muestra normopeso un puntaje promedio total de 170,83 y en la muestra con sobrepeso un puntaje promedio total de 166,9, como puede verse en la Figura 5. En este sentido, al aplicar la prueba T, las diferencias no son estadísticamente significativas, ya que existiría un 24,22% de probabilidad de que las respuestas sean similares en ambas muestras, pudiéndose inferir, de esta forma, que el cuestionario no discrimina entre ambas poblaciones.

Figura 5. Gráfico de Distribución de los puntajes totales del cuestionario en ambas muestras.



6.2. Comparación de la Muestra en relación a los componentes del Modelo Actitudinal.

Dado que no se encontraron diferencias entre los puntajes totales de ambas muestras, se aplicó la prueba T de Student a los distintos componentes del Modelo Actitudinal de Fishbein y Ajzen (1980, 1991), a saber, Norma Subjetiva, Control Conductual Percibido y Actitud hacia la conducta, con el fin de explorar, si en dicho nivel de análisis, existen diferencias entre ambas poblaciones.

Tabla 3. Comparación de la Muestra en sumatoria de cuestionarios en relación a la Norma Subjetiva en ambas poblaciones (Desde el ítem 1 al 15 del cuestionario).

Sujeto	Normopeso	Sobrepeso
1	60	51
2	36	45
3	40	47
4	53	63
5	60	43
6	48	58
7	68	47

8	60	52
9	48	52
10	45	40
11	56	50
12	54	40
13	42	42
14	55	51
15	65	44
16	49	50
17	39	48
18	46	66
19	60	43
20	56	44
21	41	48
22	54	57
23	55	46
24	34	55
25	33	55
26	36	53
27	60	54
28	53	41
29	52	61
30	54	54
31	40	57
32	42	55
33	42	61
34	52	51
35	69	51
36	48	58
37	57	37
38	62	50
39	29	51
40	46	46
41	54	51
42	51	44
43	52	46
44	60	54
45	57	61
46	59	36
47	54	29
48	59	29

49	56	37
50	50	61
51	71	59
52	41	44
Promedio	51,21	49,38
Mediana	53	50,5
Moda	60	51

Prueba T (con 2 colas, asumiendo igual varianza: no mostró diferencias significativas al 0,05 (0,298773209)).

Tabla 4. Comparación de la Muestra en sumatoria de cuestionarios en relación al Control Conductual Percibido en ambas poblaciones (Desde el ítem 16 al 30 del cuestionario).

Sujeto	Normopeso	Sobrepeso
1	68	47
2	74	56
3	60	48
4	65	72
5	58	74
6	73	65
7	69	57
8	61	61
9	40	58
10	52	52
11	66	57
12	58	60
13	74	49
14	60	50
15	55	74
16	54	71
17	57	48
18	60	55
19	64	60
20	60	65
21	70	69
22	62	70
23	55	63
24	54	65

25	72	66
26	49	72
27	62	73
28	66	75
29	70	61
30	63	67
31	62	60
32	63	69
33	68	63
34	50	56
35	75	51
36	54	63
37	60	61
38	68	70
39	69	61
40	53	75
41	64	72
42	58	62
43	60	73
44	60	38
45	57	47
46	68	41
47	66	59
48	59	67
49	54	69
50	60	58
51	67	38
52	63	45
Promedio	61,71	60,73
Mediana	61,5	61
Moda	60	61

Prueba T (con 2 colas, asumiendo igual varianza: no mostró diferencias significativas al 0,05 (0,564414676)).

Tabla 5. Comparación de la Muestra en sumatoria de cuestionarios en relación a la Actitud hacia la Conducta en ambas poblaciones (Desde el ítem 31 al 45 del cuestionario).

Sujeto	Normopeso	Sobrepeso
1	68	40
2	74	56
3	63	44
4	67	52
5	44	59
6	73	73
7	54	57
8	52	53
9	44	58
10	46	50
11	60	59
12	56	58
13	68	60
14	54	49
15	50	70
16	60	55
17	54	49
18	56	35
19	70	60
20	51	68
21	56	67
22	58	59
23	61	60
24	49	58
25	69	61
26	65	54
27	59	52
28	61	65
29	68	53
30	51	48
31	45	44
32	46	73
33	66	60
34	38	49
35	67	47
36	50	58

37	56	69
38	65	59
39	70	56
40	54	69
41	54	71
42	58	60
43	60	71
44	60	50
45	52	52
46	66	42
47	60	59
48	54	69
49	56	68
50	60	49
51	48	50
52	65	46
Promedio	57,9	56,78
Mediana	58	58
Moda	54	59

Prueba T (con 2 colas, asumiendo igual varianza: no mostró diferencias significativas al 0,05 (0,514077205)).

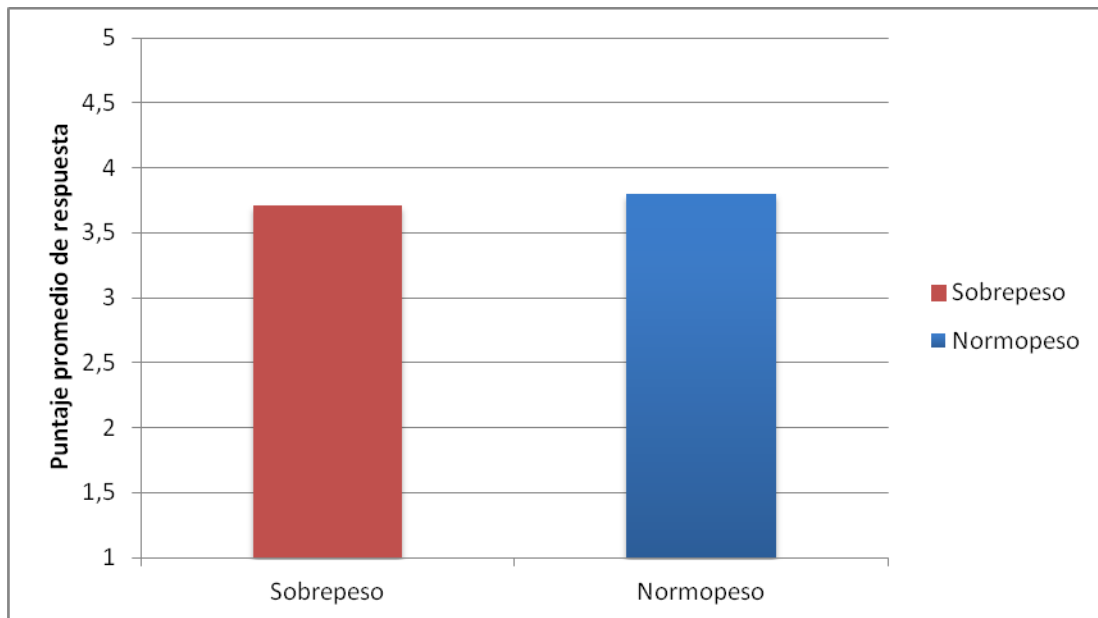
Al aplicar la prueba T a los componentes del modelo de Actitud, se obtuvo en la Norma Subjetiva (Véase Tabla 3), el valor T de 0,298773209 (29,88%), en el Control Conductual Percibido (Véase Tabla 4), se obtuvo un puntaje T de 0,564414676 (56,44%) y en la Actitud hacia la Conducta (Véase Tabla 5), dicho puntaje es de 0,514077205 (51,4%). Lo anterior muestra que las diferencias no son estadísticamente significativas, vale decir, existe una alta probabilidad de que las respuestas sean similares en ambas muestras.

6.3. Resultados en base a Estadística Descriptiva: Medias y Dispersión.

Se obtienen, posteriormente, los puntajes promedio de respuesta de ambas muestras en relación al rango de puntaje asignado por escala Likert (1 a 5), siendo la media por respuesta en la muestra normopeso de 3.79; mientras que la media obtenida por la muestra con sobrepeso, es de 3.71. Considerando que un 1 en los resultados equivale a una conducta de alimentación saludable y un 5 equivale a una conducta de alimentación riesgosa, se puede señalar que la diferencia entre ambas poblaciones no resulta

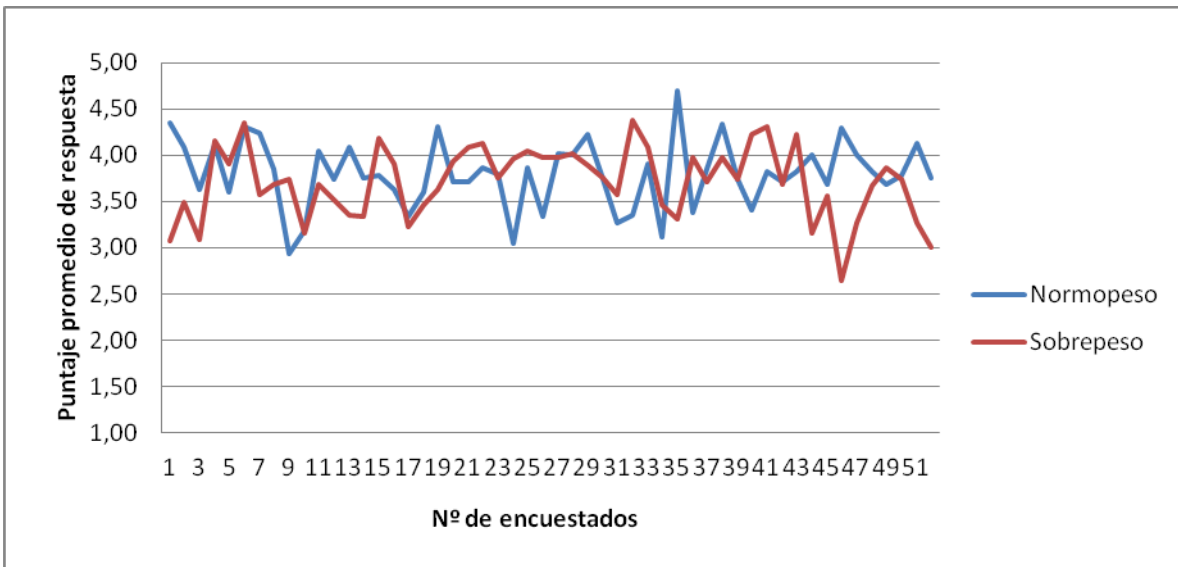
significativa, y que ambas tenderían a llevar a cabo conductas riesgosas en relación a la alimentación de sus hijos (Véase Figura 6).

Figura 6. Comparación de promedios en relación al rango de respuesta en ambas Muestras.



Éstos resultados son consistentes con los hallazgos de la prueba T. Se complementan con los gráficos de dispersión de puntajes, que confirman la similitud de distribución de respuestas en ambas poblaciones (Véase Figura 7).

Figura 7. Gráfico lineal de distribución de puntajes promedio de respuesta obtenidos en ambos grupos.



Se obtiene con estos resultados, que ambas muestras se comportan de manera similar, y para obtener mayor exactitud en las conclusiones, se requiere analizar las desviaciones estándar de ambas muestras, con el objetivo de observar la variabilidad de las mismas en relación a los límites esperados de la desviación estándar.

Se procede a calcular la desviación estándar muestral de cada población, considerando que no se posee la información de toda la población, sino sólo de una muestra de ella. La desviación estándar en la muestra con normopeso es de 0.37, y, la desviación estándar obtenida en la muestra con sobrepeso es de 0.39. Resultando que los datos en la muestra con sobrepeso se encontrarían levemente más dispersos que en la muestra con normopeso, sin embargo, la diferencia es leve por lo que no sería significativamente relevante para generar conclusiones en la investigación (Véase Figura 8 y 9).

Figura 8. Gráfico de promedio de respuestas obtenidas en muestra normopeso (incluye desviación estándar y promedio).

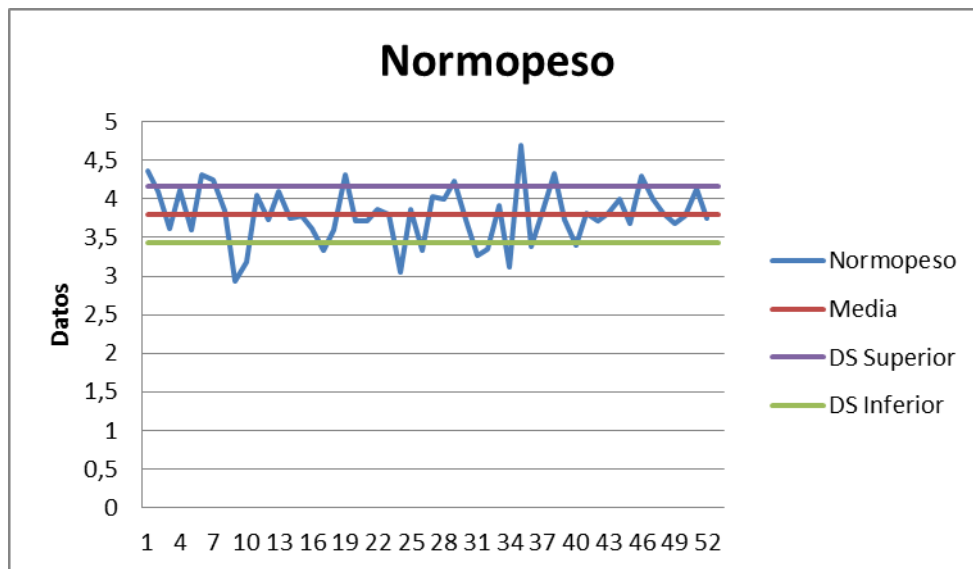
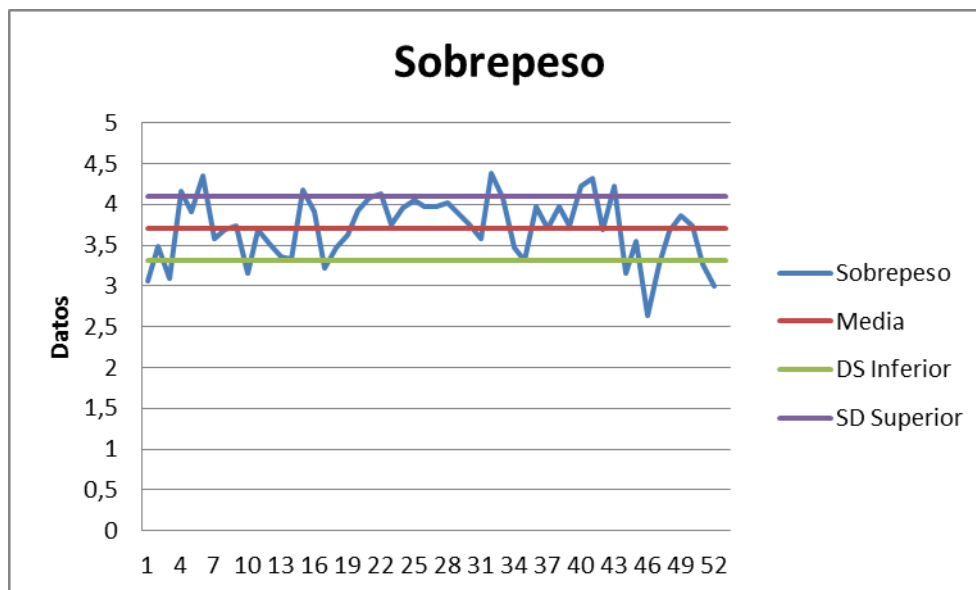


Figura 9. Gráfico de promedio de respuestas obtenidas en muestra sobrepeso (incluye desviación estándar y promedio).



A continuación se presentan gráficas por ítems agrupados en los componentes de análisis.

Figura 10. Gráficos de promedios obtenidos por ítem agrupados en torno al componente Norma Subjetiva (Desde el ítem 1 al 15 del cuestionario).

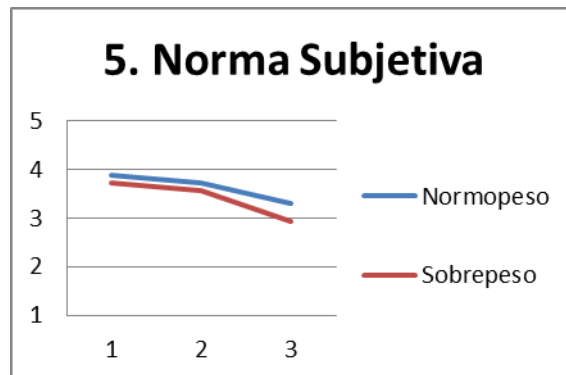
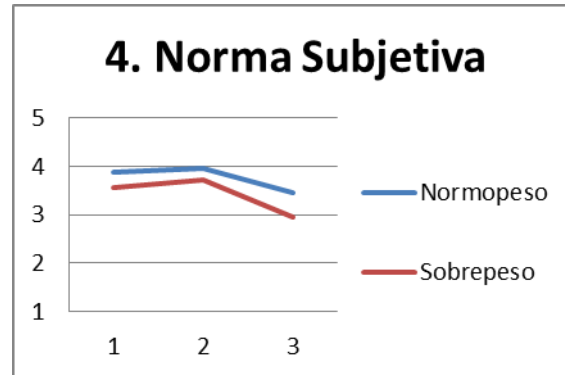
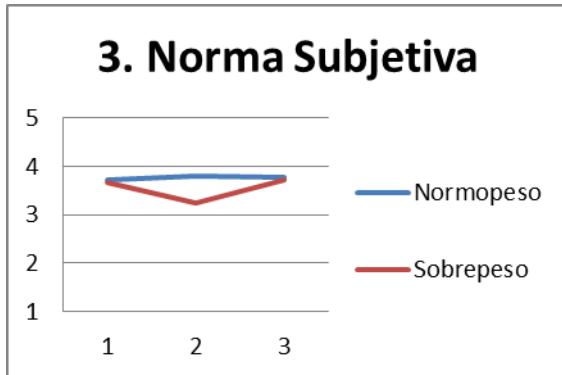
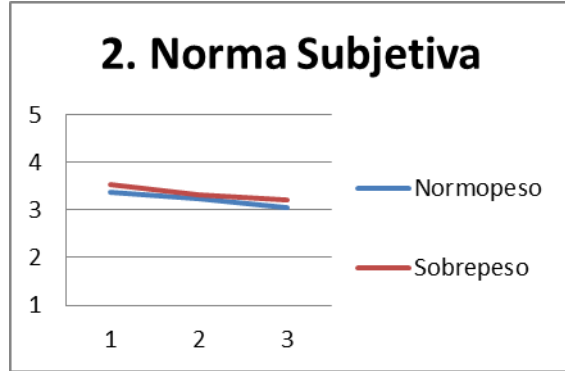
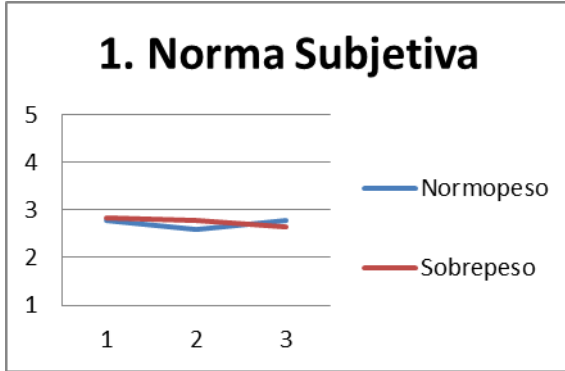


Figura 11. Gráficos de promedios obtenidos por ítem agrupados en torno al componente Control Conductual Percibido (Desde el ítem 16 al 30 del cuestionario).

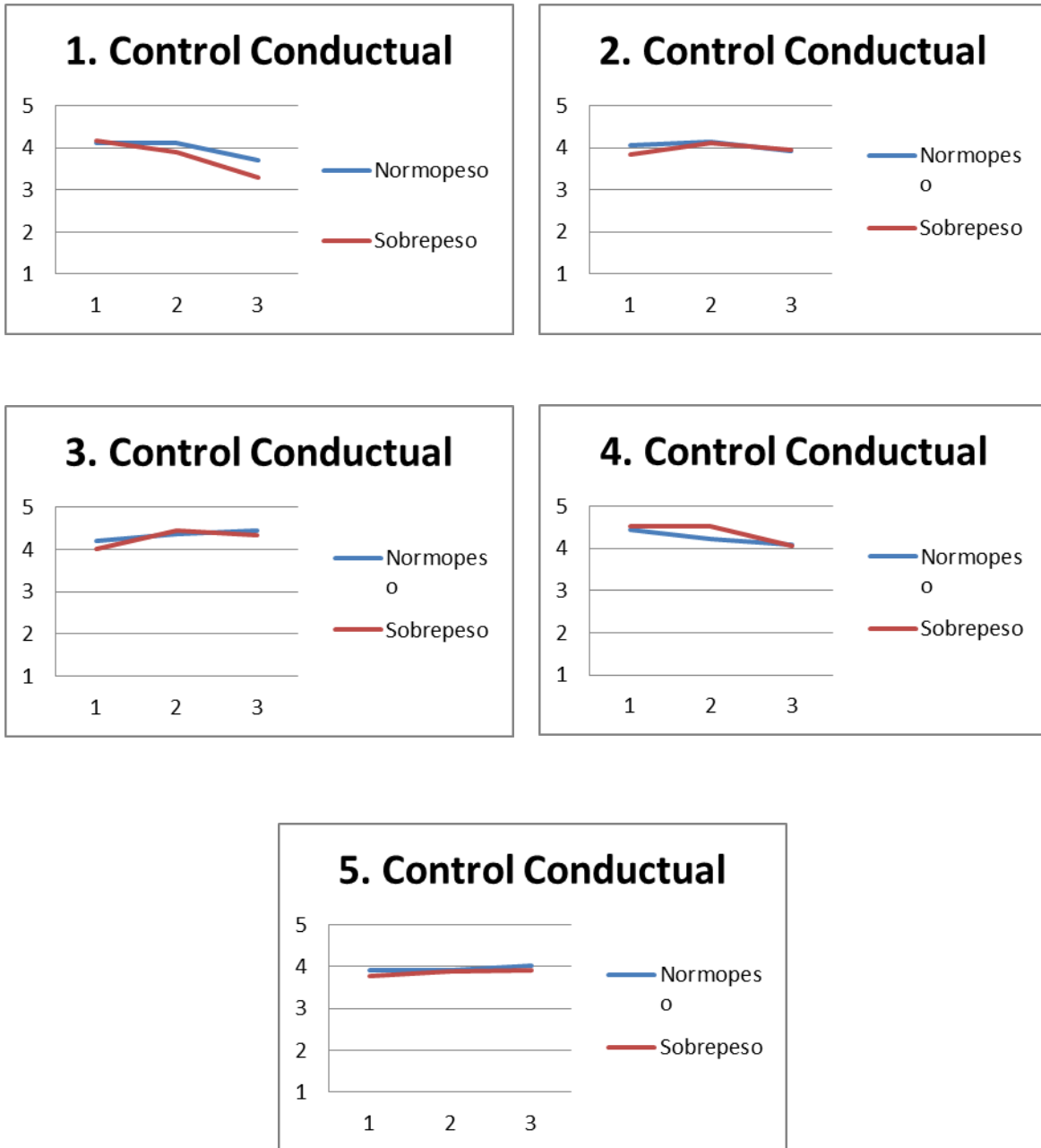
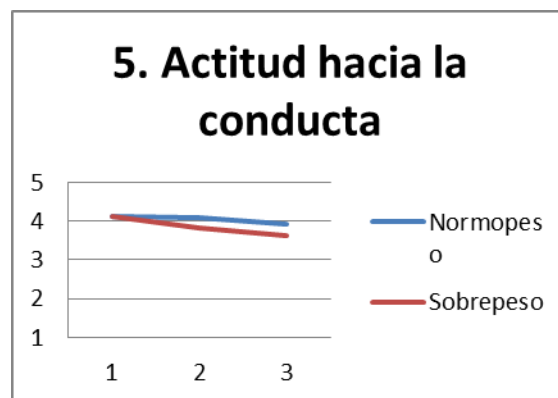
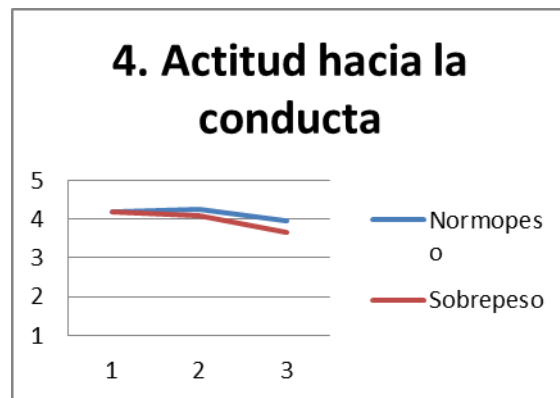
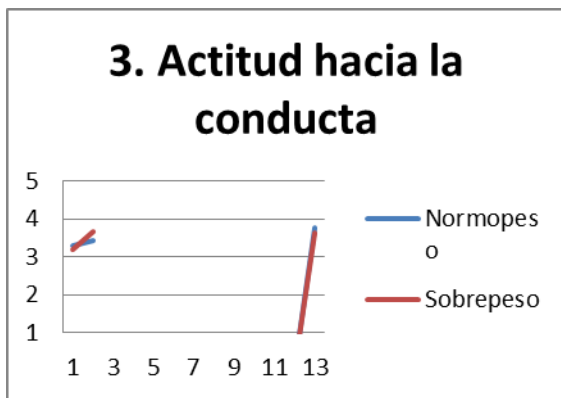
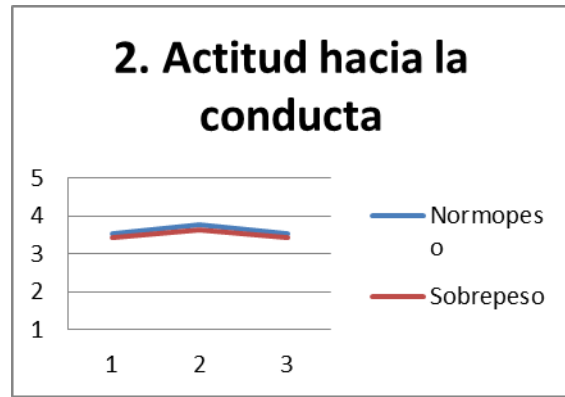
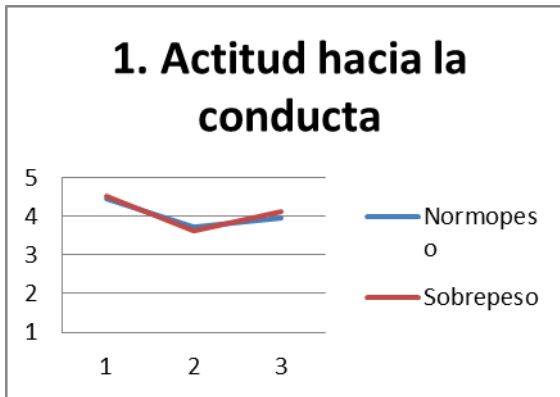


Figura 12. Gráficos de promedios obtenidos por ítem agrupados en torno al componente Actitud hacia la Conducta (Desde el ítem 31 al 45 del cuestionario).



De acuerdo a la información recabada a través de los promedios obtenidos por ítem (Véase Anexo 3), y en relación a los componentes graficados en las Figuras 10, 11 y 12, se puede señalar que no se observan diferencias significativas entre ambas muestras, y que ambas presentan una tendencia hacia conductas de alimentación riesgosas, encontrándose todas (exceptuando 1. Norma Subjetiva) sobre la media del cuestionario.

7. DISCUSIÓN

Como se desprende de los resultados expuestos en la presente investigación, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales obtenidas entre cuidadores de niños de entre 6 y 36 meses que presentan normopeso, en comparación con aquellos cuidadores de niños, del mismo rango etario, con sobrepeso y/u obesidad. Por tanto, en virtud de dichos resultados, no fue posible avanzar en el proceso de validación externa planteada a comienzos de la investigación, ya que el instrumento ACAISAP, no logró discriminar entre población normal y clínica, requisito necesario para continuar dicho proceso, iniciado en estudios anteriores. Específicamente, se obtuvo que ambas poblaciones se comportan de manera similar, es decir, ambas presentan tendencia hacia la implementación de prácticas de alimentación no saludables.

En base a lo anterior, la discusión versará sobre las posibles explicaciones aplicables para dichos resultados, centrándose principalmente en tres grupos de análisis: críticas al modelo teórico; al inventario y a las características tanto de la muestra, como del contexto de aplicación.

7.1. Modelo Teórico.

Una de las posibles causas por la cual el inventario ACAISAP no logró discriminar en población normopeso y sobrepeso, podría deberse a una de las principales críticas que recibe el modelo de Fishbein y Ajzen (1980), la cual dice relación con las variables externas que influyen en la predicción de la conducta. Respecto a esta crítica, el autor Liska (1984) aseveró que para la realización de estudios orientados a explicar y predecir comportamientos socialmente relevantes, se hace necesario comprender el cómo las personas, en virtud de aquellos contextos en los que se desenvuelven, obtienen determinadas habilidades, localizan oportunidades y acceden a recursos en virtud de las mismas. Por esta razón, el autor plantea que debe examinarse el contexto social de la conducta, específicamente con respecto al estatus o situación económica dentro de la estructura social, junto a otros determinantes de acceso a los recursos y oportunidades. La razón principal de esto consiste en lo siguiente: “La gente con estatus y un poder más alto tiene más oportunidades para convertir sus intenciones en conductas, que aquellos que tienen una situación menos favorable”, es decir, el pertenecer a un estrato socio-

económico más desfavorecido, repercutiría negativamente en la predictibilidad del modelo en cuestión.

Aplicando estas ideas al caso de análisis, es posible que al pertenecer a un estatus socio-económico desfavorecido, las cuidadoras presentarían ciertas limitaciones en lo que respecta a las oportunidades para acceder y materializar sus intenciones de llevar a cabo conductas de alimentación saludables. Es por ello, que se cree que podría estar interviniendo el contexto social de las personas a las cuales se les administró el inventario ACAISAP, en la no predictibilidad de la conducta. Ejemplo de lo anterior se vería reflejado en los recursos para comprar los alimentos recomendados por los profesionales del consultorio, en donde era una constante que las cuidadoras refirieran que muchas veces no contaban con el dinero para comprar lo que ellos les recomendaban, lo que se vería reflejado en el hecho de que si bien cuentan con la intención de llevar a cabo conductas de alimentación saludables, ésta no funcionaría como predictora de la conducta que finalmente llevan a cabo. Por tanto, según la crítica realizada al modelo utilizado en el presente estudio, en virtud de la población a la cual fue dirigido, la intención hacia la conducta no predeciría las conductas objeto de la investigación.

Otras de las variables externas que pueden haber influido en la no discriminación del inventario, son las conductas pasadas o hábitos. Distintos estudios tales como: votar a un determinado partido político (Echebarria y Valencia, 1994; Echabe, Rovira y Garate, 1988), consumo de alcohol (Schlegel et al; 1992), conductas relacionadas con la salud (Norman y Conner, 1996), entre otros, revelan la necesidad de incluir la conducta pasada como una mejora para la predicción de la conducta, demostrando que el hábito puede determinar la conducta en lugar de la intención. En palabras de Ronis Yates y Kirscht (1989) en lo que respecta a las conductas relacionadas con la salud, plantea que éstas se pueden ejecutar de modo repetitivo, de forma automática “no guiada por un proceso de toma de decisiones”.

Podría afirmarse que las conductas relacionadas con la alimentación se encuentran de tal forma arraigadas en el repertorio de comportamientos de las personas, que su realización se produciría de modo automático, no guiadas por procesos de toma de decisiones consciente. La Teoría de Fishbein y Ajzen (1980) al ser un modelo aplicable a aquellas conductas que sí requieren de un proceso deliberativo y secuencialmente razonado, como

lo es el comportamiento planificado, presentaría limitaciones para predecir prácticas vinculadas a la alimentación.

Relacionado con lo anteriormente mencionado, tomándose como referencia las concepciones de la Psicología Social, Moscovici y Hewstone (1984), plantean que los individuos se encuentran lejos de pensar y actuar de acuerdo con los estándares de lógica y la racionalidad científica, organizando sus conductas, más bien, en relación a un conocimiento implícito, subjetivo y organizado, que incluye sistemas de creencias, juicios, valores, etc., que es construido por cada uno, y que permanecen inaccesibles a la conciencia, llegando a conformar como un repertorio de prácticas habituales. Es en virtud de estas afirmaciones, que podría afirmarse que las prácticas de alimentación, al ser una conducta que pasa a formar parte de la cotidianeidad, esté carente de complejidad, guiada, por tanto, por teorías del sentido común.

7.2 Cuestionario.

7.2.1. Extensión del Instrumento.

En este punto es importante señalar en primer lugar, la extensión del instrumento aplicado. Actualmente las personas se encuentran menos dispuestas a contestar cuestionarios, y, cuando estos son extensos, suele ser más molesto para la gente ya que deben utilizar su tiempo libre en esta tarea. Al respecto, Gale (2002) en sus investigaciones han logrado demostrar que cuando las personas “completan un cuestionario largo, se cansan, enojan, aburren o distraen fácilmente con factores externos”; esto influye en los resultados ya que se esfuerzan menos en responder y se desconcentran más fácil, resultando en datos menos precisos. Sin embargo, es necesario señalar también, que la mayoría de los estudios realizados en este tema (principalmente en marketing), dan cuenta que un cuestionario extenso tendría una duración superior a veinte minutos aproximadamente. En la aplicación de este cuestionario se tarda entre 5 a 8 minutos, dependiendo del entrevistador y de la persona que responde el cuestionario. En relación con esto, el cuestionario no se consideraría extenso, dado que el tiempo de aplicación/respuesta es adecuado para un cuestionario aplicado personalmente interceptando a la persona (diversos estudios indicarían que se debería tardar en la aplicación de este tipo de cuestionarios no más de quince minutos). (Gandar, J. 2005).

7.2.2. Tipo de respuesta.

En cuanto al tipo de respuesta, este cuestionario es de respuestas cerradas tipo escala, desde “Muy en desacuerdo” a “Muy de acuerdo”.

Figura 16. Ejemplo Pregunta Cuestionario de respuesta cerrada.

Sé que si le doy algo rico para comer, como una galletita de champaña, calmaré el llanto del niño.

- Muy en desacuerdo
- Desacuerdo
- Ni acuerdo ni desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

En cuanto a las ventajas de los cuestionarios con preguntas que requieren respuestas cerradas, es importante señalar como primera ventaja, que no se requiere que las personas escriban, por lo que facilita la aplicación en aquellas personas que tengan dificultad para expresarse adecuadamente. También, este tipo de cuestionarios, facilita que sea completado en su totalidad ya que aquellos con información escrita suelen dejarse abandonados en el proceso por quienes responden.

En cuanto a las desventajas, existen dos importantes que pudieron afectar en la aplicación del cuestionario. En primer lugar, al forzar la respuesta solicitando que la persona opte por alguna de las alternativas presentadas, existe la posibilidad que quienes respondan se vean en la obligación de seleccionar una alternativa que no se adapta a su preferencia. En este sentido podría existir información importante que es ignorada en la aplicación del cuestionario, generando un sesgo a nivel de resultados, ya que éstos pueden resultar confusos, poco claros o irrelevantes en relación a los objetivos propuestos en la aplicación del cuestionario. Otra desventaja presente en este tipo de cuestionarios consiste en que se induce a la persona “a responder en forma tendenciosa, marcando valores extremos o centrales de las alternativas de respuesta (especialmente cuando se utilizan para medir actitudes)” (Ruiz, C. 2005).

7.2.3. Elaboración del cuestionario.

Finalmente en la elaboración del cuestionario debieron haberse considerado ciertos principios que pudieron afectar en los resultados obtenidos:

- **Las preguntas deben ser claras y comprensibles:** Si bien las preguntas parecen claras y comprensibles en el cuestionario, existe cierta ambigüedad en cuanto a la diferenciación entre norma, actitud y creencia; lo cual pudo resultar complejo para la comprensión de la población objetivo, quienes al momento de responder el cuestionario señalan que no perciben diferencia entre una y otra pregunta.
- **El orden fijo de las alternativas de respuesta puede favorecer determinadas opciones:** En este caso, en la mayoría de las alternativas (exceptuando cinco de ellas), la respuesta “Muy de acuerdo” (última en ser presentada) es una respuesta que implica un riesgo en la alimentación, mientras que una respuesta “Muy en desacuerdo” (primera en ser presentada), es una respuesta que implica una conducta de alimentación saludable. Esto podría favorecer la selección de determinada respuesta (en este caso una respuesta que implica riesgo) ya que quienes contestan no intentarían contradecir la afirmación del evaluador a quién podrían considerar un experto y en cambio optarían por estar de acuerdo con lo que éste les señala (lo que en este cuestionario implica una conducta alimentaria de riesgo).
- **El lenguaje utilizado debe ser apropiado al nivel de quienes responden:** En este sentido, el nivel socioeconómico, educacional, edad, etc. es necesario ser considerado y así asegurar que quién responde, efectivamente tenga absoluta comprensión de lo que está contestando.

Todos estos puntos de haberse considerado de forma más exhaustiva, pudieron disminuir los sesgos en los resultados, sin embargo, es imposible controlar todas las variables que pudieron afectar en la aplicación del cuestionario, ya que muchas de ellas son observables una vez aplicado el mismo, además se requiere conocer en profundidad la muestra, y al ser heterogénea la población, resulta poco factible (Ruiz, C. 2005).

7.3. Muestra.

7.3.1. Número de participantes.

Debido al número reducido de participantes (52 normopeso y 52 sobrepeso), los resultados obtenidos se pudieron ver afectados, ya que si el número de la muestra (n) es muy bajo en comparación con la población total, aumenta el margen de error de muestreo, debido a que tendría mayor injerencia el azar.

7.3.2. Nivel Socio-económico y cultural.

Si bien las preguntas del cuestionario no eran muy complejas de entender durante la aplicación de éste, se pudo observar que a las participantes les era difícil distinguir entre las palabras “Pienso”, “Siento” o “Creo”, utilizadas en los ítems, lo cual les producía una confusión al momento de responder. Esto podría estar ligado al nivel de comprensión semántica de las participantes, es decir, tendrían una confusión a nivel de significados de palabras, lo cual interferiría en la comprensión de los ítems. Esto último estaría directamente ligado al nivel socioeconómico y cultural, ya que según el “Estudio de Comportamiento del Lector”⁴, “el 84% de los chilenos no entienden lo que leen”, lo cual estaría ligado, en parte, a la segregación en la educación. “El quinto quintil -con más recursos- es el que lee más libros, el que tiene una mejor formación lectora en el hogar, el que lee tanto por placer como por trabajo o estudio, y el que tiene mejor comprensión”, esta misma declaración la hizo sólo el 19% de quintil más bajo. Asimismo, los chilenos, señala el informe, en su tiempo libre, prefieren ver televisión (37%), escuchar radio (16%) o practicar deportes (9%), y solo un 6% elige la lectura como opción. Estos resultados indicarían, que a falta de lectura, afectaría directamente, en la mala comprensión de lectura y en la falta léxico de las personas, lo cual, en el caso particular de este cuestionario y la población objetivo, podría haber afectado en como respondían las personas.

⁴ Prueba de Comprensión Lectora aplicada a 1.217 personas a lo largo del país. La iniciativa fue impulsada por el equipo del Plan Nacional de Fomento de la Lectura Lee Chile Lee del Consejo de la Cultura y las Artes y desarrollada por el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile (2011).

7.3.3. Factores ambientales y contextuales.

Durante la aplicación de los cuestionarios se observó que hubo distintos factores que interferían en la administración de éste.

- **Espacio físico:** Debido a que la toma de cuestionarios, la mayoría, fue realizada en consultorios, en la sala de espera y la entrega de la leche, no se contaba con un espacio físico apropiado para la aplicación de éste, por ejemplo con un par de sillas; lo cual afectó a administración por la incomodidad, tanto para las administradoras como las participantes.
- **Tiempo:** Por lo usual las participantes contaban con poco tiempo para responder, más que nada en las salas de espera, ya que estaban esperando ser atendidas por los profesionales del consultorio, lo cual dificultó la toma de cuestionarios.
- **Ruido:** El ruido ambiente; bebés llorando, ruido de vehículos, celulares, llamadas por alto parlantes, personas hablando y riendo, etc., fueron un factor que interfirió en la aplicación del cuestionario, distraendo tanto a la administradora como las participantes.
- **Presencia de los hijos:** La mayoría de las participantes estaban con sus hijos, pequeños, durante la aplicación del cuestionario, lo cual fue un gran factor distractor, ya que estaban pendientes de lo que hacían, algunos se escapaban, algunos comenzaban a llorar, otros a pedir cosas, lo cual interrumpía la aplicación, más aun, si andaban con más de un hijo.

7.3.4. Deseabilidad Social.

Se entiende el término, deseabilidad social, como la “tendencia de las personas a presentarse ante los demás de una forma adecuada desde el punto de vista social, es decir, de la forma más valorada socialmente” (Crowne, 1979) (Briñol y cols., 2001). Durante la aplicación del cuestionario se observó que éste fue un factor que influyó en varias participantes, lo cual interferiría en el cómo ellas contestaron el cuestionario, dando posibles falsos negativos o falsos positivos.

8. CONCLUSION

La obesidad es una de las enfermedades de mayor prevalencia en el mundo, la cual trae consecuencias perjudiciales para la salud de las personas, repercutiendo negativamente en su calidad de vida. Por ello es de suma importancia desplegar estrategias para la prevención de la obesidad, y para la promoción de prácticas de alimentación saludables en la población. Considerando la relación causal que la obesidad infantil tiene con el desarrollo de dicha enfermedad en etapas posteriores de la vida, se hace necesario implementar las estrategias preventivas en aquellas etapas críticas en el desarrollo del niño, que determinan la formación y el establecimiento de sus hábitos alimentarios: el periodo de transición hacia la alimentación complementaria, momento en el cual comienzan éstos a instaurarse.

En Chile se detectan altos índices de sobrepeso y obesidad infantil, siendo uno de los países de mayor prevalencia en obesidad en Latinoamérica; por lo tanto es de suma importancia disminuir la prevalencia de ésta enfermedad en nuestro país, ya sea a través de las políticas públicas emanadas desde el Gobierno de Chile, como también de la investigación científica que se realiza en torno a este tema. Frente a este último punto, se consideró relevante contribuir en el diseño e implementación de instrumentos de Screening que ayuden a detectar conductas de riesgo por parte de los cuidadores primarios de niños entre 0 a 3 años, ya que tienen gran influencia en la prevención de la obesidad infantil, al jugar un papel fundamental en la prevención de los factores de riesgo asociados a esta enfermedad, tales como: lactancia materna exclusiva por un periodo inferior a los seis meses de edad; una dieta desbalanceada en alimentación complementaria, e inadecuadas conductas o hábitos alimentarios que enseña en especial la madre o cuidador primario.

Dentro de la línea investigativa de instrumentos de screening en relación a la obesidad, en la presente investigación se intentó avanzar hacia un proceso de validación de un instrumento a través de una prueba de sensibilidad del cuestionario “Actitudes de Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable mediante el modelo de Acción Planificada” (ACAISAP) de Carreño y cols. El cual tuvo su primera versión con Calderón y cols. en el año 2009, continuando con dicho trabajo de validación, Carreño y Cols., en 2011, bajo el modelo actitudinal de Acción Planificada. Específicamente, esta

investigación continúa con dicha línea de trabajo; poniéndose a prueba la capacidad de discriminación del instrumento en cuestión.

Una vez finalizado el presente estudio, podemos señalar, en virtud de los resultados obtenidos, que el inventario ACAISAP “Actitudes de Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable mediante el modelo de Acción Planificada” de Carreño y cols. (2010), no discriminó entre población normal y clínica, por tanto, no superó la prueba de sensibilidad a la cual fue sometido. Es por esto, que no fue posible avanzar en el proceso de validación externa iniciado en investigaciones anteriores, propuesta inicial del presente estudio.

Pero pesar de lo anteriormente señalado, pueden realizarse conclusiones generales, en virtud tanto del estudio psicométrico realizado, como de los datos existentes en torno al tema abordado en el presente trabajo investigativo, y que pueden servir como aproximaciones o consideraciones para futuras investigaciones.

En primer lugar, se considera que el modelo teórico al cual se adaptó la primera versión del instrumento, correspondiente a Teoría del Comportamiento planificado de Ajzen y Maden (1980, 1991), con la cual se buscó otorgarle mayor solidez conceptual y nivel explicativo al inventario, posee un nivel de complejidad que no permitiría medir exitosamente aquello que pretende estudiarse. Es decir, el objeto de análisis correspondiente a las prácticas de alimentación desplegadas por cuidadores de niños que atraviesan por la etapa de la alimentación complementaria a la lactancia materna, serían conductas que no responderían a un análisis lógico y secuencialmente razonado, como asume el modelo teórico en cuestión, sino más bien éstas serían el resultado del repertorio de prácticas de tal forma habituales para las personas, que carecerían de la complejidad que traen consigo procesos deliberativos complejos. Estos últimos, considerando los componentes que preceden a la conducta, consistentes en pasos secuenciales que le otorgan complejidad a la misma, sí serían sensibles a ser predichos por la teoría que da sustento al cuestionario ACAISAP. Por tanto, los resultados se verían perjudicados al utilizarse un modelo teórico que no estaría logrando dar cuenta de la naturaleza del fenómeno estudiado.

Por otra parte, en relación a los datos estadísticos obtenidos, y a la concordancia que éstos tienen tanto con el modelo teórico utilizado, como con las características generales de las conductas alimentarias, mencionadas en el apartado anterior, puede señalarse

que aquel componente o categoría de análisis más relevante para corregirse, y así otorgar mayor predictibilidad y sensibilidad al inventario, sería el correspondiente a la “norma subjetiva”. Dicho componente del modelo actitudinal, el cual, al hacer referencia al contexto socio-cultural del individuo, lograría aproximarse al conocimiento cotidiano e implícito del sujeto que se traduce finalmente en la conformación de un repertorio de prácticas habituales, y con esto, carente de complejidad en su despliegue. Es decir, al atribuírsele mayor importancia, o bien al depurar dicho componente del modelo, sería posible aproximarse a la naturaleza que distingue a las conductas o prácticas alimentarias, acercándose así a su predictibilidad.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, con el análisis psicométrico de los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario ACAISAP, se obtuvo que tanto la muestra normopeso como sobrepeso, puntúan en rangos de riesgo hacia la alimentación no saludable, es decir, los resultados indican que durante el período crítico del infante, en el cual los cuidadores comienzan a introducir la alimentación complementaria a la lactancia materna, determinando así, en gran medida, el desarrollo y la formación de hábitos alimentarios, se comenzarían a adquirir conductas alimentarias riesgosas hacia la obesidad infantil, con las consecuentes repercusiones negativas que ésta tiene en la salud, y su asociación directa que tiene con la obesidad en la adultez. El hecho de que ambas poblaciones se comporten de manera semejante, podría estar indicando el hecho, ampliamente debatido e investigado, de que la obesidad infantil sería el resultado de la interacción de diversos factores relacionados entre sí, entendidos éstos como conducta alimentaria; el consumo de energía; factores hereditarios; factores hormonales y factores psicosociales y ambientales. Por tanto, más allá de la actitud hacia el llevar a cabo ciertas conductas alimentarias por sobre otras, serían otros los factores que, sumado a esto, se traducirían en el peso específico de la población infantil estudiada.

Se hace necesario, por tanto, seguir investigando en torno al diseño e implementación de instrumentos de detección precoz de población de riesgo, orientados a la etapa del desarrollo a la cual fue orientada la presente investigación, y que logre dar cuenta de la naturaleza multifactorial del fenómeno a estudiar, para así asegurarse mayor correspondencia con el objeto de análisis y, con esto, mayor predictibilidad y sensibilidad en el instrumento.

9. PROYECCIONES

Luego de la investigación realizada, se sugiere, con el fin de continuar avanzando en el proceso de validación externa del instrumento, aumentar el tamaño de la muestra, para así incrementar tanto la precisión de futuras investigaciones, como la confiabilidad de los resultados. Además, se recomienda aumentar la edad de los niños a los que va dirigido el estudio (desde preescolares, hasta los 5 años de edad), para así disminuir la influencia del factor genético en los resultados obtenidos, ya que podría haber sucedido que las personas hayan respondido el cuestionario desde un modelo que en términos de actitud, norma, creencias e intención, apunten hacia una conducta de alimentación poco saludable hacia sus hijos, tanto normal peso como sobrepeso, pero que las repercusiones en el peso de sus hijos estén todavía más influidas por la carga genética existente. Por último, en cuanto a la muestra, debería existir homogeneidad en cuanto a los alimentos que ingieren los niños, en términos de que se encuentren, o bien en la etapa correspondiente a la lactancia materna, o iniciando ya la transición a la alimentación complementaria, sin incluirse ambas dentro de la población objetivo. Esto, por el hecho de que la diversidad de alimentos afectaría en la manera en que las madres y/o cuidadoras responden ciertas preguntas del cuestionario, específicamente aquellas que incluyen la ingesta de alimentos sólidos.

Por otra parte, se sugiere realizar la toma de cuestionarios en un nivel socioeconómico distinto al utilizado en la presente investigación (alto o medio), para así descartar o comprobar el que éste sea un factor que influye, tanto en la comprensión del cuestionario, como en los resultados de los mismos.

Se propone, a su vez, la realización de un estudio longitudinal, en el cual se lleve a cabo un seguimiento para distinguir cuidadores con respuesta de bajo y alto riesgo, y acceder a la proyección del IMC de sus hijos a los 6 años.

Finalmente, se sugiere que las respuestas del cuestionario no sean planteadas de la forma actual (Muy en desacuerdo, Desacuerdo, Ni acuerdo ni desacuerdo, De acuerdo y muy de acuerdo), si no que se les dé la opción a las personas de responder de forma dicotómica, "Sí" y "No", ya que durante la aplicación del cuestionario, la mayoría de los participantes respondió de esa forma, siendo más fácil de recordar y menos engorrosa al momento de contestar.

10. REFERENCIAS

10.1. Referencias a Libros.

- Azjen I. (2005). "Attitudes, personality and behavior". McGraw-Hill, NY, USA.
- Calderón, C. Aplablaza, X. Muñoz, R. Nájera, P. Rivera, C. (2010) "Teorías implícitas acerca practicas de alimentación en madres de niños de 6 a 12 meses de edad". Seminario para optar al título de psicólogo y al grado académico de licenciado en psicología.
- DeVore, J. (2005). "Probabilidad y Estadística: para ingeniería y ciencias". Thomson Learning, USA.
- Ibáñez, T (2004). "Introducción a la psicología social". Editorial UOC.
- 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 (1999). "Psicología social y trabajo social". Editorial McGraw-Hill Interamericana de España.
- Morales, J (2002). "Psicología Social". Editorial Pearson Educación.
- Morales, J., Cuadrado, I., Gaviria, E., Moya, M. (2007). "Psicología social". (3a. edición) Madrid: McGraw-Hill.
- Morales, J., Moya, M., Olza, M., Pérez, J., Rebolledo, E. (1996). "Psicología social y trabajo social". Madrid: McGraw-Hill.
- Moscovici, S (1986). "Psicología Social" (Volumen 2). Madrid: McGraw-Hill.
- Newcomb, T (1967). "Manual de Psicología social". Editorial EUDEBA.
- Reyes, L., (2010). "La conducta de los docentes hacia la integración escolar de niños con necesidades educativas especiales en el aula regular". Publicación Universidad Pedagógica de Durango.

10.2. Referencias a Publicaciones.

- Achor, M. y cols. (2007). "Obesidad Infantil". Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 168 – Abril 2007 paginas 34-38.

- Ajzen, I. (1991). "The Theory of Planned Behavior. Organizational behavior and human decision processes". Páginas 179-210. University of Massachusetts at Amherst.
- Bastías G, Valdivia G. (2007) "Reforma de Salud en Chile; El plan Auge o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su Origen y Evolución". Boletín Escuela de Medicina P.U.C.; Vol. 32 – N°2
- Busdiecker, S. y cols. (2000). "Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica" Revista Chilena Pediatría v.71 n.1 Santiago enero 2000.
- Camacho B. y cols.(2010). "Cómo interviene la implicación familiar en el IMC de 67 niños obesos en un periodo de 3 años de tratamiento" Revista Vox Paediatrica; 17(2):12-14.
- Contreras, L. Carreño, G.Contreras, C. Rivera, G, Varas, G. (2011). "Construcción de un cuestionario de actitudes de los cuidadores hacia la alimentación infantil saludable y no saludable. Adaptación a la teoría del comportamiento planificado". 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.
- Domínguez-Vásquez P. y cols. (2008). "Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil". Archivos latinoamericanos de nutrición, Vol. 58 N° 3.
- Gamboa, E. y cols. (2008). "Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable" Revista Chilena Nutrición Vol. 35, N°1, Marzo 2008 págs.: 43-52.
- Loaiza, S. y cols. (2006). "Factores de riesgo de obesidad en escolares de primer año básico de Punta Arenas". Revista Chilena Pediatría 77 (1); 20-26.
- López, R (1991). "Las relaciones actitud-conducta y otras variables a partir de la teoría de Fishbein y Ajzen y del modelo Lisrel: estudio empírico". Universidad de Barcelona.
- Osorio, J. y cols. (2002). "Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones". Revista Chilena Nutrición Vol. 29, N°3, Diciembre 2002.
- Restrepo, S. y cols. (2005). "La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad". Boletín de Antropología, Vol. 19 No. 36. Universidad de Antioquia.

- Reyes, L., (2007). “La teoría de la acción razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes”.
- Stefani, D (1993). “Teoría de la acción razonada: una aplicación a la problemática de la internación geriátrica”. Revista latinoamericana de psicología. Colombia.
- Torrejón, C. y cols. (2005). “Alimentación del niño menor de 2 años. Recomendaciones de la Rama de Nutrición de la Sociedad Chilena de Pediatría”. Revista Chilena Pediatría 76 (1); 91-97.
- 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.

10.3. Referencias a Páginas Web.

- AMAI (Asociación Mexicana de Agencias de Investigación). “Asegurando la Efectividad y Calidad de las Entrevistas”. Gandar, J. Disponible en:
http://www.amai.org/pdfs/revista-amai/revista_9_art6.pdf
- Definición Deseabilidad Social.
<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-i/tema-4.-las-actitudes/4.6.3.6-la-deseabilidad-social>
- “Estudio de Comportamiento del Lector”, 2011, Centro de Microdatos de la Universidad de Chile.
<http://www.consejodelacultura.cl/portal/index.php?page=articulo&articulo=14477>
- EGO-Chile (2008). Estrategia Global contra la Obesidad. Disponible en:
http://www.ego-chile.cl/paginas/ego_avances.htm
- “Nutrición infantil y destete”. Franco, E. Sin año.
www.med.ufro.cl/nutricionydietetica/clases/.../ALIM.%20DESTETE.doc
- Ministerio de Salud, Chile. (2010).
 - Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Disponible en:
http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS2000_2010.htm
 - Objetivos sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación Final del Período. Disponible en:
http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS2000_2010.htm

- Ministerio de Salud, Chile. (2011).
 - Misión, visión y objetivos. Disponible en: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_mision_vision/presentacion_mision_vision.htmlhttp://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_funciones_objetivos/presentacion_funciones_objetivos.html
 - Plan Nacional de Salud para la década 2011-2020. Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_temas/g_plan_nacional_desalud/plan_nacional_desalud.html
- Nutrición para el Desarrollo. El Modelo Chileno. 2010. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Disponible en: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_alimentos/prot_ciclo_vital.html
- Ruiz Bolívar, C. “Construcción de cuestionarios”. Disponible en: <http://www.carlosruizbolivar.com>

11. ANEXOS

Anexo 1.

Inventario ACAISAP

Consultorio en el cual recibe atención:

Edad del niño:

Peso:

Talla:

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	Des-acuerdo	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.					

	Muy en desacuerdo	Des-acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
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.					

	Muy en desacuerdo	Des-acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
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.					
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					

	Muy en desacuerdo	Des-acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
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.					

	Muy en desacuerdo	Des-acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Me angustio si es que tengo que cambiar los horarios de comida del niño.					
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.					

	Muy en desacuerdo	Des-acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
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 2.



Valparaíso, 2011.

Señora

XXX

Corporación Municipal de XXX

Presente.

De mi consideración:

Junto con saludarle cordialmente, en mi calidad de docente de la Universidad de Valparaíso y como profesora guía en la realización del Seminario de título para la carrera de Psicología, solicito a Usted que considere autorizar a 5 estudiantes que cursan quinto año de Psicología:

- María Pía André Justiniano.
- Jeiny Benni Sánchez.
- Elena Elizabeth Krul Mansilla.
- Catherine Marjorie Labra Pérez.
- María Isabel Quintanilla Alvarado.

Para la aplicación de un cuestionario, dirigido a los cuidadores de niños entre 6 y 24 meses de edad que se atienden en consultorios de atención primaria, ubicados en la comuna de XXX, durante el segundo semestre del presente año, con el propósito de continuar con el proceso de validación de dicho instrumento.

El cuestionario tiene por nombre "ACAISAP (Actitudes de Cuidadores hacia la Alimentación Infantil Saludable mediante el modelo de Acción Planificada), y tiene como propósito la detección oportuna del riesgo de prácticas de alimentación no saludables, por

parte de los cuidadores, en etapas iniciales de la alimentación complementaria de los niños, entre los 6 y 24 meses de edad.

Con el fin de perfeccionar este instrumento, que ya cuenta con apoyo psicométrico producto de anteriores pasos de validación, nos corresponde comparar la sensibilidad de éste para distinguir población en riesgo y no riesgo, para lo cual se requiere acceder a cuidadores de niños con sobrepeso/obesidad y niños normopeso.

Consideramos relevante en términos investigativos continuar este proceso y contribuir de mejor manera al desarrollo de prácticas preventivas orientadas a la obesidad infantil.

Sin otro particular, agradecemos de antemano su favorable acogida a esta iniciativa, con la convicción que sería una instancia de aprendizaje mutuo.

Saluda atentamente a usted,

María Liliana Contreras Alarcón
Psicóloga
Académico Escuela Psicología
Universidad de Valparaíso.

Anexo 3.

Tabla 6. Resultados obtenidos por ítem en ambas muestras (incluye promedio, desviaciones estándar y comparaciones entre ambas muestras).

Ítem	Normopeso		Sobrepeso		Mayor Promedio	Diferencia
	Promedio	DS	Promedio	DS		
1	2,77	1,32	2,83	1,25	Sobrepeso	0,06
2	2,58	1,26	2,79	1,35	Sobrepeso	0,21
3	2,77	1,32	2,63	1,16	Normopeso	0,13
4	3,38	1,27	3,54	1,32	Sobrepeso	0,15
5	3,23	1,23	3,31	1,32	Sobrepeso	0,08
6	3,04	1,15	3,21	1,27	Sobrepeso	0,17
7	3,71	1,05	3,67	1,02	Normopeso	0,04
8	3,81	1,05	3,23	1,23	Normopeso	0,58
9	3,77	0,96	3,73	1,05	Normopeso	0,04
10	3,87	1,10	3,56	1,24	Normopeso	0,31
11	3,96	0,99	3,73	1,03	Normopeso	0,23
12	3,44	1,19	2,94	1,13	Normopeso	0,50
13	3,88	0,94	3,71	1,09	Normopeso	0,17
14	3,71	1,00	3,56	1,07	Normopeso	0,15
15	3,29	1,13	2,94	1,14	Normopeso	0,35
16	4,12	0,81	4,17	0,90	Sobrepeso	0,06
17	4,12	0,81	3,90	1,07	Normopeso	0,21
18	3,71	1,07	3,29	1,26	Normopeso	0,42
19	4,06	0,92	3,83	0,96	Normopeso	0,23
20	4,15	0,85	4,12	0,86	Normopeso	0,04
21	3,92	0,86	3,96	1,03	Sobrepeso	0,04
22	4,21	0,70	4,00	1,01	Normopeso	0,21
23	4,37	0,77	4,44	0,78	Sobrepeso	0,08
24	4,44	0,61	4,33	0,81	Normopeso	0,12
25	4,44	0,78	4,52	0,64	Sobrepeso	0,08
26	4,23	0,92	4,54	0,78	Sobrepeso	0,31
27	4,08	0,95	4,06	0,98	Normopeso	0,02
28	3,92	0,90	3,79	1,04	Normopeso	0,13
29	3,92	0,84	3,88	1,00	Normopeso	0,04
30	4,02	0,87	3,90	1,09	Normopeso	0,12
31	4,44	0,67	4,52	0,73	Sobrepeso	0,08
32	3,71	1,16	3,62	1,22	Normopeso	0,10
33	3,96	1,08	4,13	0,86	Sobrepeso	0,17
34	3,52	1,18	3,42	1,16	Normopeso	0,10
35	3,77	1,11	3,63	1,30	Normopeso	0,13

36	3,52	1,16	3,44	1,29	Normopeso	0,08
37	3,29	1,30	3,19	1,21	Normopeso	0,10
38	3,44	1,26	3,67	1,31	Sobrepeso	0,23
39	3,77	1,02	3,63	1,09	Normopeso	0,13
40	4,17	0,88	4,19	0,95	Sobrepeso	0,02
41	4,25	0,71	4,10	0,91	Normopeso	0,15
42	3,94	0,85	3,65	1,06	Normopeso	0,29
43	4,12	0,73	4,13	0,84	Sobrepeso	0,02
44	4,08	0,81	3,83	1,04	Normopeso	0,25
45	3,92	0,81	3,62	1,07	Normopeso	0,31