



HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 IMSS
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD UAA

TESIS

**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR
LA ACTITUD ANTE LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA OBESIDAD EN
POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF-1 IMSS,
AGUASCALIENTES**

PRESENTADA POR

Priscilla Méndez Luna

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

TUTORES

Dra. Erika Lorena Vega Silva

Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes

AGUASCALIENTES, AGS., A ENERO 2020



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2020
CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUASCALIENTES
DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. PRISCILLA MÉNDEZ LUNA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:


“CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LA ACTITUD ANTE LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA OBESIDAD EN POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF-1 IMSS, AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2019-101-007** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Priscilla Méndez Luna asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE


DRA. ERIKA LORENA VEGA SILVA
COORDINADOR DE TESIS


DRA. SARAHÍ ESTRELLA MALDONADO PAREDES
INVESTIGADOR ASOCIADO



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2020

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. PRISCILLA MÉNDEZ LUNA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LA ACTITUD ANTE LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA OBESIDAD EN POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF-1 IMSS, AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2019-101-007** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Priscilla Méndez Luna asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Carlos A. Prado A.

Dr. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

PRISCILLA MÉNDEZ LUNA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LA ACTITUD ANTE LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA OBESIDAD EN POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF-1 IMSS, AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE

“SE LUMEN PROFERRE”

Aguascalientes, Ags., a 13 de Febrero de 2020.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por sus bendiciones es que he llegado a ser quien soy y he podido servir de esta manera, agradezco a mis padres por su ejemplo de vida, por acompañarme y guiarme en cada etapa, por apoyarme en cada decisión que he tomado, por confiar en mí.

Agradezco a mis asesores de tesis; Dra. Erika y Dra. Estrella, por su apoyo y guía en este proceso de mi formación médica.



DEDICATORIA

A mis padres; María de los Ángeles y René, porque con amor, guía y confianza forjaron la persona que soy hoy, a ustedes les debo mis logros y la motivación constante para alcanzar mis anhelos.

A mis hermanos; Abigail y Ervin porque a pesar de la distancia pienso tanto en ustedes que siento su compañía todos los días de mi vida.



ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN 1

1. MARCO TEORICO..... 3

 1.1 Antecedentes científicos 3

 1.2 Teorías y modelos de las actitudes..... 7

 1.2.1 Teoría del aprendizaje 7

 1.2.2 Teoría de la consistencia y el equilibrio 7

 1.2.3 Teoría de la disonancia cognitiva 7

 1.2.4 Teoría de la acción razonada 7

 1.2.5 Modelos duales de las actitudes..... 8

 1.2.6 Modelo MODE 8

 1.2.7 Modelo metacognitivo de las actitudes (MCM) 9

 1.3 Tipos de actitudes 9

 1.4 Componentes de las actitudes 10

 1.5 Funciones de las actitudes..... 10

 1.6 Medida y evaluación de las actitudes..... 11

 1.7 Relación de las variables en estudio..... 12

2. MARCO METODOLÓGICO 14

 2.1 Teoría psicométrica para la validación de un instrumento 14

 2.2 Teoría clásica de los test y Teoría de la respuesta al ítem 14

 2.3 Construcción y validación de un instrumento..... 14

 2.4 Validez y confiabilidad..... 14

 2.4.1 Fases..... 14

3. MARCO CONCEPTUAL 17

3.1	Actitud.....	17
3.2	Componentes de las actitudes.....	17
3.3	Niveles de prevención.....	18
3.3.1	Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención	18
3.3.2	Prevención primaria.....	19
3.3.2.1	Promoción de la salud.....	19
3.3.2.2	Protección específica	19
3.4	Obesidad.....	20
3.5	Población de 10 A 19 años	22
4.	JUSTIFICACIÓN	23
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
5.1	Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio	25
5.2	Panorama del estado de salud	26
5.3	Descripción de la Naturaleza del problema.....	26
5.4	Descripción de la gravedad del problema	27
5.5	Factores más importantes que pueden influir en el problema.....	27
5.6	Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible no es suficiente para solucionar el problema.....	28
5.7	Información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizará para solucionar el problema.....	30
5.8	Pregunta de investigación.....	31
6.	OBJETIVOS	32
6.1	Objetivo general.....	32
6.2	Objetivos específicos	32

7	MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
7.1	Diseño del estudio	33
7.2	Universo de trabajo.....	33
7.3	Población de estudio.....	33
7.4	Unidad de análisis y observación.....	33
7.5	Criterios de selección.....	33
7.5.1	Criterios de inclusión	33
7.5.2	Criterios de no inclusión	33
7.5.3	Criterios de eliminación	34
7.6	Muestreo	34
7.6.1	Tipo de muestreo.....	34
7.6.2	Tamaño de la muestra.....	34
7.6.3	Ámbito geográfico.....	34
7.6.4	Límites de tiempo	34
8	DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	35
8.1	Actitud.....	35
8.2	Dimensiones de la actitud ante la protección específica de la obesidad..	35
9	LOGÍSTICA	36
9.1	Validez de contenido.....	36
9.2	Validez aparente	38
9.3	Validez del constructo	39
9.4	Validez de criterio	39
9.5	Confiabilidad	40
9.6	Descripción de la construcción del instrumento	40

9.7	Estandarización y técnica de recolección de datos.....	42
10	PLAN DE ANÁLISIS Y RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
10.1	Diagnóstico de los datos.....	43
10.2	Validez de contenido.....	44
10.3	Validez aparente.....	46
10.4	Validez de constructo.....	46
10.5	Validez de criterio.....	46
10.6	Coeficiente de consistencia interna.....	47
10.7	Caracterización de los pacientes.....	47
11	ASPECTOS ÉTICOS.....	48
12	RECURSOS Y FINANCIAMIENTO.....	49
12.1	Humanos.....	49
12.2	Físicos.....	49
12.3	Tecnológicos.....	49
12.4	Materiales.....	50
13	FACTIBILIDAD Y TRASCENDENCIA.....	50
14	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	51
15	RESULTADOS.....	52
16	CONCLUSIONES.....	77
17	DISCUSIÓN.....	78
18	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Antecedentes de construcción y validación de instrumentos de prevención de obesidad (8–11) 4

Tabla 2. Definición de actitud..... 17

Tabla 3. Costos a cuenta del investigador..... 50

Tabla 4. Índice de Lawshe del grupo de la técnica Delphi..... 45

Tabla 5. Distribución, asimetría y curtosis de los datos del instrumento de actitud hacia la protección específica contra la obesidad..... 52

Tabla 6. Análisis factorial inicial con rotación varimax de los ítems del instrumento de actitud hacia la protección específica de obesidad..... 54

Tabla 7. Análisis factorial final con rotación varimax de los ítems del instrumento de actitud hacia la protección específica de obesidad..... 56

Tabla 8. Validez de criterio por dimensión..... 57

Tabla 9. Validez de criterio de la dimensión de Nutrición en el dominio cognitivo..... 57

Tabla 10. Validez de criterio de la dimensión de actividad física en el dominio cognitivo..... 57

Tabla 11. Validez de criterio de la dimensión nutricional del dominio afectivo..... 58

Tabla 12. Validez de criterio de la dimensión de actividad física del dominio afectivo..... 58

Tabla 13. Validez de criterio de la dimensión de nutrición del dominio conductual..... 58

Tabla 14. Validez de criterio de la dimensión de Actividad física del dominio conductual..... 59

Tabla 15. Validez de criterio de la dimensión de sedentarismo del dominio conductual..... 59

Tabla 16. Consistencia interna del instrumento de actitud hacia la protección específica de obesidad..... 60

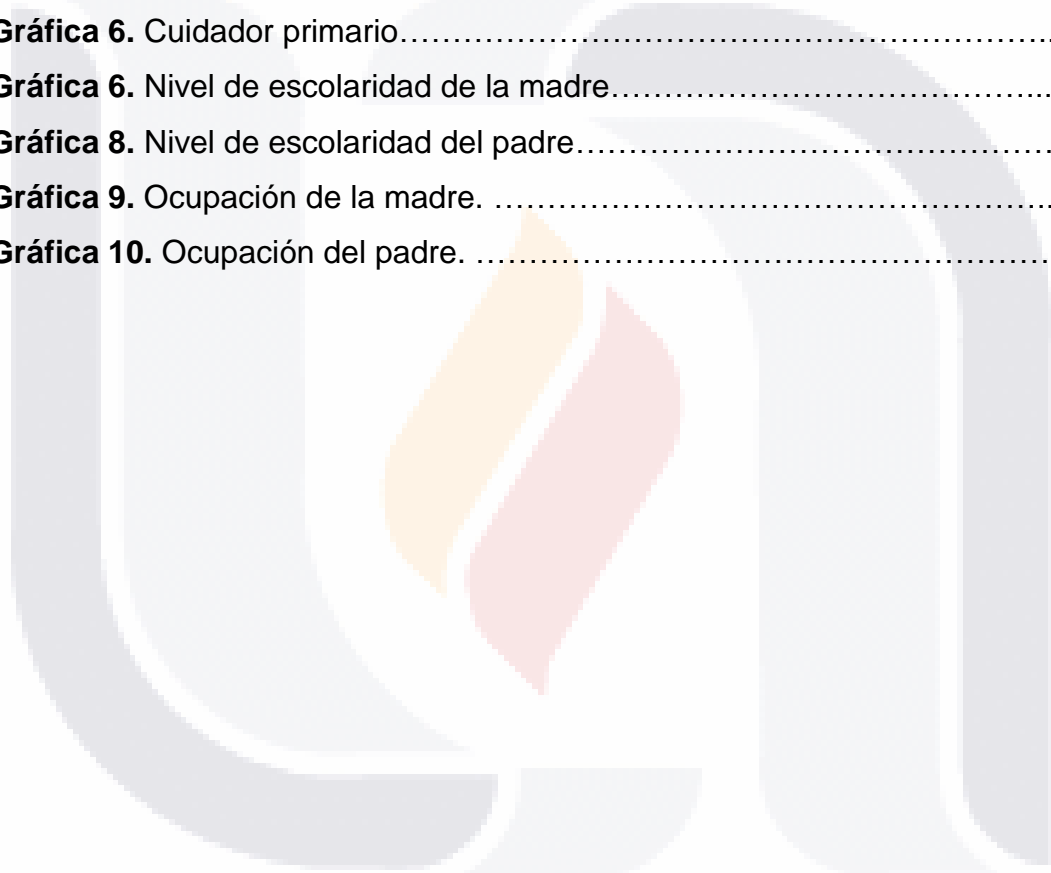
Tabla 17. Distribución de la población por sexo..... 61

Tabla 18. Distribución de la población por grupo de edad.....	61
Tabla 19. Distribución del nivel de escolaridad.....	62
Tabla 20. Distribución de la población por tipo de cuidador.....	63
Tabla 21. Descripción de la escolaridad de la madre.....	64
Tabla 22. Descripción de la escolaridad del padre.....	64
Tabla 23. Descripción de la ocupación de la madre.....	65
Tabla 24. Descripción de la ocupación del padre.....	66
Tabla 25. Dominio cognitivo.....	67
Tabla 26. (CN2) Crees que la obesidad es buena para la salud.....	67
Tabla 27. (CN3) Los niños deben realizar alguna actividad física o ejercicio.....	67
Tabla 28. (CN4) No es suficiente si uno come todo tipo de alimentos, hay necesidad de tabletas de vitaminas o de suplementos alimenticios.....	68
Tabla 29. (CA1) Sólo los niños con sobrepeso o con obesidad deben evitar de comer bocadillos y refrescos.	68
Tabla 30. (CA2) Sólo los niños con sobrepeso o con obesidad deben hacer actividad física y deportes.....	68
Tabla 31. (CA3) Los niños deben estar poco tiempo viendo televisión, computadora o Tablet.....	68
Tabla 32. Dominio afectivo.....	69
Tabla 33. (AN1) Si estas triste o aburrido comes más alimentos y prefieres ver televisión, estar en la computadora o Tablet que salir a jugar o hacer deporte.....	70
Tabla 34. (AN2) No eres capaz de parar de comer si te sientes satisfecho.....	70
Tabla 35. (AN3) Te sientes con mejor ánimo después de correr andar en bicicleta o hacer un deporte.....	70
Tabla 36. (AA1) Te sientes feliz si comes dulces, chocolates, comidas fritas (con grasa).	70
Tabla 37. (AA2) Consideras que no te hace falta comer mejor ni hacer más ejercicio para sentirte saludable.....	71

Tabla 38. (AA3) Prefieres comer alimentos por su sabor a comerlos porque sean saludables.....	71
Tabla 39. Dominio conductual.....	72
Tabla 40. (CDN1) No pones atención a la información nutricional y a la buena alimentación que se anuncia en televisión, radio, revistas, periódicos o libros.....	72
Tabla 41. (CDN2) Has usado la información en las etiquetas de los alimentos para elegir.....	73
Tabla 42. (CDN3) Has platicado con tu médico familiar sobre la obesidad.....	73
Tabla 43. (CDN5) Realizas juegos de mesa, ves televisión, tocas un instrumento musical, lees.....	73
Tabla 44. (CDA1) Comes frutas y verduras.....	73
Tabla 45. (CDA2) Tomas bebidas azucaradas (refrescos, jugos procesados).....	74
Tabla 46. (CDA4) Comes alimentos saludables aunque no te gusten.....	74
Tabla 47. (CDS1) Comes comida frita o comida rápida (hot dogs, hamburguesas, papas).....	74
Tabla 48. (CDS2) Comes pan, tortillas, pastas.....	74
Tabla 49. (CDS3) Ves televisión, usas la computadora, lap-top, Tablet y otras pantallas.....	75
Tabla 50. (CDS4) Realizas deportes por más de 30 minutos (por ejemplo futbol, natación).....	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Esquema Cochrane.....	3
Gráfica 2. Cronograma de actividades.....	51
Gráfica 3. Distribución de la población por sexo.....	61
Gráfica 4. Distribución de la población por grupo de edad.....	61
Gráfica 5. Distribución del nivel de escolaridad.....	62
Gráfica 6. Cuidador primario.....	63
Gráfica 6. Nivel de escolaridad de la madre.....	63
Gráfica 8. Nivel de escolaridad del padre.....	64
Gráfica 9. Ocupación de la madre.	65
Gráfica 10. Ocupación del padre.	65



ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CVR	Razón de validez de contenido
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENT	Enfermedades no transmisibles
UMF No 1	Unidad de Medicina Familiar número 1
IMC	Índice de masa corporal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
JAMA	Journal of American Medical Association
KMO	Medida Kaiser-Meyer-Olkin
MCM	Modelo Metacognitivo de las actitudes
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN: No existe un instrumento que mida la actitud ante la protección específica de la obesidad en población mexicana, siendo de gran importancia ya que la obesidad es un problema de salud pública que afecta a México y el mundo, influye al desarrollo y manifestación de enfermedades crónicas de alto impacto en la calidad de vida y en recursos/financiamiento para la salud. **OBJETIVO:** Construir y validar un instrumento para identificar la actitud ante la protección específica de la obesidad en población local de 10 a 19 años. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, observacional, de metodología psicométrica. Se utilizó estadística descriptiva, distribución de valores relativos y absolutos, medidas de tendencia central y dispersión, la distribución de acuerdo a la simetría y curtosis, se validó el instrumento mediante validez de contenido con un panel de expertos, validez aparente mediante grupos focales en población de 10-19 años, validez de constructo; análisis factorial exploratorio y confirmatorio, la confiabilidad mediante la consistencia interna. **RESULTADOS:** El instrumento cuenta con validez de contenido (técnica Delphi de un comité de expertos), validez aparente (grupos focales de adolescentes de 10 a 19 años). Validez de constructo: análisis factorial exploratorio con rotación Varimax a los 38 ítems iniciales que explicaron una varianza total de 48.9%, el instrumento final de 23 ítems explicó el 57.5%. El modelo final se comprobó mediante $KMO=0.676$, obtuvo significancia con la prueba de esfericidad de Bartlett. La validez de criterio obtuvo puntuaciones adecuadas, Alfa de Cronbach: 0.65 **CONCLUSIONES:** Se validó el instrumento a partir de técnicas psicométricas, se puede asumir que este instrumento caracteriza de manera adecuada a la población en riesgo, sin embargo existen limitaciones en la validez de contenido que afectaron la agrupación de los ítems en el análisis factorial. **PALABRAS CLAVE:** Construcción, validación, cuestionario, actitud, obesidad, construction, questionnaire, validation, attitude, obesity

ABSTRACT

Justification: There is no instrument that measures the attitude towards the specific protection of obesity in the Mexican population, being of great importance since obesity is a public health problem that affects Mexico and the world, influences the development and manifestation of chronic diseases with high impact on the quality of life and resources / financing for health. OBJECTIVE: Build and validate an instrument to identify the attitude towards the specific protection of obesity in the local population aged 10 to 19 years. MATERIALAND METHODS: Quantitative, transversal, descriptive, observational, psychometric methodology study. Descriptive statistics are specified, distribution of related and absolute values, measures of central tendency and dispersion, distribution according to symmetry and kurtosis, the instrument is validated through the validity of content with a panel of experts, the apparent validity through focus groups in population of 10-19 years, construct validity; exploratory and confirmatory factor analysis, reliability through internal consistency. RESULTS: The instrument has content validity (Delphi technique of an expert committee), apparent validity (focus groups of adolescents aged 10 to 19 years). Construction validity: exploratory factor analysis with Varimax rotation at the 38 initial items that explain a total variance of 48.9%, the final instrument of 23 items changed 57.5%. The final model was checked by KMO = 0.676, obtained significance with the Bartlett sphericity test. The validity of the criterion obtained is adequate, Cronbach's Alpha: 0.65 CONCLUSIONS: The instrument is valid based on psychometric techniques, it can be assumed that this characteristic instrument is adequate for the population at risk, however there are limitations on the validity of content which affects the grouping of the items in the factor analysis. KEY WORDS: Construcción, validación, cuestionario, actitud, obesidad, construction, questionnaire, validation, attitude, obesity

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema de salud pública que afecta a México y el mundo, es una enfermedad crónica que, citado por la OMS, consiste en la acumulación anormal o excesiva de grasa, acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen al desarrollo y manifestación de otras enfermedades crónicas. (1)

Para el año 2015 nuestro país se ubicaba en el segundo lugar en la Organización para la Cooperación y Desarrollo económico (OCDE) en prevalencia de obesidad con 32.4%. De acuerdo a la Encuesta Nacional De salud y Nutrición de medio camino 2016 (ENSANUT), la prevalencia de obesidad en México en población de 12 a 19 años del 13.9%. El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) señala que entre el 2012 y 2016 el problema en México creció 10 puntos porcentuales en mujeres adolescentes rurales.(2,3)

La prevención es el pilar fundamental en el abordaje de la obesidad ya que los factores de riesgo modificables (estilos de vida nocivos, malos hábitos higiénico-dietéticos, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, etc.) son los que se encuentran más ligados a la presentación y complicación de esta patología y a la manifestación de enfermedades derivadas de ella como la hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica, consideradas de alto impacto en la calidad de vida del paciente, de sus familias y en el financiamiento para salud, ya que los recursos que se necesitan para combatirla son necesarios y de alto costo, sólo estas tres patologías, en conjunto, representan 94% del gasto total estimado para estos padecimientos, es decir, 71, 534 millones de pesos. (1,4,5)

Existen múltiples estrategias y programas para la prevención de la obesidad que han sido implementadas por organismos nacionales e internacionales como la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, la Guía de Referencia Rápida para

la prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención, el Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 propuesto por la Organización Panamericana de la Salud en asociación con la Organización Mundial de la Salud, la estrategia Pasos por la Salud, implementada en Unidades de Medicina Familiar, escuelas y empresas en México, efectuada por el Instituto Mexicano del Seguro Social desde el 2012 (6),(7), por mencionar algunas estrategias, sin embargo, la obesidad está en aumento y se estima que para el 2030 en México la prevalencia sea de 39% lo que lleva a cuestionar cuál es la actitud de dicha población frente a las acciones de protección específica de la obesidad. En primera instancia existe escasa bibliografía sobre este tema en el mundo, y los estudios que hay muestran controversia en los resultados, en cuanto a la validación y construcción de instrumentos para medir la actitud ante la obesidad hay pocos estudios, es necesario generar más instrumentos acorde a las características de la población, por lo que al no existir un instrumento para identificar la actitud frente a la protección específica de la obesidad en jóvenes de 10 a 19 años en población mexicana, este estudio tuvo el propósito de construir y validar un instrumento para dicho fin, en jóvenes del estado de Aguascalientes, basado en el Modelo de la acción razonada de las actitudes, que incluyó los dominios cognitivo, afectivo y conductual y las dimensiones de nutrición, actividad física y sedentarismo.

1. MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes científicos

Se realizó una búsqueda en BVS con los descriptores siguientes: construcción validación, cuestionario, actitud y obesidad, se seleccionaron por pertinentes los sinónimos: encuesta, diseño de encuesta y opinión. De la combinación de los descriptores por título y abstract se obtuvo un total de 1 066 artículos, todos fueron revisados y 13 fueron de interés al tema, de éstos 4 fueron pertinentes para el presente estudio. (8–11)

En PUBMED se localizaron los siguientes descriptores: construction, questionnaire, validation, attitude, obesity, posteriormente por pertinentes se seleccionaron los sinónimos: Surveys, surveys methods, validation studies, opinión. Tras combinar los descriptores por título y abstract se obtuvieron 503 artículos de acuerdo a las combinaciones más completas, todos fueron revisados y sólo 9 fueron de interés, ninguno fue pertinente para el estudio actual.

Gráfico 1. Esquema Cochrane

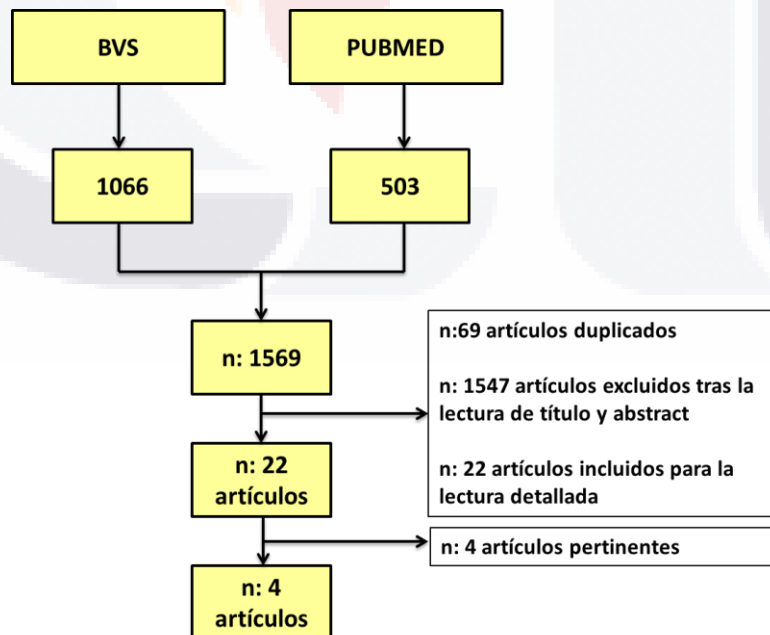


Tabla 1. Antecedentes de construcción y validación de instrumentos de prevención de obesidad (8–11)

ESTUDIO (AÑO)	LUGAR DE LA ATENCIÓN	MUESTRA	DISEÑO DEL ESTUDIO	INSTRUMENTO USADO	DOMINIOS	PROPIEDADES DE LAS MEDICIONES	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	VALORES
Lima Serrano 2012	Escuelas secundarias, Sevilla España	188 alumnos	Diseño y validación	No especificado. Se trata de una encuesta con respuestas tipo Likert. Escala inicial con 40 ítems, 25 para la actitud hacia la alimentación y 15 para actitud hacia la actividad física	Actitud hacia la alimentación y la actividad física durante la adolescencia		Validación de contenido, con método Delphi con 18 expertos, un pretest, una prueba piloto con 188 alumnos de secundaria. Se analizó comprensibilidad, validez de contenido, adecuación, fiabilidad, alfa de cronbach validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio	Actitud hacia la alimentación $\alpha=0.72$, actitud hacia la actividad física $\alpha=0.86$ En el análisis factorial se mostraron datos a favor de su unidimensionalidad, a) todos los ítems obtuvieron coeficientes $r>0,30$, el primer factor sin rotar, b) este explicaba una proporción importante de varianza (51%) con respecto a los demás (10.46), c) la varianza total explicada por los factores principales era mayor al 50%.
Rossana Gómez 2014	Escuelas en los municipios de Talca, Chile	1252 adolescentes de ambos sexos entre 12 y 17 años	Construcción y validación de un instrumento	No especificado. Se trata de una encuesta construida a partir de la operacionalización de la actitud a la	Actitud hacia la obesidad en adolescentes	Validar una escala de actitud hacia la obesidad para adolescentes, verificar su	Kolmogorov-Smirnov, media, desviación estándar, frecuencias, porcentajes, distribución	α de Cronbach de 0,75 Varianza para cada factor: 23,5%, 41,0% y 24,1%,

				obesidad, Sus respuestas son tipo Likert		capacidad de reproductibilidad. Se realizó validez del constructo, análisis factorial confirmatorio, alfa de cronbach y prueba piloto.	percentilar,	totalizando un 88,6% de explicación. Fiabilidad osciló entre 0,73 a 0,75 para cada factor. Los baremos mostraron los siguientes puntos de corte: P<10 es actitud baja, p>10 a p90 es actitud moderada, p90 a p97 actitud alta y > o = a 97 alta: actitud muy alta hacia la obesidad
Lydia Lera 2014	Escuela nivel básica de 3ro,4to y 5to año, chile	Se aplicó un instrumento inicial a 45 niños. El instrumento modificado se aplicó a 90 niños. Ambos fueron aplicados a niños de 8 a 11 años.	Validación de un instrumento	No especificado. Se trata de una escala inicial 42 ítems, escala final 28 ítems	Identificar cambios en conocimiento, consumo, habilidades culinarias, hábitos y gastos	Construcción y validación de un instrumento	Validación de contenido por expertos, estabilidad temporal test – retest con un intervalo de 15 días, concordancia mediante las grabaciones de los cuestionarios que fueron transcritos y comparados y consistencia interna fue mediante el alfa de Cronbach	La validación final coeficiente de Alfa= 0.76 Se eliminación 10 preguntas de conocimiento por falta de fiabilidad. La concordancia fue muy buena y excelente en la mayoría de las preguntas.
Rossana Gómez	Universidad autónoma	918 jóvenes universitario	Psicometría	Consiste en una escala de 14 ítems	Actitud hacia la obesidad en	Verificar la capacidad de	LMS Chart Maker Light, versión	Los valores entre los ítems oscilan

2015	de Chile, Maule, Chile	s de 18 a 27 años de edad		con respuestas tipo Likert, 3 indicadores (preferencia/rechazo, preocupación/desinterés y voluntad/apatía. Instrumento validado previamente por Gómez et al para adolescentes.	jóvenes universitarios	reproductibilidad de una escala	2.54. Excel, SPSS 18.0 Test de Kolmogorov-Smirnov, estadística descriptiva de promedio, desviación estándar, rango, frecuencias, porcentajes y distribución de percentiles test "T" para muestras independientes ($p < 0.001$) alfa de Cronbach.	entre 0,61 y 0,76. En general, el instrumento mostró ser confiable ($\alpha = 0,72$).
------	------------------------	---------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------	---	---

1.2 Teorías y modelos de las actitudes

1.2.1 Teoría del aprendizaje

Hace referencia a que todo individuo aprenderá nueva información si hay un estímulo presente (incentivo o sanción). La teoría conductista supone al ser como un ente pasivo en el que las situaciones influyen su percepción. (12)

1.2.2 Teoría de la consistencia y el equilibrio

Cuando existe un pensamiento y una acción sin coherencia el individuo se siente incómodo, esto ocasionaría el intento de cambiar sus pensamientos, acciones o percepciones con el objeto de que éstas sean acordes, que de no ser viable, la persona cambiará su forma de ver la realidad (Cofer, 1983). (12)

1.2.3 Teoría de la disonancia cognitiva

Esta teoría, al igual que de teoría de la consistencia y el equilibrio, sustenta que ante la presencia de dos ideas incongruentes se produce un estado incómodo, sin embargo a diferencia de la teoría anterior, esta dice que al término se toma una decisión por alguna de las dos ideas y ocasiona que se responda de manera positiva o negativa ante las situaciones habituales y cotidianas. (12)

1.2.4 Teoría de la acción razonada

Esta teoría se basa en el modelo de la expectativa-valor y se justifica en que las actitudes están decretadas por las creencias que cada individuo tiene hacia el objeto, situación o persona sobre el que se toma la actitud, con esta teoría se intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar las conductas saludables. Otra variable de este modelo son los factores que dificultan la conducta del individuo pues a su vez estos disminuyen la relación entre actitud y conducta. (13)

Se considera que la mayoría de los comportamientos de las personas está bajo control voluntario, con base a ello se tiene que la mejor manera de predecir una conducta es por medio de la intención que se tenga y, a su vez esta intención está

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dada en función de la naturaleza personal del individuo (actitud) y del reflejo de la influencia social (norma subjetiva). (12,14)

En la teoría de la acción razonada la intención de realizar o no realizar una conducta es un balance entre lo que se cree que se debe hacer y la percepción que se tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer, por lo que la mejor manera de predecir una conducta es por medio de la intención que se tenga de realizar o no dicho comportamiento. Dado lo anterior, una conducta saludable es el resultado directo de la intención comportamental, es decir, de la intención del sujeto para llevar a cabo determinado comportamiento. (12,14)

Esta teoría es la que se utilizará para el presente estudio.

1.2.5 Modelos duales de las actitudes

En estos se sugieren que el individuo tiene dos representaciones mentales distintas e independientes, acumuladas en diferentes partes del cerebro, respecto al objeto de actitud, es decir que concernirían en actitudes explícitas (situaciones donde hay más posibilidades de deliberar y pensar) y actitudes implícitas (resultado de procesos asociativos-automáticos que llevan a conductas espontáneas).(15,16)

1.2.6 Modelo MODE

Propuesto por Fazio (1990), en él se expone que las conductas se producen espontáneamente guiadas por procesos psicológicos automáticos, es decir, contrariamente a los modelos teóricos, este modelo manifiesta que, aunque en el individuo existan creencias sobre el objeto de actitud ello no quiere decir que se usen para conformar la actitud. (17)

En el 2004 Briñol y Petty señalaron que hay gran número de variables que influyen en el objeto de actitud, tanto propias de cada persona como de la situación. “Por ejemplo, si dos personas tienen exactamente las mismas creencias en relación con un producto o servicio comercial, pero una de ellas se entera que la propuesta

proviene de una fuente con baja credibilidad, o recibe una mala noticia y se pone de mal humor, o es colocado en una postura asociada con duda, o tiene dificultad para generar mentalmente, o recordar, dichas creencias, entonces las creencias de esa persona jugarán un papel menos destacado a la hora de la formación de actitudes”.(18,19)

1.2.7 Modelo metacognitivo de las actitudes (MCM)

Propuesto por Petty y Briñol en el 2006, sus puntos básicamente son los siguientes:(18)

- Las actitudes pueden ser similares tanto en medidas implícitas como explícitas o pueden cambiar más en una de ellas.
- Puede predecir la posibilidad de producir ambivalencia implícita, permite asociaciones separadas para lo positivo y lo negativo y pueden formarse a través de distintos mecanismos.
- Las medidas implícitas contemporáneas evaluarían las asociaciones evaluativas sin tener en cuenta etiquetas de validez, mientras que las medidas explícitas reflejarían tanto las asociaciones, positiva y negativa, junto con sus correspondientes etiquetas. Este último planteamiento implica la posibilidad de que, en algunas circunstancias, exista un cierto proceso de construcción situacional de la actitud al tener que considerarse tanto las asociaciones como sus etiquetas.
- El objeto de actitud está representado en la memoria del sujeto junto con sus asociaciones de validez, (bueno-malo, si-no).
- Sólo se puede hablar de actitud cuando las personas reconocen explícitamente estas asociaciones como propias.

1.3 Tipos de actitudes

Los principales tipos de actitudes son los siguientes:(12)

- Favorables o desfavorables. Expresan sentimientos y reacciones polarizadas positivas o negativas ante la presencia de un acontecimiento, objeto o persona.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Congruencia o incongruencia. Hace referencia a que es posible la independencia de una actitud (positiva o negativa) y del valor que se le da a una situación, acontecimiento, persona o acción. Sin embargo las actitudes incongruentes son menos frecuentes ya que las personas tienden a tener más pensamientos consonantes.
 - Independientes o dependientes. Unas actitudes se explican por un elemento interno del individuo y otras son imparciales a él.

1.4 Componentes de las actitudes

Rodríguez (1993) tiene en cuenta que las actitudes presentan tres elementos: (12)

- 1.- Los cognitivos que incluyen pensamientos y creencias, es decir, toda actitud se deriva de un estado mental (percepciones o ideas) que se tiene sobre un objeto o situación por lo que la actitud tiene una parte que es influenciada por la información o entendimiento que previamente se tiene.
- 2.- Los afectivos que hacen referencia a sentimientos y emociones que se tiene en favor o en contra de algo.
- 3.- Los elementos conductuales; engloban los comportamientos dirigidos y acciones predispuestas por emociones.

1.5 Funciones de las actitudes

Las actitudes ordenan el conocimiento que obtenemos en el día a día sobre el medio ambiente, es decir, son útiles para organizar y relacionar en positivo y negativo toda la información que se presente y para predecir lo que puede esperar de acontecimientos nuevos por lo que ayudan a adaptarse al entorno. Las funciones de las actitudes se enlistan a continuación:(18,20)

- 1.- Función instrumental o utilitaria: Fundamentada en las teorías del aprendizaje, las actitudes ayudan a que el individuo logre su meta o propósito codiciado y le concede retribuciones o recompensas, a su vez le ayudaría a evitar lo que no

desea que lo derivaría en una sanción, por lo que las actitudes colaborarían para crear sensaciones de libertad y competencia. (21)

2.- Función de identidad y expresión de valores: La exteriorización de valores, principios y actitudes personales contribuyen a que el individuo se dé a conocer públicamente, conozca a los demás y se identifique con ciertos grupos.(18,21)

1.6 Medida y evaluación de las actitudes

Se realiza mediante dos grupos de procedimientos, los directos radican en interrogar de manera precisa y directa por la opinión y el valor que el individuo tiene sobre el objeto de actitud. Los procedimientos indirectos: al igual que los anteriores tienen el fin de conocer la opinión que se tiene sobre el objeto de actitud, sin embargo no se cuestiona directamente por él. (22)

Instrumentos directos

- *El Diferencial Semántico*: la evaluación se hace mediante adjetivos opuestos entre sí (Por ejemplo: fácil vs. Complicado, importante vs insignificante), las puntuaciones van del +3 +2 +1 0 -1 -2 -3, al final se suman las puntuaciones para obtener la actitud resultante.(22)
- *La Escala de intervalos* aparentemente iguales. Se recopila el mayor número posible de afirmaciones que reflejan actitudes a favor y en contra sobre un objeto o situación, posteriormente un grupo de expertos evalúa las afirmaciones como si fueran de intervalo, y de éstas se calcula una media y una desviación estándar, al final se seleccionan los reactivos que se incluirán en la escala final y se pide a los individuos que contesten reflejando con la mayor exactitud posible sus propias actitudes.(12)
- *La Escala de Likert*. Se presenta una lista de afirmaciones vinculadas a la actitud que se desea evaluar, las opciones de respuesta son: totalmente de acuerdo (+2); de acuerdo (+ 1); neutro (0); en desacuerdo (– 1) y totalmente en desacuerdo (–2), donde el individuo marca su grado de acuerdo o de

oposición, finalmente se suman las respuestas y la puntuación final revela la actitud de la persona.(23)

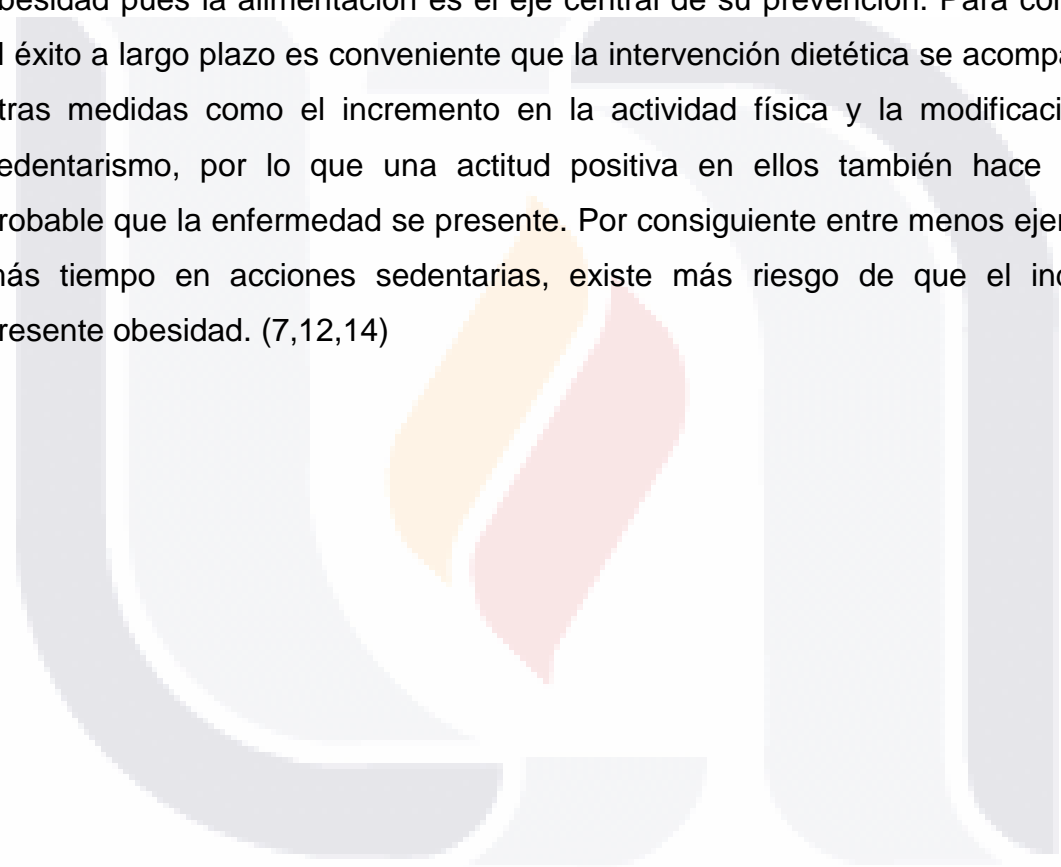
Procedimientos indirectos

- *Los registros fisiológicos:* electromiografía, electroencefalograma, registro de la activación de estructuras cerebrales. (18)
- *Las pruebas proyectivas,* como el Test de Apercepción Temática (Proshansky, 1943) en donde se utilizan 31 imágenes confusas que usará el individuo para crear una historia, el uso de este instrumento sostiene que una idea inconsciente se ve proyectada en las láminas elegidas y devela personalidad, poder, intimidad, habilidades de resolución de problemas y necesidad de logro del sujeto. (18)
- *El Test de Asociación Implícita (IAT,* Greenwald, McGhee, y Schwartz, 1998) basado en que la información de la que no somos directamente conscientes (por ejemplo memoria, percepción, estereotipos) así como las asociaciones que existen influyen en el comportamiento y actitudes del individuo. (18)
- *La Tarea de Evaluación Automática (Fazio, Jackson, Dunton, y Williams, 1995) (18)*
- *Los métodos de observación conductual (Dovidio y cols., 1997). (18)*

1.7 Relación de las variables en estudio

En el tema de protección específica de la obesidad, un individuo, en este caso, un joven de 10 a 19 años, tiene creencias, concepciones y valores propios hacia la nutrición y hacia la actividad física que influyen en sus prácticas, generalmente estas percepciones se correlacionan con su comportamiento, de ahí la importancia de identificar las actitudes favorables ante la salud y las variables que se relacionan con una actitud positiva hacia la prevención y promoción de salud como hábitos higiénico-dietéticos adecuados, realizar actividad física regular, y disminuir el tiempo de sedentarismo.(12,14,24)

En la adolescencia pueden aparecer hábitos saludables o no y tienden a persistir a lo largo de vida, por ejemplo, la alimentación es una predisposición que tiene que ver con educación, costumbres y personalidad de cada individuo por lo que es importante tener cierta actitud frente a determinados alimentos para controlar lo que ingerimos y mantener una adecuada nutrición, salud y peso, por lo tanto, en la medida en que un individuo tenga una actitud positiva hacia una dieta equilibrada, variada y suficiente es menos probable que en determinado momento padezca obesidad pues la alimentación es el eje central de su prevención. Para conseguir el éxito a largo plazo es conveniente que la intervención dietética se acompañe de otras medidas como el incremento en la actividad física y la modificación del sedentarismo, por lo que una actitud positiva en ellos también hace menos probable que la enfermedad se presente. Por consiguiente entre menos ejercicio y más tiempo en acciones sedentarias, existe más riesgo de que el individuo presente obesidad. (7,12,14)



2. MARCO METODOLÓGICO

2.1 Teoría psicométrica para la validación de un instrumento

2.2 Teoría clásica de los test y Teoría de la respuesta al ítem

2.3 Construcción y validación de un instrumento

Los instrumentos de investigación son herramientas operativas que permiten la recolección de datos, en palabras de Herrera, A. “Un instrumento de medida es una técnica o conjunto de técnicas que permitirán una asignación numérica que cuantifique las manifestaciones de un constructo que es medible sólo de manera indirecta”. Por lo que un instrumento debe resultar de una estructuración entre paradigma, epistemología, perspectiva teórica, metodología y técnicas para la recolección y análisis de datos. (25–27)

2.4 Validez y confiabilidad

La validez hace referencia a que un instrumento es válido si mide lo que dice medir, es decir, para qué y en función de qué. Validez es una característica de grado pues es posible enunciar que el instrumento presenta ciertos grados de validez para ciertos usos y poblaciones. Además el concepto también hace referencia a que “el grado de propiedad de las inferencias e interpretaciones producto de los resultados de un test incluye consecuencias sociales y éticas”.(28–31)

La confiabilidad como propiedad de una medición hace referencia a que un objeto de estudio medido repetidamente con el mismo instrumento siempre dará los mismos resultados, es importante señalar que esto no implica exactitud y que es un hecho empírico.(28)

2.4.1 Fases

El proceso para el diseño, redacción y validación de un instrumento incluye las siguientes cuatro fases: (32,33)

Primera fase: objetivos, teoría y constructo

Inicialmente, mediante la búsqueda en la literatura de antecedentes, se conocerá si existe un instrumento o teoría que mida lo que se busca medir, en base a ello se identificará si el concepto está bien definido, parcialmente definido o no está definido. El concepto podrá explorarse en dos niveles:

- 1.- A nivel de población (cuando se entrevista a las personas que posteriormente serán objetos de evaluación)
- 2.- A nivel de expertos: cuando se entrevista a conocedores del tema que se busca medir, sin ser investigadores.

De esta exploración se obtendrán palabras claves del tema y se enlistarán hasta tener un número de palabras 5 veces mayor al número de ítems que se desean. Posteriormente se formaran los ítems mediante la fusión de conceptos y temas del listado y se presentará ya sea en forma interrogativa o afirmativa.

El instrumento a construir podrá ser un cuestionario (si lo que se pretende evaluar son conocimientos) o una escala (si se busca evaluar actitudes, conductas u opiniones).

Segunda fase: validación, juicio de expertos

En esta fase la validación puede ser por expertos o por jueces, en la primera se trata de personas con mucha experiencia en un campo en particular y no necesariamente tiene que tratarse de un investigador científico. En cuanto a la validación por jueces se trata frecuentemente de investigadores, es decir, son individuos con criterio científico que conocen sobre validación tanto cuantitativa como cualitativa, cuyo fin es que evalúen el instrumento en cuanto a la suficiencia, pertinencia y claridad con la que se redactó, con ello se reducirá el número de ítems.

Tercera fase: primera aplicación

En esta fase, al tener los ítems que han sido aceptados por los jueces, se procede a redactarlos aleatoriamente y en dos sentidos: el 50% de ellos deben ser favorables y el resto desfavorables, la puntuación de sus respuestas debe estar en sentido inverso al del concepto. Posteriormente se ha de aplicar por primera vez, la muestra puede ser seleccionada a través de una muestra probabilística simple al azar. Es importante resaltar que las características de la población a la que se le aplicará el instrumento han de ser similares a la muestra que se investigará. Después se realizará el procesamiento de datos y análisis estadístico descriptivo.

Cuarta fase: validación psicométrica

El índice de correlación “r” de Pearson varía entre 0 y 1, mientras más alto sea este valor, mayor correlación habrá entre el ítem; un valor mayor a 0,8 indica buena participación del ítem en el resultado total.

El Alfa de Cronbach es utilizado para las escalas y el Kuder–Richardson para los cuestionarios, ambos índices varían entre 0 y 1, en el caso del alfa de Cronbach el valor mínimo aceptable es de 0.70 y el valor máximo 0.90. Los valores más altos de estos índices indican buena consistencia interna o validez hacia adentro, porque existen concordancia entre el resultado final con el resultado en cada uno de sus ítems.

Posteriormente es posible identificar los ítems que están midiendo exactamente el mismo elemento de un constructo; por lo que estos deben eliminarse y de esta forma se reducirá el número de ítems.

Reducir dimensiones: se agrupan los ítems según la dimensión que representen, mediante el análisis factorial exploratorio o el análisis factorial confirmatorio. El primero sugiere la agrupación de ítems en los que se debe dar un título que lo identifique para formar dimensiones. El segundo, el análisis factorial confirmatorio, se utiliza cuando ya están definidos de forma cualitativa los ítems que van a

formar las dimensiones. El índice Kappa de Cohen se utiliza si el valor final de las variables a medir son categorías. El índice de correlación “r” de Pearson se utiliza si el valor final de la variable a medir son números.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Actitud

Si bien la palabra *actitud* ha tenido diferentes definiciones a lo largo de la historia, para el presente protocolo utilizaremos la de Yaria (2005) quien la define como la aprobación o desaprobación que se da sobre un objeto o una situación (influyen en ella los pensamientos y las acciones).(12)

3.2 Componentes de las actitudes

- **Cognitivo:** Hace referencia a un conjunto de información (percepciones, creencias, estereotipos o ideas) que las personas tienen acerca de un objeto, personas o situación.
- **Afectivo:** Este elemento está integrado por sentimientos y emociones que un individuo tiene en favor o en contra de un objeto, situación o persona.
- **Conductual:** Es el actuar o reaccionar que una persona tiene hacia cierto objeto, situación o persona.

Tabla 2. Definición de actitud

DEFINICIÓN DE ACTITUD (12,14,34)		
AUTOR	AÑO	DEFINICIÓN
William Thomas y Florian Znaniecki	1919	Proceso de conciencia individual que determina la actividad real o posible del individuo en el mundo social.
George Herbert Mead	1972	Preparación para la acción. Es el inicio del acto, donde las etapas posteriores del acto están presentes en las primeras etapas, no simplemente en el sentido de que están preparadas para ponerse en funcionamiento, sino en el de que sirven para controlar el proceso mismo.
Thurstone	1931	Efecto a favor o en contra de un objeto psicológico

Floyd Henry Allport	1935	un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones
Triandis	1974	Una idea cargada de emotividad que predispone una clase de acciones a una clase particular de situaciones sociales
Lalljee, Brown y Ginsburg	1984	Un elemento de la acción o como acción misma
Para Mc Guire	1986	El concepto se construye en tres etapas: en los años 30s como una práctica educativa, al término de la segunda guerra mundial: como parte de los estudios de propaganda, y a mediados de los 60's la actitud es incluida dentro de las teorías cognitivas
Eiser	1986	Experiencias subjetivas de algún tema u objeto en términos de una dimensión evaluativa
Zanna y Rempel	1988	La categorización de un estímulo a lo largo de una dimensión evaluativa
Ajzen	1988	Son constructos hipotéticos que se manifiestan en respuestas que son de naturaleza evaluativa y dirigidas a un objeto dado
Yaria	2005	La aprobación o desaprobación que se da sobre un objeto o una situación
REAL ACADEMIA ESPAÑOLA	2014	procede del latín <i>actitudo</i> y, tiene las siguientes definiciones: una manifiesta que es el estado del ánimo que se expresa de cierta forma, la otra hace alusión a la postura, ya que cuando se transmite algo de manera eficaz es porque la postura se halla asociada a la disposición anímica

3.3 Niveles de prevención

3.3.1 Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención

La enfermedad es producto de la interacción de diversos factores causales que se han congregado y ordenado mediante el modelo del triángulo epidemiológico, en cuyos vértices coexiste un equilibrio activo entre agente (de naturaleza física, química o biológica), huésped (contribuyen sus hábitos, costumbres, características sociodemográficas, genética, mecanismos de defensa) y el medio ambiente (físico, biológico, cultural y socioeconómico). En el periodo prepatogénico de este modelo es cuando la inestabilidad o el desequilibrio de cualquiera de los tres factores es un impulso para producir la enfermedad, sin embargo, en etapas iniciales sólo hay alteraciones bioquímicas sugerentes de daño de la salud del huésped que no es posible detectar. (35)

La Medicina Preventiva puede actuar en tres niveles que Leavell y Clark (1965) sintetizaron en el esquema de la Historia Natural de la Enfermedad:(35)

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- a) Prevención primaria: interviene en el período prepatogénico donde el fin es eludir la enfermedad mediante la modificación o nula exposición de los factores de riesgo y la ejecución de acciones encaminadas a mejorar la salud.
 - b) Prevención secundaria: consiste en que se realice diagnóstico y tratamiento en las etapas iniciales de la enfermedad para disminuir las consecuencias de los procesos antes de que aparezcan síntomas.
 - c) Prevención terciaria: se realiza cuando ya está establecida la enfermedad y consiste en realizar medidas para evitar que empeore, reducir el deterioro, rehabilitar y/o tratar las complicaciones.

3.3.2 Prevención primaria

Interviene en el período prepatogénico donde el fin es eludir la enfermedad mediante la modificación o nula exposición de los factores de riesgo y la ejecución de acciones encaminadas a mejorar la salud.(35)

La prevención primaria se divide en dos grandes grupos, haciendo referencia a la obesidad se tiene lo siguiente:

3.3.2.1 Promoción de la salud

Corresponde a medición de datos antropométricos (peso, índice de masa corporal y perímetro abdominal), la evaluación de condiciones relacionadas con obesidad tanto clínicas como de laboratorio (presión arterial, frecuencia cardiaca, determinación de glucosa en ayunas, colesterol total, lipoproteínas de baja densidad, de alta densidad, triglicéridos, relación colesterol total/ de alta densidad), identificación de desórdenes psicosociales (alteración del sueño, trastornos de alimentación, depresión), antecedentes heredofamiliares con obesidad. (35)

3.3.2.2 Protección específica

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de las personas frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad. (36)

Es en este rubro es donde están involucradas las actividades de:(37)

- a) **Nutrición:** hace referencia a la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, el paciente habrá de disminuir el aporte de calorías de 500-1000 kcal/día, de acuerdo a la edad, género, actividad física, complexión, etc.
- b) **Actividad física:** cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Lo ideal es realizarla por un tiempo de 25-30 minutos con intensidad moderada, cada 3-5 veces a la semana, eventualmente se realizará durante 60 minutos todos los días. Los ejercicios a realizar deben estar planeados y ordenados en tiempo e intensidad. Es necesario hacer una evaluación médica antes de iniciar el programa). En este rubro entran también las tareas cotidianas que se realicen con actividad (por ejemplo; pasear, caminar, correr o usar bicicleta cuando se va a la oficina, trabajo, escuela mercado, etc.: subir escaleras, moverse al ver la televisión o la computadora).
- c) **Sedentarismo;** el paciente tiene que reducir el tiempo de inactividad física mermando las conductas frente al televisor, telefonía celular, videojuegos, internet o computadora a un máximo 2 horas/día, también habrá de disminuir el uso de automóvil, transporte público o elevadores.

3.4 Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica que consiste en la acumulación anormal o excesiva de grasa que es acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, está asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y

ortopédica. (1,4,5) Dentro de la etiología de la obesidad se encuentran causas: dietéticas, genéticas, neuroendocrinas, conductuales y sociales, iatrogénicas y de sedentarismo. (4)

La Organización Mundial de la Salud menciona como causa fundamental del sobrepeso y la obesidad un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas ya que a nivel mundial existe un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico ricos en grasa; descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización. (1)

De acuerdo a la Guía de Referencia Rápida para la prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención (2012) los factores de riesgo de la obesidad son: (5,38)

- a) Conductuales: sedentarismo, hábitos alimentarios inadecuados, aumento en el consumo de alimentos industrializados, bajo consumo de verduras, vegetales y fibra.
- b) Biológicos: antecedente de obesidad en familiares de primer grado, ablactación temprana, hijo de madre con diabetes gestacional o madre diabética, hijo de madre obesa, retraso de crecimiento intrauterino.

El aumento del índice de masa corporal (IMC) y la obesidad son un factor de riesgo para presentar enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares (cardiopatías y accidentes cerebrovasculares) que fueron la principal causa de muerte en 2012; también para desarrollar diabetes; trastornos del aparato locomotor (osteoartritis) y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).(1)

El diagnóstico de obesidad se realiza cuando el IMC está por encima del percentil 95 o es mayor a dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. (1,5)

3.5 Población de 10 A 19 años

La edad escolar, equivalente a la educación primaria, ha tenido varias denominaciones a lo largo de la historia, por ejemplo, para Erick Erickson, en su clasificación de las 8 etapas de la vida, llama a esta etapa “industria vs inferioridad- competencia” que incluye la edad de 5 a 11-13 años, da relevancia a la reorientación de la energía psíquica del niño, que se re direcciona de los intereses personales a los problemas sociales, donde sus relaciones sociales significativas son con el vecindario y la escuela, es decir, desarrolla el sentido de la industria; el aprendizaje sistémico que la sociedad donde vive le impondría, la iniciación tecnológica y científica.(39)

Partiendo del mismo punto de la denominación de Erick Erickson, el estadio de los 12 a los 20 años se le conoce como “identidad versus confusión de roles- fidelidad y fe”. En este estadio tiene que haber una función de formación de la identidad personal tanto psicosexual, ideológica, psicosocial, profesional, y cultural/religiosa. Donde la relación social es sumamente significativa ya que el adolescente buscará la integración de grupos iguales con el fin de tener sintonía e identificación (afectiva, cognitiva y comportamental).(39)

Para Henri Wallon, según su clasificación de características específicas establecidas a partir de relaciones del sujeto con el medio en un determinado momento del desarrollo, a partir de los 6 años la función dominante en los niños es el de la conquista y el conocimiento exterior, desde los 6 a los 9 años el pensamiento mezcla lo objetivo con lo subjetivo y a partir de los 9 años el pensamiento es categorial, es decir agrupa por propiedades y otras características. En el estadio de la pubertad y la adolescencia, desde los 12 años, Wallon describe que existe una contradicción entre lo conocido y lo que se desea

conocer, por lo tanto se presentan conflictos y desequilibrios y la orientación tiende a ser hacia el interior, es decir hacia la afirmación del yo.(40)

En cuanto al Sistema Educativo Mexicano, la población de los 6 a los 12 años de edad en México pertenece a la edad escolar, donde la edad cronológica es delimitada por el comienzo de aprendizajes sistemáticos en instituciones educativas donde hay una orientación centrífuga. La educación secundaria es obligatoria y se proporciona en tres años a la población de 12 a 16 años de edad, que haya concluido la educación primaria, primer grado de secundaria corresponde a la edad de 12 a 13 años, el segundo grado a la población de 14-15 años y tercer grado de secundaria para jóvenes de 15 a 16 años. (41)

4. JUSTIFICACIÓN

La obesidad es considerada un problema de salud pública que afecta a una parte de México y el mundo, para el año 2015 nuestro país se ubicaba en el segundo lugar en la OCDE en prevalencia de obesidad con un 32.4 %. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 (ENSANUT), realizada por la Secretaria de Salud, la prevalencia de obesidad en México en la población de cinco a once años fue del 15.3%, en la población de 12 a 19 años del 13.9%.(2,3)

El Instituto Nacional de Salud Pública señala que entre el 2012 y 2016 el problema del sobrepeso y de obesidad en México creció 10 puntos porcentuales en mujeres adolescentes rurales, lo cual es muy grave, puesto que significa tener a casi el 40% de mujeres rurales con sobrepeso y obesidad en solo cuatro años. (3)

Se han empleado varias estrategias preventivas de la obesidad tanto a nivel nacional como internacional que parten del manejo del personal de salud, por ejemplo: la Organización Mundial de la Salud indica recomendaciones preventivas tanto en planos individuales y sociales con políticas demográficas, por su parte La

Organización Panamericana de la Salud en asociación con la Organización mundial de la salud propuso el Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 cuyas metas son reducir la mortalidad y la morbilidad prevenibles, mediante la reducción de exposición a factores de riesgo, aumento de la exposición a factores protectores y reducción de la carga socioeconómica de estas enfermedades. En nuestro país, existen evidencias y recomendaciones presentes en la Guía de práctica clínica de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención, donde se hace énfasis en los factores de riesgo modificables y la evaluación del riesgo cardiovascular en niños y adolescentes. (1,3,5)

Sin embargo, aun con las estrategias y programas para la prevención, primaria sobre todo, de la obesidad en adolescentes, esta enfermedad está en aumento y se estima que para el 2030 en México haya una prevalencia de obesidad del 39% (2) por lo que se pretende abordar la actitud de los pacientes en la prevención de esta patología. En primera instancia existe escasa bibliografía sobre este tema en el mundo, y los estudios que hay muestran controversia en los resultados, por ejemplo, en el estudio realizado por Eun-Suil Choi et al, (42) se muestra que tanto el comportamiento dietético como la actitud nutricional se relacionaron positivamente con los niveles de educación de los padres y los ingresos mensuales del hogar, por su parte Marina A Njelekela et al., (43) concluyeron que las actitudes fueron apropiadas hacia la obesidad y que la población encuestada de 6 a 17 años tiene buen conocimiento sobre esta patología, en contraste a esto, en el estudio realizado por Wei Lin PhD., (44) en niños taiwaneses se encontró una brecha entre el conocimiento nutricional, la actitud y el comportamiento alimentario, por lo que se concluyó que la actitud hacia la alimentación saludable no era fuerte en esta edad.

En cuanto a la validación y construcción de instrumentos para medir la actitud, hay pocos estudios al respecto, entre ellos llama la atención el de Rossana Gómez en 2014(8) , realizado en población latina (Chile), con el fin de validar una escala de

actitud hacia la obesidad en 1252 adolescentes de 12 a 17 años, al encontrarse adecuados resultados al año siguiente realizó un estudio con la misma escala para verificar su capacidad de reproductibilidad, esta vez en jóvenes universitarios de 18 a 27 años de edad en Chile, se evidenció valores aceptables de confiabilidad.(9)

Se concluye que no existe instrumento para identificar la actitud frente a la protección específica de la obesidad en población mexicana de 10 a 19 años y los resultados que hay en otros países son controversiales, por lo que este estudio tiene el propósito de construir y validar un instrumento para dicho fin basado en el Modelo de la acción razonada de las actitudes y que incluya los tres dominios (cognitivo, afectivo y conductual) y las dimensiones (nutrición, actividad física y sedentarismo) con las características sociodemográficas de la población del estado de Aguascalientes.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1 Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio

Para el año 2015 en el estado de Aguascalientes se censaron 1 312 544 habitantes, de los cuales 672 453 eran mujeres y 640 091 hombres, correspondiendo al municipio de Aguascalientes 877 190 habitantes. La población de 10 a 19 años era de 16 316 habitantes, de los cuales, 10 965 habitantes se ubicaron en el rango de 10 a 14 años y 5 351 correspondía al rango de los 15 a 19 años(45).

Las principales causas de mortalidad en el estado son enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, como se comentó previamente, las dos rimeras pueden presentarse simultáneamente o como complicaciones de la obesidad. La distribución de población corresponde a 81% urbana y 19% a zonas

rurales. La escolaridad en el estado de Aguascalientes es de 9.7 (casi primer año de educación media superior).(45)

5.2 Panorama del estado de salud

La importancia de estudiar las actitudes del paciente en el tema de obesidad es porque ha existido una transición epidemiológica hacia las enfermedades no transmisibles, crónicas degenerativas y no infectocontagiosas desde mediados del siglo XX, esto se debe a múltiples causas y factores, por ejemplo, a nivel mundial la vacunación ha llevado al aumento de la esperanza de vida del ser humano que relacionado con los estilos de vida poco saludables y el sedentarismo ha ocasionado que se presenten y prevelezcan otras patologías como las cardiovasculares, los cánceres y la diabetes.

5.3 Descripción de la Naturaleza del problema

La actitud ha sido definida y estudiada a lo largo de la historia (Tabla 2. Definición de actitud), por mencionar algunos datos, a principios del siglo XX, Floyd Henry Allport la define como un estado de disposición mental y nerviosa organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones, para el año 2005 Yaria la define como la aprobación o desaprobación que se da sobre un objeto o una situación, es decir influye en los pensamientos y las acciones.(12)

Para medir las actitudes se han empleado múltiples instrumentos(14,23) (registros fisiológicos, las pruebas proyectivas, el diferencial semántico, la escala de intervalos aparentemente iguales y la escala de Likert), para la evaluación de las actitudes de los pacientes en el tema de prevención primaria de la obesidad existen algunos estudios con resultados controversiales y sin especificar la validez del instrumento utilizado (42–44,46,47), para medir lo que se plantea en el presente estudio no existe instrumento validado en población mexicana.

5.4 Descripción de la gravedad del problema

Siendo la actitud un pilar en el actuar humano es primordial estudiarla, sin embargo, los estudios que existen para identificar la actitud de la población adolescente hacia la protección específica de la obesidad son pocos y con resultados controversiales,(42–44) por lo que al ser un tema primordial para la prevención de dicha patología y dado que no ha sido claramente identificado es importante estudiarlo pues la obesidad es un problema de salud en decremento, por mencionar algunos datos, de acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que está compuesta por 35 países en el mundo, 1 de cada 6 niños padecen sobrepeso u obesidad, en el 2015 México ocuparía, con un 32.4%, el segundo lugar en prevalencia de obesidad sólo después de Estados Unidos con un 38.2% y se proyectó que para el 2030 la obesidad en México aumente a 39%.(2) Por grupo etario, en México, la prevalencia de obesidad en escolares es de 15.3% (0.9 pp mayor que en 2012), la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes es de 36.3% (1.4 pp superior a lo reportado en el 2012). (2)

5.5 Factores más importantes que pueden influir en el problema

Factores individuales de cada paciente: núcleo familiar y escolar, factores psicológicos y factores involucrados con el personal de salud. (48,49)

Se ha notado en estudios como los de Baughcum AE et al., 2001 y Navarro-Contreras G, 2010 que los padres no siempre perciben todos los riesgos de salud que conlleva la obesidad de sus hijos y que la mayoría solo percibe las burlas a las que puede ser sometido por el peso. (6,50)

En cuanto a los factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México destacan los estudios de Fausto que atribuye el incremento de la obesidad secundario a la globalización y al querer convertirse en un país en vías de desarrollo cambian los hábitos dietéticos a un alto consumo de alimentos industrializados. Rozin expone que la información acerca de un

grupo cultural, preferencias y gustos son el mejor predictor de hábitos alimentarios de un individuo, además las costumbres de los padres, ya sea en cuanto a alimentación o actividad física, son primordiales en el crecimiento, desarrollo y hábitos de los hijos para toda la vida, por ejemplo Birch, Zimmerman y Hind proponen que, la formación de las preferencias y consumo alimentario se relacionan con incentivos y castigos, por lo que el ambiente social es importante.(50)

5.6 Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible no es suficiente para solucionar el problema

1.- La "Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, tiene como objetivos los siguientes: A) Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas insalubres y a la inactividad física a través de medidas de salud pública, B) Incrementar el conocimiento y la reflexión sobre la influencia de la dieta y actividad física en la salud, C) Establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad física D) Seguir de cerca los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta y la actividad física.(6)

2.- La Guía de Referencia Rápida para la prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención (2012) recomienda las siguientes acciones en prevención de obesidad: 1.- Evaluar factores de riesgo modificables como la actividad física y gasto de energía, 2.- Evaluar el riesgo cardiovascular y reducirlo, fomentar disminución del sobrepeso en niños y adolescentes, 3.- Promover la lactancia materna como el método de alimentación infantil de elección, 4.- Evaluar los estilos de alimentación de la familia, 5.- Registrar y considerar cualquier cambio en el IMC en niños y adolescentes que le ubique en un canal percentilar superior al previo; particularmente en asociación con otros riesgos de obesidad.(5)

3.- En la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, se considera el valor que tiene reducir la dieta insana y la inactividad física y, se asume el compromiso de promover la aplicación de la "Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud" introduciendo políticas y medidas encaminadas a promover dietas sanas y a aumentar la actividad física de toda la población.(6)

4.- La Organización Panamericana de la Salud en asociación con la Organización mundial de la salud propuso el Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 cuyas metas deben alcanzarse no después del 2025. La meta general es reducir la mortalidad y la morbilidad prevenibles, mediante la reducción de exposición a factores de riesgo, aumento de la exposición a factores protectores y reducción de la carga socioeconómica de estas enfermedades por medio de enfoques multisectoriales que promuevan el bienestar y reduzcan la inequidad en los Estados miembros, se planeó esto para ejecutarlo mediante cuatro puntos estratégicos de acción: 1.- Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las Enfermedades no transmisibles (ENT), 2.- Fortalecimiento y promoción de medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno y la sociedad. 3.- Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo, mejorando la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las ENT principales. 4.- Vigilancia e investigación de las ENT, fortaleciendo la capacidad de los países para la vigilancia y la investigación sobre estas, sus factores de riesgo y sus determinantes, así como utilizar los resultados de la investigación como sustento para la elaboración y ejecución de políticas basadas en la evidencia, programas académicos y el desarrollo y la ejecución de programas.(7)

5.- La Organización Mundial de la Salud (2018) indica recomendaciones preventivas en los siguientes planos:

a.- Plano individual: Limitar la ingesta energética procedente de grasa total y de azúcares. Aumentar el consumo de frutas y verduras, de legumbres, cereales integrales y frutos secos. Realizar actividad física periódica, 60 minutos diarios para los jóvenes.(1)

b.- Plano social: ejecución sostenida de políticas demográficas que tengan bases científicas para que la actividad física periódica y las opciones alimentarias más saludables estén disponibles y accesibles a toda la población. Por ejemplo: el impuesto sobre las bebidas azucaradas, disminución del contenido de azúcar y grasas en alimentos procesados, confirmar la disponibilidad de alimentos saludables y práctica de actividades físicas periódicas en sitios de trabajo.(1)

Las mencionadas anteriormente son ejemplos de múltiples estrategias por parte de los servicios de salud para la prevención y control de la obesidad, lo cierto es que la incidencia y prevalencia de la obesidad y de otras enfermedades no transmisibles relacionadas con ella van a la alza junto con repercusión social y económica por lo que la búsqueda de otras causas o métodos para mejorar este problema de salud es indispensable por lo que se recurre a identificar la actitud preventiva que tienen los pacientes hacia la obesidad.

5.7 Información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizará para solucionar el problema

Este estudio inicia con la construcción de un instrumento que mida la actitud en sus tres dominios (cognitivo, afectivo y conductual) (12) es dirigido a la población de 10 a 19 años y es enfocado al área de protección específica de la obesidad (dimensiones nutricional, actividad física y sedentarismo), posteriormente se pretende obtener su validación, ya que no existe un instrumento validado con dichas características en población mexicana. Secundariamente se identificarán las características sociodemográficas de la muestra estudiada (sexo, edad, grado escolar del encuestado, escolaridad y ocupación de los padres).

Se considera que el presente estudio aporte la construcción y validación de un instrumento que mida la actitud ante la protección específica de la obesidad en población de 10 a 19 años, secundariamente que el instrumento pueda ayudar a identificar qué tipo de actitudes podrían prevalecer en jóvenes de dicho rango de edad en todo el país, dado que las actitudes presentan elementos de cada individuo y pueden ser favorables, congruentes o independientes o dependientes con sus contrarios respectivos influyen en otras personas de manera positiva o negativa, por lo anterior es importante considerar las determinantes sociodemográficas que pudieran influir en la conducta o actitud del joven.

5.8 Pregunta de investigación

¿Cuál es la validez y la confiabilidad de un instrumento para identificar la actitud ante la protección específica de la obesidad en población de 10 a 19 años adscritos a la UMF-1 IMSS Aguascalientes?

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Construir y validar un instrumento que mida la actitud ante la protección específica de la obesidad en población de 10 a 19 años adscritos a la UMF-1, IMSS Aguascalientes.

6.2 Objetivos específicos

- Determinar la validez de contenido, del instrumento que mida a la actitud ante la protección específica de la obesidad en población de 10 a 19 años adscritos a la UMF No. 1-IMSS, Aguascalientes.
- Determinar la validez aparente, del instrumento que mida a la actitud ante la protección específica de la obesidad en población de 10 a 19 años adscritos a la UMF No. 1-IMSS, Aguascalientes.
- Determinar la validez de constructo, del instrumento que mida a la actitud ante la protección específica de la obesidad en población de 10 a 19 años adscritos a la UMF No. 1-IMSS, Aguascalientes.
- Determinar la validez de criterio, del instrumento que mida a la actitud ante la protección específica de la obesidad en población de 10 a 19 años adscritos a la UMF No. 1-IMSS, Aguascalientes.
- Determinar la confiabilidad, del instrumento que mida a la actitud ante la protección específica de la obesidad en población de 10 a 19 años adscritos a la UMF No. 1-IMSS, Aguascalientes.
- Caracterizar a la población de 10 a 19 años, según las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona.
- Determinar la actitud ante la protección específica de la obesidad en población de 10 a 19 años adscritos a la UMF No. 1-IMSS, Aguascalientes.

7 MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño del estudio

Transversal de metodología psicométrica en la construcción y validación de un instrumento de medición.

7.2 Universo de trabajo

Todos los adolescentes de 10 a 19 años de edad adscritos a la UMF No. 1-IMSS Aguascalientes.

7.3 Población de estudio

Todos los adolescentes de 10 a 19 años de edad usuarios de la UMF No. 1-IMSS, Aguascalientes.

7.4 Unidad de análisis y observación

Adolescentes de 10 a 19 años usuarios de la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 1-IMSS, Aguascalientes.

7.5 Criterios de selección

7.5.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de 10 a 19 años, ambos sexos, adscritos a la UMF-1, IMSS Aguascalientes que acudan a consulta externa en los turnos matutino y vespertino.
- Pacientes sin sobrepeso/ obesidad.

7.5.2 Criterios de no inclusión

- Pacientes que no firmen la carta de consentimiento informado, o que sus padres no acepten que sus hijos participen en el estudio.

7.5.3 Criterios de eliminación

- Quienes no contesten 80% del total de la encuesta aplicada.

7.6 Muestreo

7.6.1 Tipo de muestreo

Muestreo probabilístico tipo aleatorio simple, el cual se llevará a cabo tomando como base de datos el listado con el número de afiliación de todos los pacientes de 10-19 años con I.M.C normal, adscritos en la consulta externa de la UMF No.1-IMSS, Aguascalientes.

7.6.2 Tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se tomó en cuenta el criterio de Nunnally (51) que propone $(n+1) \times 5$, teniendo en cuenta que en el instrumento final 38 ítems miden la actitud, se requerirán 195 pacientes de 10-19 años.

7.6.3 Ámbito geográfico

Unidad de Medicina Familiar No. 1-IMSS, Aguascalientes.

7.6.4 Límites de tiempo

Del 01 de noviembre de 2019 al 15 de diciembre de 2019.

8 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

8.1 Actitud

Es la aprobación o desaprobación que la población de 10 a 19 años manifiesta ante el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar su protección frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de obesidad.(12)

8.2 Dimensiones de la actitud ante la protección específica de la obesidad

a) Nutrición

- Antropometría
- Socio-economía
- Educación
- Acceso a los servicios de salud
- Orientación higiénico dietética.

b) Actividad física

- Nivel de intensidad
- Tiempo de actividad física
- Pasos caminados por día o semana
- Gasto de energía por día o semana

c) Sedentarismo

- Falta de actividad física
- Tiempo de ejercicio
- Tiempo dedicado a conductas de inactividad física

Ver Anexo C. Operacionalización de las variables.

9 LOGÍSTICA

A la dirección de la Unidad de Medicina Familiar No 1 se le informó sobre el proceso de investigación y se le pidió de la manera más atenta y cordial por escrito su autorización para llevar a cabo las escalas en las instalaciones de dicha clínica, las cuales fueron dirigidas a adolescentes de 10 a 19 años acompañados de alguno de sus padres, al estar de acuerdo firmaron la hoja de no inconveniente para el estudio.

El encuentro se realizó cara a cara, la responsable del proyecto capacitó a dos Licenciados en Medicina General sobre el contenido del instrumento con apoyo del manual operacional con el fin de que no quedara duda de ningún ítem y que pudieran resolver las dudas que surgieran durante la aplicación de la escala.

Se abordó al usuario en la sala de espera de consulta externa la unidad, se le explicó que fue seleccionado de manera aleatoria de todos los consultorios de ambos turnos, que el estudio sería con fines educativos y de investigación, con respaldo del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, explicándoles los objetivos del estudio y los procedimientos, una vez que aceptaron ser parte de este proyecto y firmaron la hoja de consentimiento informado, la cual además le garantizó confidencialidad y anonimato, se aplicó la escala con certeza de que comprendieran cada ítem y sus respuestas.

La validación del instrumento se llevó a cabo mediante los siguientes procedimientos:

9.1 Validez de contenido

Se realizaron dos métodos para la obtención de juicios de expertos, la primera con una evaluación de manera individual utilizando la Técnica Delphi a 2 médicos pediatras, 1 endocrinólogo pediatra, 2 médicos familiares expertos en Guías de Práctica Clínica y 1 persona con experiencia en construcción y validación de instrumentos, se les hizo llegar de forma personal, vía electrónica, el marco

teórico, el objetivo, el instrumento inicial, y la operacionalización, de tal manera que ellos pudieran ver la congruencia de la metodología y de los ítems. Para ello se realizó una plantilla de juicio de expertos con los rubros de *pertinente, útil pero no pertinente, no pertinente y observaciones* para cada ítem (Anexo 5) con el fin de que ellos tuvieran las categorías a calificar las cuales consistieron en: 1.- *suficiencia*, 2.- *coherencia*, 3.- *relevancia* y 4.- *claridad*, también tuvieron los indicadores para evaluar cada ítem del 1 (no cumple los criterios) al 4 (alto nivel de cumplimiento de los criterios). (52)

Posterior a la revisión de los expertos se continuó con la parte cuantitativa de la validez del contenido mediante el índice de Lawshe, con la opinión de los expertos en la plantilla, se identificaron cuántas coincidencias tuvo cada categoría (*suficiencia, coherencia, relevancia, claridad, pertinente, útil pero no pertinente, no pertinente*) (27,53)

- Índice de validez de contenido de Lawshe (1975):

Ecuación utilizada para el cálculo de la razón de validez de contenido para cada ítem

$$CVR = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

Donde:

CVR: Razón de validez de contenido

n_e = número de expertos que tiene acuerdo en la categoría pertinente

N= número total de expertos

CVR es negativa si hay un acuerdo en menos de la mitad de los expertos, CVR es positiva, si hay más de la mitad de acuerdos, CVR es nula si se tiene exactamente la mitad de acuerdos en los expertos.

El segundo método fue mediante un grupo focal, se eligió a un equipo de expertos integrado por 1 médico pediatra, 1 endocrinólogo pediatra, 2 médicos familiares expertos en Guías de Práctica Clínica y 1 personas con experiencia en construcción y validación de instrumentos. Se les dio a conocer los objetivos, el marco teórico, la operacionalización y el instrumento ya modificado por el panel de expertos de la técnica Delphi, esto con el fin de identificar que los ítems redactados fueran correctos, es decir, que fueran pertinentes, suficientes y claros tomando en cuenta la congruencia teórica. Se les pidió autorización para grabar en audio indicándoles que sería para fines de análisis y previa firma de consentimiento informado. La sesión se llevó a cabo por un moderador, el investigador principal, además se contó con una guía de apoyo, la primera sesión fue de 60 minutos, se sometió a una segunda ronda que duró 30 minutos y en ella se concluyó el instrumento en el que posteriormente se formularon 50% de los ítems a favor y la otra mitad en contra, se plantearon de forma aleatoria para evitar tendencias en el entrevistado.(32,33,54).

9.2 Validez aparente

Se solicitó autorización a los directivos de la UMF No 1-IMSS, Aguascalientes para ocupar sus instalaciones.

Con el fin de identificar el grado en que el instrumento de la impresión a los sujetos de ser un estudio que mida lo que se pretende(32,33), se realizó un grupo focal de 7 adolescentes de 10 a 19 años adscritos a la UMF-1 acompañados de alguno de sus padres y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión del estudio (considerando el IMC actualizado que estuviera en su cartilla de salud) con el fin de conseguir una muestra homogénea. Se les reunió en el grupo de enseñanza de la UMF-1, ahí el moderador, que fue el investigador principal, apoyado por un asistente, explicó a los jóvenes y a sus padres/tutores los objetivos de la reunión y de la técnica, se solicitó consentimiento informado de los padres del participante para aplicación del instrumento y realizar grabaciones con fines de investigación en dos sesiones que duraron 45 y 20 minutos

respectivamente. Se les explicó las dimensiones a evaluar y en qué consistía cada uno de los ítems del instrumento con el fin de evaluar la claridad de la redacción de los ítems, que éstos sean concretos, cómodos y que midan la actitud (cognitiva, afectiva y conductual) que estos pacientes tienen con respecto a la protección específica de la obesidad, en el caso que no se cumplieran estos puntos se cambiaron los elementos necesarios hasta la saturación de los ítems para lograr los objetivos. (32,33,55)

9.3 Validez del constructo

Se realizó mediante el análisis factorial exploratorio de ítems en las siguientes etapas con apoyo del programa Stata:(27,56)

1.-Cálculo de una matriz de correlaciones: para expresar la variabilidad conjunta de todas las variables, es decir, que estén altamente intercorrelacionadas para considerar que el análisis factorial sea apropiado, se realizaron dos formas de examinar la matriz de correlaciones, la primera fue mediante el Test de esfericidad de Bartlett que contrasta si la matriz de correlación de las variables observadas es la identidad, si la identidad es significativa entonces las intercorrelaciones entre las variables es cero, si se confirma la hipótesis nula entonces las variables no están intercorrelacionadas. La segunda forma fue mediante la medida de Adecuación de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO) con el que se tendría un indicador de la fuerza de las relaciones entre dos variables eliminando que el resto pudiera influirlas. 2.- La extracción del número óptimo de factores con el objetivo que se determine un número de factores que puedan representar a las variables iniciales. 3.- La rotación de factores con el fin de aproximar la solución factorial al principio de estructura simple. 4.- La estimación de las puntuaciones de los sujetos en las nuevas dimensiones.

9.4 Validez de criterio

Posteriormente se prosiguió a correlacionar el rendimiento de cada ítem, es decir, el grado de eficacia con que se puede predecir o pronosticar una variable de

interés a partir de las puntuaciones del instrumento y se tomó como criterio la dimensión que explicara la mayor varianza, por lo que se tuvo en cuenta el criterio concurrente.(27,53)

9.5 Confiabilidad

El coeficiente de consistencia interna se calculó mediante el coeficiente de alfa de Cronbach con el programa de Stata. (32,33)

9.6 Descripción de la construcción del instrumento

El instrumento se obtuvo de la orquestación siguiente: paradigma, epistemología, perspectiva teórica, metodología y técnicas para recolección y análisis de datos. El instrumento consiste en una escala dado que se pretende medir actitudes.(25,26,32,33,57)

En cuanto a la actitud, el concepto está completamente definido, tomándose como referencia a Yaria (2005) quien la define como la aprobación o desaprobación que se da sobre un objeto o una situación o una persona, es decir, que influye en los pensamientos y las acciones(12), resultando una actitud favorable o desfavorable. Lo anterior aunado a la Teoría de la acción razonada que se basa en el modelo de la expectativa-valor y se justifica en que las actitudes están decretadas por las creencias que cada individuo tiene hacia el objeto, situación o persona sobre el que se toma la actitud, en este caso sería las acciones de protección específica de la obesidad.(12,13)

Al tener el concepto de actitud completamente definido junto con las tres dominios de las actitudes: cognitiva, afectiva y conductual(12), los ítems estuvieron dirigidos a valorar las áreas de protección específica de la obesidad, cuyos conceptos se les realizó una operacionalización (Ver Anexo C. Operacionalización de las variables). Las áreas de protección específica de la obesidad son las siguientes: 1.- Actividades de nutrición, 2.- Actividad física (intensidad y frecuencia), 3.- Disminuir el tiempo de sedentarismo. Todo lo anterior fundamentado en la Guía de

Práctica Clínica IMSS SS-025-08 Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención.(5)

Para la formulación de los ítems se priorizó lo siguiente: que la idea principal estuviera en el enunciado, que fuera simple, con frases cortas y sólo con información relevante y sin indicios de solución, que la redacción de los ítems discriminara entre los de actitud positiva y actitud negativa, que se evitara el uso de dobles negaciones (no, ninguno, nunca) y de universales (todo, siempre, nada). También evitar ligar unos ítems con otros, y que se tratara de ítems con tiempo de lectura mínima y sin dificultad de comprensión, sin errores gramaticales ni ortográficos. (27,57)

Mediante la recolección de ítems de otros instrumentos(8–11) y la construcción de nuevos ítems en base a un listado que se hizo de palabras clave sobre protección específica de la obesidad, con las características comentadas en el párrafo previo, se consolidaron 50 ítems descritos en forma afirmativa. Con el fin de medir las actitudes de forma directa, las opciones de respuesta para cada ítem son tipo Likert. El instrumento inicial que se presentó al grupo de expertos mediante la técnica Delphi fue de 60 ítems y, constó de dos partes, en la primera se incluyeron las características demográficas en 10 reactivos sobre antropometría, escolaridad del entrevistado, escolaridad y ocupación de sus padres. La segunda parte fue para identificar la actitud mediante 50 ítems, el dominio cognitivo constó de 13 reactivos cuyas opciones de respuesta son tipo Likert: *muchas veces, la mayoría de las veces, algunas veces, muy pocas veces, nunca*. El dominio afectivo estuvo compuesta por 10 ítems también con formato de respuesta tipo Likert: *siempre, casi siempre, ocasionalmente, rara vez y nunca*. Y por último en el dominio conductual constó de 27 ítems y a su vez se dividió en dos partes de acuerdo a las respuestas, la primera parte (IV.A) constó de 15 ítems con formato de respuesta tipo Likert: *siempre, casi siempre, ocasionalmente, rara vez y nunca*. La segunda correspondiente al apartado IV.B de la encuesta contó con 12 ítems también con

formato de respuesta tipo Likert: *todos los días de la semana, la mayoría de los días de a semana, algunos días de la semana, pocos días de la semana y nunca.*

9.7 Estandarización y técnica de recolección de datos

Se realizó un manual operacional con el que se capacitó a los encuestadores con el fin de estandarizar el procedimiento para la recolección de datos. En el manual se incluyeron instrucciones para los tres dominios y se dieron ejemplos para contestar los ítems de acuerdo a la escala de Likert asignada.



10 PLAN DE ANÁLISIS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

A través de la Dirección de Incorporación y Recaudación se obtuvo información de la población por grupos de edad y sexo, adscrita a consultorios de medicina familiar de la UMF1-IMSS, Aguascalientes hasta septiembre 2018. Se concluyó una población de 16 316 derechohabientes en el rango de 10 a 19 años, de ellos, se seleccionarán de manera aleatoria de los consultorios de ambos turnos, se identificó a cada paciente y se buscó en el Sistema de Información de Medicina Familiar por nombre, índice de masa corporal, domicilio, número de afiliación y la fecha próxima de cita con su médico familiar, se abordó a la madre o al padre del joven en la sala de espera de la consulta externa y se le dio informes del estudio constatando los datos de IMC en su cartilla salud actualizada, una vez que decidieron participar y firmar el consentimiento informado se llevó al entrevistado con alguno de sus padres al aula de enseñanza de la UMF y se determinó su perfil sociodemográfico, también se le comunicó que habría más reuniones en donde se les explicaría las dimensiones de la actitud a evaluar y en qué radican cada uno de los ítems de la escala, todo esto con el fin de evaluar la claridad de la redacción de los ítems, que éstos fueran concretos, cómodos y que midieran lo que se pretende medir.

Posterior a haber aplicado todas las encuestas se procedió a capturar la información en una base de datos hecha en el programa Excel, para su análisis e interpretación en el programa Stata se crearon rubros con nombre de la variable y etiqueta de la variable.

10.1 Diagnóstico de los datos

Mediante la asimetría se analizó la distribución de las variables y se identificó si la distribución era uniforme alrededor de la media con el fin de obtener una curva simétrica, el rango de la curtosis debería estar en ± 2 para tomar como medida de tendencia central a la media y como medida de dispersión a la desviación estándar. Si la distribución no fue paramétrica entonces se tomó la mediana como medida de tendencia central.

10.2 Validez de contenido

En la primer parte de esta sección se agruparon en el programa Excel las respuestas de los expertos que participaron en la Técnica Delphi, se sumaron los rangos y se aplicó el Índice de validez de contenido de Lawshe (1975) con ayuda del programa Excel, donde los valores aceptables fueron de 0.58 a 1.0. En la segunda parte, después de haber tenido la reunión con los expertos del grupo focal, se realizó una transcripción idéntica y organizada de la grabación de audio y se marcó el texto significativo para el estudio (citas), se tomaron en cuenta pertinencia, suficiencia, coherencia, relevancia y claridad para cada una de las dimensiones. Se compararon e interpretaron las citas y se agruparon en familias para construir vínculos y relaciones entre ellas y así se redactó la interpretación y construcción de la teoría que surgió de esos datos.

El instrumento que se obtuvo después de la validez de contenido fue de 47 ítems, correspondiendo 9 ítems a características sociodemográficas y 38 ítems a la medición de la actitud agrupándose de la siguiente manera: el dominio cognitivo constó de 10 reactivos cuyas opciones de respuesta son tipo Likert: *muchas veces, la mayoría de las veces, algunas veces, muy pocas veces, nunca*. Para el dominio afectivo se concluyeron 9 ítems también con formato de respuesta tipo Likert: *siempre, casi siempre, ocasionalmente, rara vez y nunca*. Y por último en el dominio conductual constó de 19 ítems, siendo de estos 10 ítems para la primera parte (IV.A) cuyo formato de respuesta tipo Likert: *siempre, casi siempre, ocasionalmente, rara vez y nunca*. Para el apartado IV.B de la encuesta fueron 9 ítems con formato de respuesta tipo Likert: *todos los días de la semana, la mayoría de los días de a semana, algunos días de la semana, pocos días de la semana y nunca*

Tabla 4. Índice de Lawshe del grupo de la técnica Delphi

No. ÍTEM	NUMERO DE EXPERTOS						ESENCIAL	No. EXP	IVCLw	OBSERVACIONES
	1	2	3	4	5	6				
11	1	1	1	0	1	1	5	6	0.67	Sin cambios
12	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Cambio de redacción
13	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
14	0	1	1	0	0	1	3	6	0.00	Eliminar por medir lo mismo que el 18
15	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
16	1	0	0	1	0	1	3	6	0.00	Eliminar por medir lo mismo que el 12 y 14
17	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
18	1	0	0	1	0	1	3	6	0.00	Eliminar por medir lo mismo que 12, 14 y el 16
19	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
20	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
21	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Cambio de redacción
22	1	1	1	0	0	1	4	6	0.33	Cambio de redacción
23	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Cambio de redacción
24	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Fusionar con el 25
25	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Fusionar con el 24
26	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
27	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
28	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
29	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Fusionar con el 32
30	1	1	1	1	1	1	6	6	1.00	Sin cambios
31	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
32	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Fusionar con el 29
33	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Cambiar de dominio
34	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
35	1	1	1	1	1	1	6	6	1.00	Sin cambios
36	1	1	1	0	0	0	3	6	0.00	Eliminar
37	1	1	0	1	0	0	3	6	0.00	Eliminar
38	1	1	1	0	0	1	4	6	0.33	Sin cambios
39	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
40	1	1	1	0	0	1	4	6	0.33	Cambio de redacción
41	1	1	1	0	0	1	4	6	0.33	Sin cambios
42	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Fusionar con el 43 y 44
43	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Fusionar con el 42 y 44
44	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Fusionar con el 42 y 43
45	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
46	1	1	1	0	0	1	4	6	0.33	Sin cambios
47	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Fusionar con el 48
48	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Fusionar con el 47
49	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
50	1	1	1	1	0	1	5	6	0.67	Sin cambios
51	1	1	1	1	1	1	6	6	1.00	Sin cambios
52	1	1	1	1	1	1	6	6	1.00	Sin cambios
53	1	1	1	0	1	1	5	6	0.67	Sin cambios
54	1	1	1	1	1	1	6	6	1.00	Sin cambios
55	1	1	1	1	1	1	6	6	1.00	Sin cambios
56	1	1	1	1	1	1	6	6	1.00	Sin cambios
57	1	1	1	1	1	1	6	6	1.00	Sin cambios
58	1	1	1	1	1	1	6	6	1.00	Fusionar con el 59
59	1	1	1	1	1	1	6	6	1.00	Fusionar con el 58
60	1	1	1	1	1	1	6	6	1.00	Sin cambios

10.3 Validez aparente

De las grabaciones que se hicieron a los grupos focales de adolescentes de 10 a 19 años acompañados de sus padres en las sesiones, se analizaron los datos, la información se transcribió mediante la aplicación Speechnotes, se completó con los comentarios que anotó el observador con el fin de que las palabras fueran entendibles para el sujeto de estudio.

10.4 Validez de constructo

Tratándose de tres dominios (cognitivo, afectivo y conductual) y tres dimensiones (nutrición, actividad física, sedentarismo) corresponden 10 ítems para el dominio cognitivo, 9 ítems para el afectivo y 19 ítems para el dominio conductual. Se aplicó la encuesta a 5 individuos por cada ítem $(n + 1) \times 5 = 195$, de acuerdo a los criterios de exclusión se contó finalmente con 172 encuestas. Posteriormente con apoyo del programa Stata se llevó a cabo del análisis factorial exploratorio en la ventana de estadísticas, análisis multivalente, análisis factorial y componentes principales. Se tomaron como criterios psicométricos los siguientes:(53)

- a) Tres ítems por dimensión
- b) El número de valores propios (eigenvalor) $>$ o igual a 0.4
- c) El porcentaje de varianza explicado por los factores sea $>$ a 10%
- d) El porcentaje total de la varianza explicado por los factores sea $>$ a 70%

Se eliminó del análisis los reactivos con una comunalidad <0.5 . La solución obtenida se rotó para simplificar la interpretación de los factores. Se consideraron significativas las cargas factoriales ≥ 0.4 . Los reactivos asociados con más de un factor se eliminaron del análisis. Para evaluar el ajuste del modelo final se examinó la matriz de correlación residual.(27,32,33)

10.5 Validez de criterio

Se obtuvo de la creación de los índices de la dimensión y se utilizó el programa Stata en su apartado de la correlación por pares con los comandos pwmean,

pwcompare y margins para realizar las comparaciones, tomando como criterio externo la dimensión que proporcionó mayor varianza.

La validez de criterio se realizó con una correlación entre las dimensiones de cada dominio, de acuerdo a la distribución, con la finalidad de que se tomara la dimensión que fuera poderosa, es decir la que explicara mayor varianza. Esperando un grado de correlación moderado-elevado ($>0,4$) y baja o nula ($<0,3$).
(27)

10.6 Coeficiente de consistencia interna

La confiabilidad se evaluó entre los dominios y dimensiones con el cálculo del alfa de Cronbach. En donde se tomó como punto de criterio un valor $\geq 0,70$.

$$\text{Alfa de Cronbach} = k/k-1 [1 - S_{si}^2/sT^2]$$

Donde

K= número de ítems

Si= Varianza del ítem

sT= varianza total de la escala

10.7 Caracterización de los pacientes

Para caracterizar a los adolescentes entre 10-19 años, las variables cuantitativas se analizaron con estadística descriptiva (media y desviación estándar) para las variables cualitativas como sexo, escolaridad y ocupación se usó frecuencias y porcentajes.

11 ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo “Construcción y validación de un instrumento para identificar la actitud de la población de 10 a 19 años sobre la protección específica de la obesidad adscritos a la UMF No.-1 Aguascalientes” es en acuerdo a los principios básicos establecidos en La *Declaración de Helsinki*, adoptada en 1964(58) con la actual y oficial versión del 2013 publicada en Journal of American Medical Association (JAMA) revisada por la *Asamblea General de la AMM, Taipéi, Taiwán, octubre 2016* por tratarse de una investigación biomédica que implica a seres humanos, además el presente estudio también es fundamentado en los lineamientos y principios del reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos(59) en materia de investigación para la salud: “la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general.....que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación”. De la citada Ley, el Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, el Artículo 16 referente a las investigaciones en seres humanos expresa que se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, el Artículo 17 considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño a causa inmediata o tardía del estudio, por lo que este estudio se clasifica en una Investigación sin riesgo ya que “No se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”. Según el apartado III del artículo 2 y del apartado II y XIII del artículo 3 los cuales se refieren a “La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que

contribuyan al desarrollo social” y “La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables y la educación para la salud” respectivamente. El Artículo 96 del capítulo único del título Quinto hace referencia al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social y a la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población en los rubros II y III. Así como el contenido de los Artículos del 100 al 103 de la investigación en seres humanos.(58–60)

12 RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

12.1 Humanos

- Tesista. Dra. Priscilla Méndez Luna, Residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar adscrita a la UMF No-1, IMSS Aguascalientes.
- Investigador. Dra. Erika Lorena Vega Silva, Médico Familiar adscrita a la coordinación de enseñanza en la delegación Aguascalientes
- Investigador. Dra. Sarahí Estrella Maldonado Paredes, Médico Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No 11-IMSS, Aguascalientes

12.2 Físicos

- Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Aguascalientes

12.3 Tecnológicos

- Lap top
- USB
- Conexión a internet
- Base de datos de Conricyt, acceso proporcionado por IMSS
- Impresora

12.4 Materiales

Tabla 3. Costos a cuenta del investigador

Categoría	Costo unitario (\$)	Cantidad	Costo total (\$)
Computadora	8,000	1	8,000
Hojas	150	1 paquete	150
Lápices y bolígrafos	10	20	200
USB	100	1	100
Fotocopias	500	0.5	250
Engrapadora	50	1	50
Impresora	500	1	500
Tóner	500	1	500
Total			9,750

El costo total de la realización de este protocolo queda a cargo del tesista.

13 FACTIBILIDAD Y TRASCENDENCIA

Este estudio de investigación fue factible debido a que consistió en la construcción y validación de un instrumento, existe la estructura funcional que facilitó la interacción con los derechohabientes, además se llevó a cabo en las instalaciones de la UMF No. 1-IMSS, Aguascalientes por lo que en primera instancia hubo disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo el objetivo señalado en nuestro entorno social, además fue factible porque se encuentra dentro de los términos legales y no dañó a la población ni al ambiente, por el contrario se dio un beneficio social en la construcción y validación de un instrumento que mida la actitud en un rubro de la prevención primaria de la obesidad en la población 10 a 19 años.

14 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Gráfico 2. Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019	MAR 2019	ABR 2019	MAY 2019	JUN 2019	JUL 2019	AGO 2019	SEP 2019	OCT 2019	NOV 2019	DIC 2019	ENE 2020
ELECCION DE TEMA Y TITULO DE TESIS	■																
BUSQUEDA DE INFORMACION		■	■														
DISEÑO DEL PROTOCOLO				■	■												
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA						■											
IDENTIFICACION DE ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION							■	■									
CONSTRUCCION DE INSTRUMENTO									■	■	■						
REVISION, MODIFICACION Y APROBACION DEL PROTOCOLO												■	■	■			
TRABAJO DE CAMPO Y CAPTURA DE DATOS															■		
PROCESAMIENTO Y ANLISIS DE DATOS																■	
AUTORIZACION																	■
INFORME FINAL																	■



15 RESULTADOS

Supuestos estadísticos de la distribución de los ítems del instrumento de actitud hacia la protección específica contra la obesidad.

Se evaluó la distribución de los 47 ítems de la escala a partir del cálculo de la asimetría y la curtosis, en donde los ítems que reflejaron un sesgo hacia algún sentido fueron el ítem CS3 y el ítem AS2 con valores de asimetría y curtosis por encima de 2, mientras que el resto de los ítems son equidistantes 2 a -2 de la media, mostrando una distribución simétrica. **(Tabla 5)**

Al analizar los índices de las dimensiones del instrumento, se advierte que la dimensión del sedentarismo del dominio afectivo muestra una distribución sesgada leptocúrtica con sesgo a la derecha, mientras que el resto de las dimensiones mantienen una distribución normal. Ninguna de las dimensiones presentó efecto de techo y sólo presentaron efecto de suelo la dimensión cognitiva de actividad física y la dimensión cognitiva de sedentarismo mostrando en la primera que hasta el 20% de los entrevistados mantuvieron respuestas con valores más bajos. **(Tabla 5)**

Tabla 5.- Distribución, asimetría y curtosis de los datos del instrumento de actitud hacia la protección específica contra la obesidad.

ítem	Media	Desv. est	Asimetría	Curtosis	Efecto de techo	Efecto de suelo	Mínimo/Máximo
CN1	3.80	1.23	-.500	-1.298			
CN2	2.72	1.32	.435	-.883			
CN4	3.13	1.61	-.091	-1.589			
CN3	3.00	1.52	.060	-1.468			
Dimensión CN	12.6512	3.42597	.051	-.636	1.20%	2.30%	.5/20
CA1	4.12	1.22	-1.031	-.516			
CA2	3.32	1.62	-.322	-1.543			
CA3	4.15	1.27	-1.118	-.335			
Dimensión CA	11.5814	2.57956	-.260	-.700	1.70%	20.90%	.5/15
CS1	4.45	1.21	-.222	1.253			
CS2	3.60	1.27	-.438	-.992			
CS3	3.27	1.45	<u>-2.098</u>	<u>3.005</u>			
Dimensión CS	11.3198	2.43922	-.456	.000	0.60%	12.80%	.4/15
AN1	3.76	1.33	-.847	-.463			

AN2	3.15	1.31	-.319	-.990			
AN3	2.84	1.24	.136	-.917			
Dimensión AN	9.7442	2.88649	-.242	-.467	3.50%	5.20%	.3/15
AA1	4.21	1.03	-1.347	1.183			
AA2	2.69	1.36	.374	-1.093			
AA3	3.26	1.37	-.293	-1.193			
Dimensión AA	10.1512	2.27376	-.020	-.748	0.60%	0.60%	.4/15
AS1	3.08	1.34	-.006	-1.152			
AS2	3.64	2.09	6.177	63.969			
AS3	3.12	1.43	-.097	-1.336			
Dimensión AS	9.8314	2.84503	2.265	16.783	0.60%	0.60%	.3/31
CDN1	3.13	1.26	-.202	-.911			
CDN2	2.67	1.32	.451	-.957			
CDN3	2.25	1.24	.747	-.441			
CDN4	2.64	1.18	.368	-.780			
CDN5	3.44	1.18	-.377	-.836			
CDN6	3.45	1.18	-.596	-.225			
CDN7	3.80	1.10	-.611	-.447			
CDN8	2.30	1.08	.708	.222			
CDN9	3.55	1.23	-.542	-.493			
CDN10	2.64	0.97	.267	.319			
CDN11	2.20	1.11	.763	-.119			
Dimensión CDN	32.0930	4.95507	.171	1.810	0.60%	0.60%	.15/52
CDA1	3.59	1.29	-.474	-.979			
CDA2	3.34	1.18	-.329	-.786			
CDA3	3.26	1.33	.070	-1.219			
CDA4	3.45	1.35	-.484	-.895			
Dimensión CDA	13.6395	2.70980	-.017	-.270	1.20%	1.20%	.7/20
CDS1	4.23	0.94	-1.357	1.814			
CDS2	3.85	1.16	-.786	-.307			
CDS3	2.73	1.31	.223	-1.070			
CDS4	2.46	1.29	.479	-.918			
Dimensión CDS	13.2733	2.30199	-.135	-.268	0.60%	0.60%	.7/19

Validez de constructo

Se realizó un análisis factorial inicial de componentes principales con rotación varimax (**Tabla 6**), inspeccionando la agrupación de los ítems de acuerdo con la relación teórica de los conceptos, además se definieron 9 dimensiones teóricas por medio de una operacionalización y validez de contenido, los ítems que no aportaban al constructo fueron eliminados. Se analizaron las estadísticas finales

para evaluar la calidad de las variables (**Tabla 7**), los factores iniciales y finales se aproximaron a la unidad lo que indica que la variable queda totalmente explicada por los factores comunes.

Tabla 6. Análisis factorial inicial con rotación varimax de los ítems del instrumento de actitud hacia la protección específica de obesidad

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9
CN1					.417				
CN2				.311					
CN3				.733					
CN4				.474					
CA1					.666				
CA2				.721					
CA3					.617				
CS1			.460						
CS2					.589				
CS3				.437					
AN1	.541								
AN2	.606								
AN3	.745								
AA1								.783	
AA2	-.459								
AA3									.638
AS1	.603								
AS2									
AS3			.541						
CDN1						-.538			
CDN2						.724			
CDN3						.607			
CDN4		.538							
CDN5			-.536						
CDN6							.413		
CDN7							.775		
CDN8		.591							
CDN9									
CDN10		.496							
CDN11		.474							
CDA1								.564	
CDA2									-.603
CDA3		.409							

CDA4										-0.369
CDS1		-0.571								
CDS2			-0.177							
CDS3	0.366									
CDS4			0.555							
%VAR	7.55%	6.23%	5.63%	5.40%	5.34%	5.20%	4.65%	4.53%	4.43%	

Varianza explicada total. 48.97

Por no cumplir los criterios psicométricos, en el modelo final se eliminaron los siguientes ítems; para la dimensión de nutrición del dominio cognitivo se eliminó el ítem CN1, para la dimensión de nutrición del dominio conductual se eliminaron los ítems CDN4, CDN6, CDN7, CDN8, CDN9, CDN10 y CDN11. Y para la dimensión de actividad física del dominio conductual se eliminó el ítem CDA2. Los anteriores ítems se eliminaron bajo los criterios de no aportar comunalidad a un solo factor, distribución sesgada de los datos o los eigen valores muy bajos.

Por otro lado, se eliminó la dimensión de sedentarismo del dominio afectivo y la dimensión de sedentarismo del dominio cognitivo, por contener los ítems con mayor sesgo y quedar solo con dos ítems por lo que no aportaron varianza explicada al modelo final. **(Tabla 6)**

En el modelo final todas las dimensiones presentaron un mínimo de 3 ítems, con 23 ítems agrupados en 7 dimensiones que explican un 57% de la varianza total y varianzas por factor que van desde 6.46 hasta 8.72 por el instrumento por lo que se considera que las dimensiones son medianamente estables. **(Tabla 7)**

La validación de constructo mostró una medida de adecuación de KMO de 0.676. la prueba de esfericidad de Bartlett para el modelo mostró un valor significativo ($p=0.000$), lo cual refleja que los residuos son pequeños y el modelo se ajusta a los datos. La adecuación de KMO (Kayser-Mayer-Olkin) indicó que la muestra tomada para el estudio es apropiada y la prueba de esfericidad mostró que la matriz de datos es válida para continuar con el proceso de análisis factorial. **(Tabla 7)**

Tabla 7. Análisis factorial final con rotación varimax de los ítems del instrumento de actitud hacia la protección específica de obesidad

ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
CN2		.545					
CN3		.756					
CN4		.556					
CA1							.676
CA2							.752
CA3							.787
AN1	.349						
AN2	.655						
AN3	.715						
AA1						.573	
AA2						-.571	
AA3						.533	
CDN1				-.611			
CDN2				.771			
CDN3				.473			
CDN5				.453			
CDA1			.720				
CDA2			-.779				
CDA4			.692				
CDS1					.277		
CDS2					.330		
CDS3					.560		
CDS4					.745		
	9.6%	9.2%	8.5%	8.3%	7.3%	7.4%	7.2%
Varianza explicada total =57.59							
Medida Kaiser-Meyer-Olkin = 0.676							
Significancia de la prueba de esfericidad de Bartlett (p=0.000)							

Validez de criterio

Se realizó una correlación de Spearman entre las dimensiones del instrumento para medir la actitud hacia la protección específica contra la obesidad, en donde se obtuvo que las correlaciones dentro de cada dimensión para cada ítem fueron de débiles a moderadas con respecto al índice de cada dimensión, mientras que la validez de criterio concurrente por dimensión mostró correlaciones aceptables con respecto a la dimensión explico más varianza.

Tabla 8. Validez de criterio por dimensión

		Cognitivo Nutricional	Cognitivo Actividad F.	Afectivo Nutricional	Afectivo Actividad F.	Conductual Nutricional	Conductual Actividad F.	Conductual Sedentarismo
Cognitivo Nutricional	C.C.	1.00						
	Sig							
Cognitivo Actividad F.	C.C.	0.33	1.00					
	Sig	0.00						
Afectivo Nutricional	C.C.	0.27	0.21	1.00				
	Sig	0.00	0.01					
Afectivo Actividad F.	C.C.	-0.10	-0.07	-0.11	1.00			
	Sig	0.18	0.35	0.14				
Conductual Nutricional	C.C.	0.01	-0.02	0.02	0.08	1.00		
	Sig	0.87	0.76	0.84	0.32			
Conductual Actividad F.	C.C.	-0.04	0.02	0.11	0.03	-0.01	1.00	
	Sig	0.59	0.85	0.16	0.74	0.87		
Conductual Sedentarismo	C.C.	0.10	0.06	0.23	-0.11	0.15	-0.05	1.00
	Sig	0.18	0.46	0.00	0.17	0.05	0.51	

Tabla 9. Validez de criterio de la dimensión de Nutrición en el dominio cognitivo

		CN2	CN3	CN4	Dimensión
CN2	C.C.	1			
	Sig				
CN3	C.C.	0.2298	1		
	Sig	0.0024			
CN4	C.C.	0.248	0.2751	1	
	Sig	0.001	0.0003		
Dimensión	C.C.	0.605	0.7809	0.2574	1
	Sig	0	0	0	

Tabla 10. Validez de criterio de la dimensión de actividad física en el dominio cognitivo

		CA1	CA2	CA3	Dimensión
CA1	C.C.	1			
	Sig				
CA2	C.C.	0.002	1.000		
	Sig	0.981			
CA3	C.C.	0.325	-0.023	1.000	
	Sig	0.000	0.768		
Dimensión	C.C.	0.634	0.618	0.633	1
	Sig	0.000	0.000	0.000	

Tabla 11. Validez de criterio de la dimensión nutricional del dominio afectivo

		AN1	AN2	AN3	Dimensión
AN1	C.C.	1			
	Sig				
AN2	C.C.	0.3142	1		
	Sig	0			
AN3	C.C.	0.3188	0.343	1	
	Sig	0	0		
Dimensión	C.C.	0.7422	0.7482	0.7345	1
	Sig	0	0	0	

Tabla 12. Validez de criterio de la dimensión de actividad física del dominio afectivo

		AA1	AA2	AA3	índice AA
AA1	C.C.	1			
	Sig				
AA2	C.C.	0.0474	1		
	Sig	0.5369			
AA3	C.C.	0.0116	0.059	1	
	Sig	0.8803	0.442		
Índice AA	C.C.	0.4871	0.654	0.6447	1
	Sig	0	0	0	

Tabla 13. Validez de criterio de la dimensión de nutrición del dominio conductual

		CDN1	CDN2	CDN3	CDN5	Dimensión
CDN1	C.C.	1				
	Sig					
CDN2	C.C.	-0.2365	1			
	Sig	0.0018				
CDN3	C.C.	-0.1489	0.3709	1		
	Sig	0.0513	0			
CDN5	C.C.	-0.0713	0.1187	0.096	1	
	Sig	0.3524	0.1208	0.2104		
Dimensión	C.C.	0.263	0.6292	0.6407	0.5292	1
	Sig	0.0005	0	0	0	

Tabla 14. Validez de criterio de la dimensión de Actividad física del dominio conductual

		CDA1	CDA2	CDA4	Dimensión
CDA1	C.C.				
	Sig				
CDA2	C.C.	-0.1097			
	Sig	0.1521	0.1156		
CDA4	C.C.	0.3072	0.1309		
	Sig	0	0.1309		
Dimensión	C.C.	0.6442	0.4882	0.7696	1
	Sig	0	0	0	

Tabla 15. Validez de criterio de la dimensión de sedentarismo del dominio conductual

		CDS1	CDS2	CDS3	CDS4	Dimensión
CDS1	C.C.	1				
	Sig					
CDS2	C.C.	0.041	1			
	Sig	0.5929				
CDS3	C.C.	-0.05	0.059	1		
	Sig	0.5148	0.442			
CDS4	C.C.	-0.1293	-0.1272	0.0696	1	
	Sig	0.0909	0.0962	0.3642		
Dimensión	C.C.	0.3295	0.4822	0.6175	0.4832	1
	Sig	0	0	0	0	

Consistencia interna

La consistencia interna se valoró mediante el alfa de Cronbach, el modelo completo obtuvo un alfa de Cronbach de 0.65 con 23 ítems, en donde la dimensión de nutrición en el dominio cognitivo obtuvo un Alfa de 0.627; las dimensiones de actividad física del dominio cognitivo, nutrición del dominio afectivo, actividad física del dominio afectivo y la dimensión de actividad física dentro del dominio conductual, obtuvieron un Alfa de Cronbach de 0.64. Mientras que la dimensión de nutrición dentro del dominio conductual obtuvo un alfa de Cronbach de 0.63 y la dimensión con la consistencia más alta fue la de sedentarismo dentro del dominio conductual con un Alfa de Cronbach 0.65. **(Tabla 16)**

Tabla 16. Consistencia interna del instrumento de actitud hacia la protección específica de obesidad

ítem	Por ítem	Por dimensión	Global
CN2	.623	.627	0.6521
CN3	.631		
CN4	.628		
CA1	.648	.644	
CA2	.626		
CA3	.659		
AN1	.633	.641	
AN2	.649		
AN3	.641		
AA1	.654	.644	
AA2	.621		
AA3	.656		
CDN1	.634	.638	
CDN2	.645		
CDN3	.635		
CDN5	.639		
CDA1	.639	.645	
CDA2	.642		
CDA4	.654		
CDS1	.648	.650	
CDS2	.656		
CDS3	.658		
CDS4	.638		

Descripción de la población de estudio

A continuación, se describen las variables sociodemográficas obtenidas de los 172 participantes de este estudio.

La **tabla 17** se muestran de en función del sexo participantes, en dónde se obtuvo que el 57% de la población fueron hombres y el restante 43% fueron mujeres

Gráfica 3. Distribución de la población por sexo

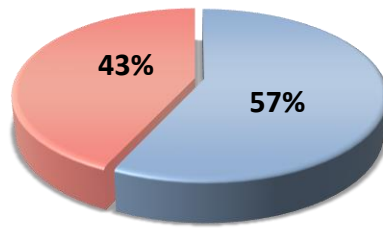


Tabla 17. Distribución de la población por sexo.

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	98	57.0%
Mujer	74	43.0%
Total	172	100.0%

La **tabla 18** muestra la distribución de la población por grupos etarios obteniendo que en su mayoría corresponden al grupo de 14 a 16 años con un porcentaje de 62.2%, en segundo lugar, el 20.9% de los encuestados que corresponde al grupo de 17 a 19 años y el restante 16.9% que corresponde al grupo de 10 a 13 años.

Gráfica 4. Distribución de la edad de la población

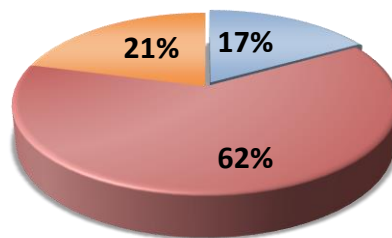


Tabla 18. Distribución de la población por grupo de edad.

	Frecuencia	Porcentaje
10 a 13 años	29	16.9%
14 a 16 años	107	62.2%
17 a 19 años	36	20.9%
Total	172	100.0%

Con respecto al nivel de escolaridad se obtuvo que la mayor parte de los entrevistados fueron adolescentes cuyo último grado de estudios fue el bachillerato con el 58.7%; seguido del 20.3% que corresponde aquellos que estudiaron hasta la secundaria y en tercer lugar el 14.5% de aquellos que tienen la primaria concluida. **Tabla 19**

Gráfica 5. Distribución del nivel de escolaridad

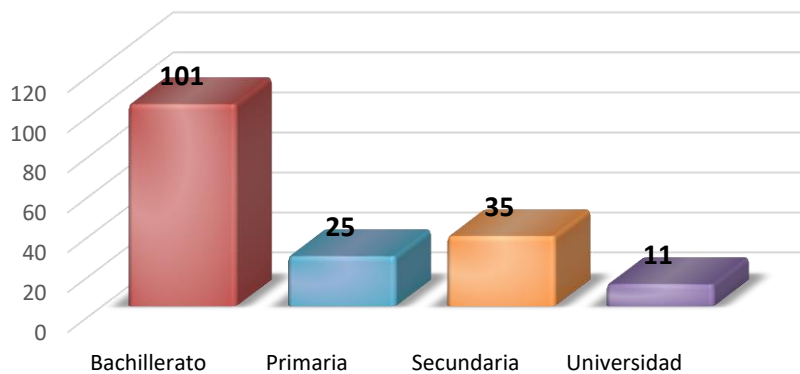


Tabla 19. Distribución del nivel de escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Bachillerato	101	58.7%
Primaria	25	14.5%
Secundaria	35	20.3%
Universidad	11	6.4%
Total	172	100.0%

La **tabla 20** muestra quiénes son los cuidadores primarios de los adolescentes entrevistados en este estudio, obteniendo que el 79.1% son cuidados en mayor medida por su madre, y sólo el 8.7% son cuidados por su padre. el restante 12.1% está a cargo de sus abuelos o de otras personas.

Gráfica 6. Cuidador primario

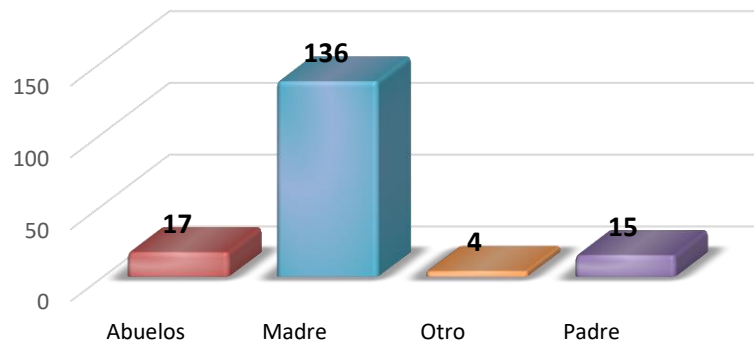


Tabla 20. Distribución de la población por tipo de cuidador.

	Frecuencia	Porcentaje
Abuelos	17	9.9%
Madre	136	79.1%
Otro	4	2.3%
Padre	15	8.7%
Total	172	100.0%

La **tabla 21** muestra la distribución del grado de escolaridad de la madre de los adolescentes entrevistados, en dónde se obtuvo que en su mayoría estudiaron hasta la secundaria con un 52.9%; seguido del 19.2% de aquellas que estudiaron hasta la primaria; en tercer lugar, el 15.7% que estudiar hasta la universidad y solamente el 12.2% estudiaron hasta el bachillerato.

Gráfica 7. Nivel de escolaridad de la madre

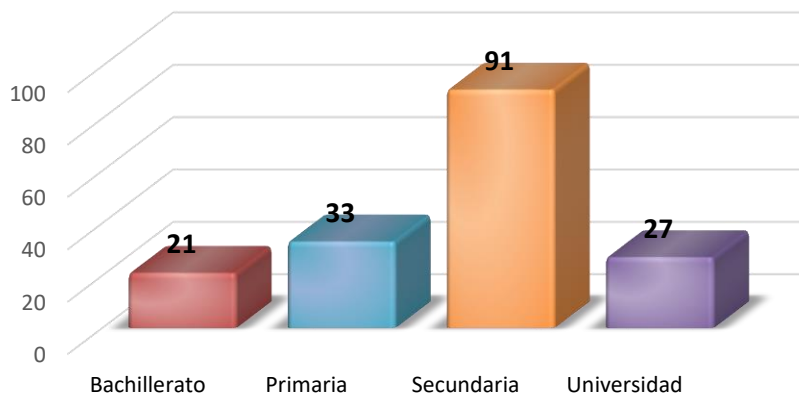


Tabla 21. Descripción de la escolaridad de la madre

	Frecuencia	Porcentaje
Bachillerato	21	12.2%
Primaria	33	19.2%
Secundaria	91	52.9%
Universidad	27	15.7%
Total	172	100.0%

La **tabla 22** muestra el nivel de escolaridad de los padres de los adolescentes entrevistados, obteniendo que el 45.9% estudiaron hasta la secundaria, seguido del 26.7% que estudiaron en el bachillerato; en tercer lugar, el 17.4% que tienen carrera universitaria y finalmente sólo el 9.9% que estuvieron hasta la primaria.

Gráfica 8. Nivel de escolaridad del padre

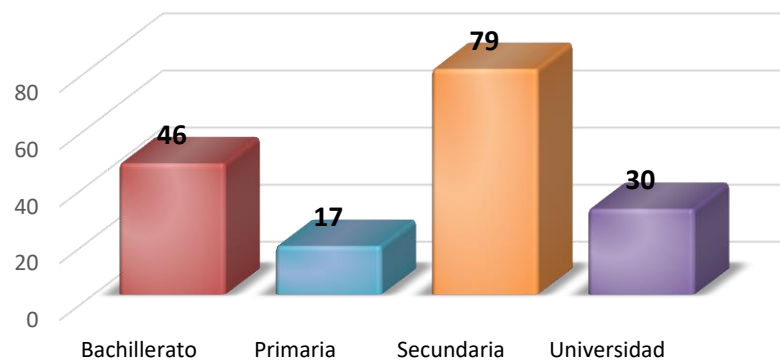


Tabla 22. Descripción de la escolaridad del padre.

	Frecuencia	Porcentaje
Bachillerato	46	26.7%
Primaria	17	9.9%
Secundaria	79	45.9%
Universidad	30	17.4%
Total	172	100.0%

La **tabla 23** muestra la ocupación de las madres de los adolescentes entrevistados, en dónde se obtuvo que el 65.7% de estas se dedican al hogar; el 29.1% son asalariadas; el 4.1% son trabajadores independientes y solamente el 1.2% son estudiantes.

Gráfica 9. Ocupación de la madre

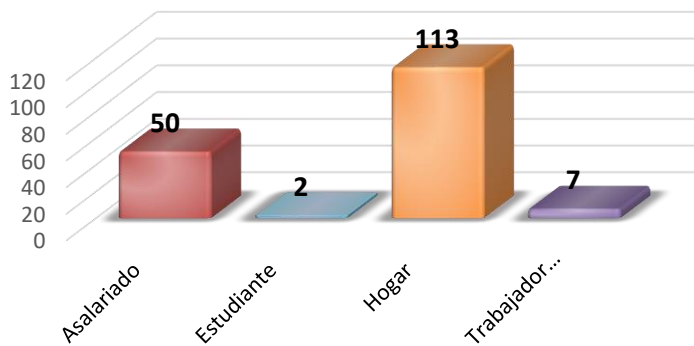


Tabla 23. Descripción de la ocupación de la madre

	Frecuencia	Porcentaje
Asalariado	50	29.1%
Estudiante	2	1.2%
Hogar	113	65.7%
Trabajador independiente	7	4.1%
Total	172	100.0%

La **tabla 24** muestra la de descripción de la ocupación de los padres, obteniendo que el 80.7% son trabajadores asalariados: seguidos del 13.4% que son trabajadores independientes, se 5.9% se dedican al hogar o estuvieron desempleados al momento del estudio.

Gráfica 10. Ocupación del padre

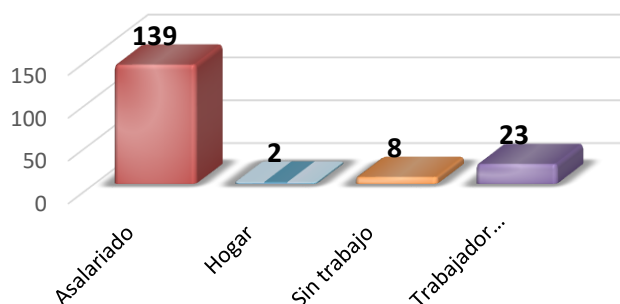


Tabla 24. Descripción de la ocupación del padre.

	Frecuencia	Porcentaje
Asalariado	139	80.70%
Hogar	2	1.20%
Sin trabajo	8	4.70%
Trabajador independiente	23	13.40%
Total	172	100.00%

Análisis de las dimensiones del instrumento de actitud hacia la protección específica de la obesidad

A continuación se describen los resultados del instrumento final con 23 ítems agrupados en 7 dimensiones, se obtuvieron estadísticas de tendencia central y de dispersión para conocer en qué medida los datos se distribuyen en torno a las respuestas favorables y desfavorables en cada situación particular a la que se cuestionó, cabe analizar que aunque el sentido de las respuestas cambió en algunos ítems, esto no ocurrió en su codificación en donde el valor de 1 es el extremo negativo y el valor de 5 es el extremo positivo. Por lo que se obtuvieron estas estadísticas para cada ítem y dimensión, así como la distribución de frecuencias y porcentajes para cada ítem en particular.

Descripción del dominio cognitivo

La **Tabla 25** muestra los resultados obtenidos del dominio cognitivo que involucra dos dimensiones con 3 ítems cada una, y en donde la dimensión de nutrición obtuvo un promedio de 11.6 con una desviación estándar de 2.6, valor que está en un mínimo de 5 y un máximo de 20. El ítem con un promedio mayor dentro de esta dimensión fue el CN3 (Los niños deben realizar alguna actividad física o ejercicio). Con respecto a la dimensión de actividad física del dominio cognitivo, se obtuvo un promedio de 11.6 el cual está en un Rango de 5 a 15 con una desviación estándar de 2.6, los ítems con un puntaje mayor dentro de esta dimensión fueron el CA1 (Sólo los niños con sobrepeso o con obesidad deben evitar de comer bocadillos) y CA3 (Los niños deben estar poco tiempo viendo televisión, computadora o Tablet), ambos con un promedio de 4.1.

Tabla 25. Dominio cognitivo

Dimensión	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
CN2	2.7	1.3	1.0	5.0
CN3	3.1	1.6	1.0	5.0
CN4	3.0	1.5	1.0	5.0
Cognitivo Nutrición	12.7	3.4	5.0	20.0
CA1	4.1	1.2	1.0	5.0
CA2	3.3	1.6	1.0	5.0
CA3	4.1	1.3	1.0	5.0
Cognitivo Actividad Física	11.6	2.6	5.0	15.0

Tabla 26. (CN2) Crees que la obesidad es buena para la salud

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	33	19.2%
La mayoría de las veces	53	30.8%
Algunas veces	42	24.4%
Pocas veces	17	9.9%
Nunca	27	15.7%
Total	172	100.0%

Tabla 27. (CN3) Los niños deben realizar alguna actividad física o ejercicio

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	56	32.6%
La mayoría de las veces	23	13.4%
Algunas veces	22	12.8%
Pocas veces	29	16.9%
Nunca	42	24.4%
Total	172	100.0%

Tabla 28. (CN4) No es suficiente si uno come todo tipo de alimentos, hay necesidad de tabletas de vitaminas o de suplementos alimenticios

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	39	22.7%
La mayoría de las veces	36	20.9%
Algunas veces	28	16.3%
Pocas veces	24	14.0%
Nunca	45	26.2%
Total	172	100.0%

Tabla 29. (CA1) Sólo los niños con sobrepeso o con obesidad deben evitar de comer bocadillos y refrescos

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	1.2%
La mayoría de las veces	33	19.2%
Algunas veces	7	4.1%
Pocas veces	31	18.0%
Nunca	99	57.6%
Total	172	100.0%

Tabla 30. (CA2) Sólo los niños con sobrepeso o con obesidad deben hacer actividad física y deportes

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	39	22.7%
La mayoría de las veces	25	14.5%
Algunas veces	14	8.1%
Pocas veces	30	17.4%
Nunca	64	37.2%
Total	172	100.0%

Tabla 31. (CA3) Los niños deben estar poco tiempo viendo televisión, computadora o Tablet

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	109	63.4%
La mayoría de las veces	18	10.5%
Algunas veces	11	6.4%
Pocas veces	29	16.9%
Nunca	5	2.9%
Total	172	100.0%

Descripción del dominio Afectivo

La **tabla 32** muestra la descripción de los puntajes de los ítems y las dimensiones que conforman el dominio afectivo de la escala final, en dónde se obtuvo que la dimensión de nutrición registró un promedio de 9.7 con una desviación estándar de 2.9, un mínimo de 3 y un máximo de 15, en donde el ítem el ítem AN1 (Si estas triste o aburrido comes más alimentos y prefieres ver televisión, estar en la computadora o Tablet que salir a jugar o hacer deporte) fue el que tuvo el puntaje positivo más alto, seguido del ítem AN2 (No eres capaz de parar de comer si te sientes satisfecho).

Con respecto a la dimensión de actividad física, se obtuvo un puntaje global promedio para esta dimensión de 10.2, con una desviación estándar de 2.3, un mínimo de 4 y un máximo de 15, en donde el ítem con el puntaje más alto de esta dimensión fue el AA1 (Te sientes feliz si comes dulces, chocolates, comidas fritas con grasa), con un puntaje promedio de 4.2. Seguido del ítem AA3 (Prefieres comer alimentos por su sabor a comerlos porque sean saludable) con un promedio de 3,3.

Tabla 32. Dominio afectivo

Dimensión	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
AN1	3.8	1.3	1.0	5.0
AN2	3.1	1.3	1.0	5.0
AN3	2.8	1.2	1.0	5.0
Afectivo Nutrición	9.7	2.9	3.0	15.0
AA1	4.2	1.0	1.0	5.0
AA2	2.7	1.4	1.0	5.0
AA3	3.3	1.4	1.0	5.0
Afectivo Actividad Física	10.2	2.3	4.0	15.0

Tabla 33. (AN1) Si estas triste o aburrido comes más alimentos y prefieres ver televisión, estar en la computadora o Tablet que salir a jugar o hacer deporte

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	18	10.5%
Casi siempre	15	8.7%
Ocasionalmente	25	14.5%
Rara vez	47	27.3%
Nunca	67	39.0%
Total	172	100.0%

Tabla 34. (AN2) No eres capaz de parar de comer si te sientes satisfecho

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	30	17.4%
Casi siempre	20	11.6%
Ocasionalmente	44	25.6%
Rara vez	51	29.7%
Nunca	27	15.7%
Total	172	100.0%

Tabla 35. (AN3) Te sientes con mejor ánimo después de correr andar en bicicleta o hacer un deporte

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	20	11.6%
Casi siempre	32	18.6%
Ocasionalmente	50	29.1%
Rara vez	41	23.8%
Nunca	29	16.9%
Total	172	100.0%

Tabla 36. (AA1) Te sientes feliz si comes dulces, chocolates, comidas fritas (con grasa)

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	2.3%
Casi siempre	12	7.0%
Ocasionalmente	16	9.3%
Rara vez	52	30.2%
Nunca	88	51.2%
Total	172	100.0%

Tabla 37. (AA2) Consideras que no te hace falta comer mejor ni hacer más ejercicio para sentirte saludable

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	14.0%
Casi siempre	28	16.3%
Ocasionalmente	29	16.9%
Rara vez	52	30.2%
Nunca	39	22.7%
Total	172	100.0%

Tabla 38. (AA3) Prefieres comer alimentos por su sabor a comerlos porque sean saludables

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	32	18.6%
Nunca	38	22.1%
Ocasionalmente	27	15.7%
Rara vez	50	29.1%
Siempre	25	14.5%
Total general	172	100.0%

Descripción del dominio conductual

La **tabla 39** muestra la distribución de los puntajes obtenidos del dominio conductual en sus 11 ítems que conforman tres dimensiones del instrumento final, en donde la dimensión de nutrición, obtuvo un promedio global de 32.1 con una desviación estándar de 5, un mínimo de 15 y un máximo de 52, en donde el ítem con el promedió más alto fue el CDN5 (Realizas juegos de mesa, ves televisión, tocas un instrumento musical, lees) con un promedio de 3.4, en segundo lugar, el ítem CDN1 (Has usado la información en las etiquetas de los alimentos para elegir comerlos) con un promedio de 3.1.

Con respecto a la dimensión de actividad física se obtuvo un puntaje promedio global de 13.6 con una desviación estándar de 2.7, un mínimo de 7 y un máximo de 20. en donde los tres ítems muestran una distribución particularmente homogénea con respecto a sus promedios que van de 3.3 a 3.6.

Finalmente, en cuanto a la dimensión de sedentarismo, la dimensión conductual fue la única que mantuvo esta dimensión posterior a la validez del instrumento, obteniendo un puntaje promedio en esta escala de 13.3 con una desviación estándar de 2 puntos, 2.3, un mínimo de 7 y un máximo de 19.

Tabla 39. Dominio conductual

Dimensión	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
CDN1	3.1	1.3	1.0	5.0
CDN2	2.7	1.3	1.0	5.0
CDN3	2.3	1.2	1.0	5.0
CDN5	3.4	1.2	1.0	5.0
Conductual Nutrición	32.1	5.0	15.0	52.0
CDA1	3.6	1.3	1.0	5.0
CDA2	3.3	1.2	1.0	5.0
CDA4	3.4	1.4	1.0	5.0
Conductual Actividad Física	13.6	2.7	7.0	20.0
CDS1	4.2	0.9	1.0	5.0
CDS2	3.9	1.2	1.0	5.0
CDS3	2.7	1.3	1.0	5.0
CDS4	2.5	1.3	1.0	5.0
Conductual Sedentarismo	13.3	2.3	7.0	19.0

Tabla 40. (CDN1) No pones atención a la información nutricional y a la buena alimentación que se anuncia en televisión, radio, revistas, periódicos o libros

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	14.0%
Casi siempre	27	15.7%
Ocasionalmente	50	29.1%
Rara vez	44	25.6%
Nunca	27	15.7%
Total	172	100.0%

Tabla 41. (CDN2) Has usado la información en las etiquetas de los alimentos para elegir

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días de la ser	35	20.3%
La mayoría de los días c	58	33.7%
Algunos días de la sem	31	18.0%
Pocos días de la seman	24	14.0%
Nunca	24	14.0%
Total	172	100.0%

Tabla 42. (CDN3) Has platicado con tu médico familiar sobre la obesidad

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Algunos días de la sem	32	18.6%
La mayoría de los días c	49	28.5%
Nunca	12	7.0%
Pocos días de la seman	18	10.5%
Todos los días de la ser	61	35.5%
Total general	172	100.0%

Tabla 43. (CDN5) Realizas juegos de mesa, ves televisión, tocas un instrumento musical, lees

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días de la ser	10	5.8%
La mayoría de los días c	33	19.2%
Algunos días de la sem	35	20.3%
Pocos días de la seman	59	34.3%
Nunca	35	20.3%
Total	172	100.0%

Tabla 44. (CDA1) Comes frutas y verduras

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días de la ser	12	7.0%
La mayoría de los días c	30	17.4%
Algunos días de la sem	31	18.0%
Pocos días de la seman	43	25.0%
Nunca	56	32.6%
Total	172	100.0%

Tabla 45. (CDA2) Tomas bebidas azucaradas (refrescos, jugos procesados)

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	13	7.6%
Casi siempre	31	18.0%
Ocasionalmente	42	24.4%
Rara vez	56	32.6%
Nunca	30	17.4%
Total	172	100.0%

Tabla 46. (CDA4) Comes alimentos saludables aunque no te gusten

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días de la ser	23	13.4%
La mayoría de los días c	17	9.9%
Algunos días de la sem	41	23.8%
Pocos días de la seman	42	24.4%
Nunca	49	28.5%
Total	172	100.0%

Tabla 47. (CDS1) Comes comida frita o comida rápida (hot dogs, hamburguesas, papas)

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días de la ser	4	2.3%
La mayoría de los días c	5	2.9%
Algunos días de la sem	22	12.8%
Pocos días de la seman	58	33.7%
Nunca	83	48.3%
Total	172	100.0%

Tabla 48. (CDS2) Comes pan, tortillas, pastas

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días de la ser	7	4.1%
La mayoría de los días c	19	11.0%
Algunos días de la sem	30	17.4%
Pocos días de la seman	52	30.2%
Nunca	64	37.2%
Total	172	100.0%

Tabla 49. (CDS3) Ves televisión, usas la computadora, lap-top, Tablet y otras pantallas

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días de la ser	38	22.1%
La mayoría de los días c	42	24.4%
Algunos días de la sem	40	23.3%
Pocos días de la seman	32	18.6%
Nunca	20	11.6%
Total	172	100.0%

Tabla 50. (CDS4) Realizas deportes por más de 30 minutos (por ejemplo futbol, natación)

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días de la ser	51	29.7%
La mayoría de los días c	47	27.3%
Algunos días de la sem	32	18.6%
Pocos días de la seman	28	16.3%
Nunca	14	8.1%
Total	172	100.0%

Como se mencionó al previamente en este estudio, todo individuo en este caso joven de 10 a 19 años tiene creencias, concepciones y valores propios hacia la nutrición y hacia la actividad física que influyen en sus actos, generalmente estas percepciones se correlacionan con su comportamiento, por lo que se identificaron las siguientes actitudes frente a la protección específica de la obesidad considerando a la teoría de la acción razonada, las actitudes positivas que los jóvenes tengan sobre nutrición, actividad física y sedentarismo hacen menos probable que la obesidad se presente en ellos.

En el dominio cognitivo los jóvenes presentaron actitudes favorables en general: 32.6% de los jóvenes opinan que todos los jóvenes deben realizar alguna actividad física, 26.2 % dicen que es suficiente que uno coma todo tipo de alimentos sin necesidad de alimentación. En la dimensión nutricional del mismo dominio los adolescentes tienen una actitud favorable pues el 57.9% consideran que todos los niños (independientemente de su peso) deben evitar comer

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

bocadillos y refrescos) actitud favorable en actividad física siendo que 37.2% opinan que no solo los niños son sobrepeso u obesidad deben hacer actividad física y deportes, actitud favorable en sedentarismo ya que 63.4% consideran que solo se debe esta poro tiempo viendo tv y otras pantallas. Sin embargo el ítem *Consideras que la obesidad es buena para la salud* obtuvo una actitud desfavorable en la mayoría (30.8%) de los jóvenes.

El dominio afectivo tuvo actitud favorable en la dimensión nutricional con una mayoría de 39% en el ítem *si etas triste o aburrido comes más alimentos y prefieres ver televisión que salir a jugar o hacer deporte*, 29.7% en el ítem *no eres capaz de parar de comer si te sientes satisfecho*. En la dimensión de actividad física las actitudes fueron desfavorables 30.2% *consideran que no les falta comer mejor ni hacer más ejercicio para sentirse saludables*.

Los adolescentes presentaron en su mayoría actitudes favorables: 33.7% han usado la información nutricional en las etiquetas de los alimentos para elegirlos, solo el 7.6% eligieron la respuestas *siempre* en el ítem *tomas bebidas azucaradas (refrescos y jugos procesados)*, 35.% han platicado con su médico familiar sobre la obesidad, 29.7% realizan deportes por más de 30 minutos todos los días de la semana, sin embargo 28.5% no comen alimentos saludables porque no les gusta y 24.4% ven televisión, usan la computadora y otras pantallas por menos de 2 h. al día la mayoría de los días de la semana.

16 CONCLUSIONES

Los objetivos de estudio fueron planteados en términos de validar cada uno de los criterios de validez psicométrica de un instrumento y la descripción de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de este, los cuales fueron cumplidos de manera aceptable.

El instrumento cuenta con validez aparente a partir del Análisis mediante el uso de la técnica Delphi sobre los comentarios y puntos de vista de un comité de expertos el cual dio como resultado los ítems del instrumento inicial. Posteriormente se le dio la validez aparente al instrumento a partir de las grabaciones que se hicieron a los grupos focales de adolescentes de 10 a 19 años, mismas que fueron analizadas y sobre las cuales se corrigieron los ítems que no mostraron un punto de entendimiento por parte de los entrevistados, para así poder contar con un instrumento que sea entendible para la población objetivo.

Una vez obtenida la muestra final se realizó el diagnóstico de las distribuciones de los ítems para identificar posibles sesgos de techo y suelo, que con corresponden a sesgos en la distribución de los ítems con una asimetría y curtosis mayor a 2 o menor a -2 en donde se eliminaron 2 ítems que eran parte de los dominios afectivo y cognitivo de sedentarismo.

Para la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación Varimax a los 38 ítems iniciales del instrumento, los cuales explicaron una varianza total de 48.9%, estos fueron agrupados en 9 factores explicando en promedio una varianza de 5.44 cada uno; por lo cual el instrumento final a partir de la eliminación de 15 ítems y 2 dimensiones por no cubrir con los criterios psicométricos, para concluir como un instrumento final de 23 ítems agrupados en 7 factores, los cuales explican el 57.5% de la varianza, respetando los criterios psicométricos de mantener al menos 3 ítems en cada dimensión, y con una varianza promedio explicada de 8.2. Este modelo final se comprobó mediante las pruebas de $KMO=0.676$ y obtuvo una significancia con la prueba de esfericidad de Bartlett $P=.00$, confirmando los factores de este modelo.

Con respecto a la validez de criterio se alcanzaron puntuaciones adecuadas en torno a las dimensiones, por lo que se confirma que es de tipo concurrente. La consistencia interna mostro un Alfa de Cronbach de 0.65 con puntajes similares para las dimensiones.

El 57% de la población de estudio fueron hombres cuyo rango de edad predomino entre los 14 y 16 años, teniendo estudios máximos de bachillerato, mismos que son cuidados en un 80% por su madre, quienes mayormente tiene un nivel de estudio de secundaria y se dedican al hogar.

Los resultados del instrumento de actitudes hacia la protección específica de la obesidad mostraron, con respecto al dominio cognitivo, la dimensión de nutrición la cual logro un puntaje global de 12.7, más elevado que la dimensión de actividad física que obtuvo un promedio de 11.6.

Dentro del dominio afectivo se obtuvo, la dimensión de actividad física de 10.2 la cual fue mayor que la de nutrición, la cual alcanzo un 9.7.

Finalmente, en el dominio conductual la dimensión de nutrición obtuvo un puntaje de 32.1 de los 52 alcanzables, la dimensión de actividad física consiguió un puntaje de 13.6 de los 20 alcanzables y la dimensión de sedentarismo logro un puntaje de 13.3 de los 19 alcanzables.

17 DISCUSIÓN

Se logró validar el instrumento a partir de las técnicas psicométricas más comunes, con lo que se puede asumir que este instrumento puede caracterizar de manera adecuada a la población en riesgo, sin embargo existen limitaciones en la validez de contenido, que afectaron la agrupación de los ítems en el análisis factorial, por lo que es importante establecer qué, a pesar de que se comprobó el modelo final estadísticamente, pudo haber mejorado su varianza explicada si se hubieran podido corregir esta situación es de manera inicial.

La actitud hacia la protección específica de la obesidad es un componente importante dentro de la historia natural de esta enfermedad, Ya que evitando la obesidad en sus etapas iniciales a partir del fomento de la salud y del cambio de

hábitos y actitudes se podrían evitar las repercusiones que implican para el paciente y para el sistema de salud.

18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

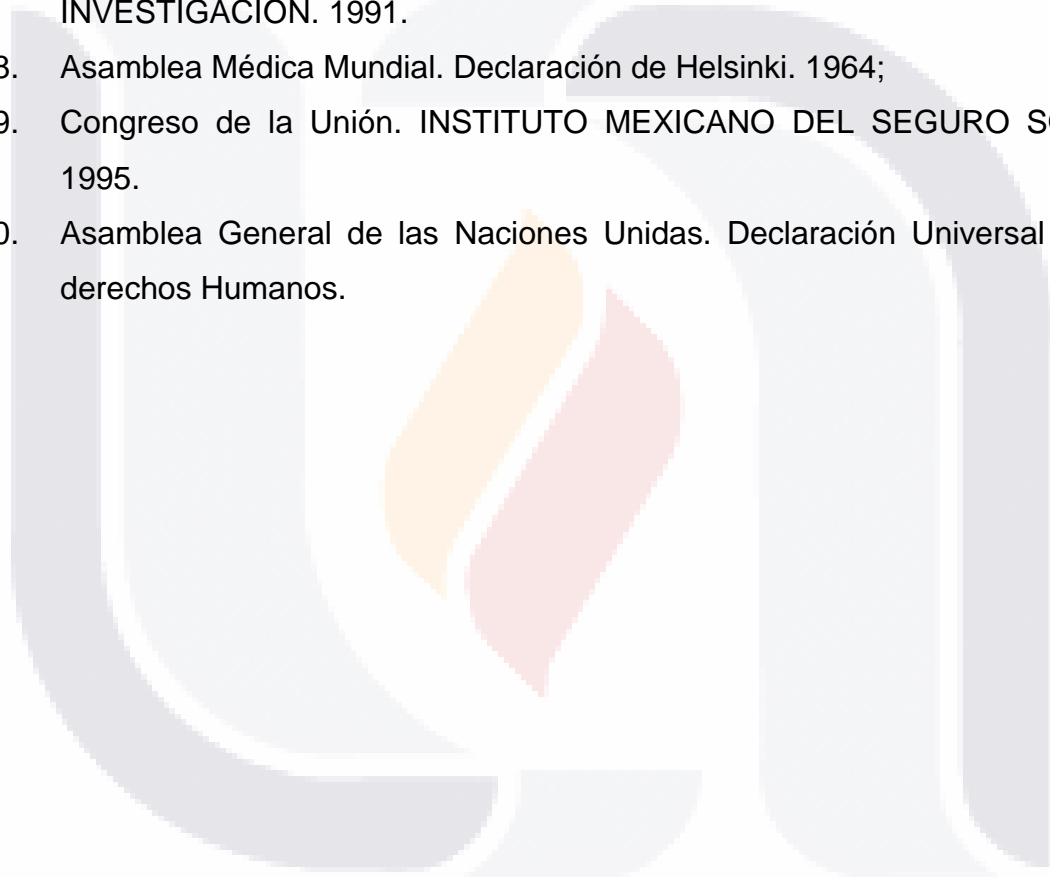
1. OMS. Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas. 2018.
2. OECD. OBESITY UPDATE 2017. 2017.
3. Pública IN de S. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. 2016.
4. Hernández-Jiménez S. Fisiopatología de la obesidad. Vol. 140. 2004.
5. Secretaría de Salud. Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad. 2012.
6. OMS. Estrategia mundial sobre regimen alimentario, actividad física y salud. 2004.
7. OMS OPS. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades. 2013.
8. Gómez C. R, De Arruda M, Sulla T. J, Alvear F, Urra A. C, González P. C, et al. Construcción de un instrumento para valorar la actitud a la obesidad en adolescentes. Rev Chil Nutr. 2015;42(3):277–83.
9. Gomez-Campos R, Vasquez-Cerda P, Luarte-Rocha C, Ibañez-Quispe V, Cossio-Bolaños M. Valores normativos para evaluar la actitud hacia la obesidad en jóvenes universitarios. Rev Esp Nutr Humana y Diet. 2016;20(2):104–10.
10. Lera L, Fretes G, González CG, Salinas J, Vio F. Validación de un instrumento para evaluar consumo, hábitos y prácticas alimentarias en escolares de 8 a 11 años. Nutr Hosp. 2015;31(5):1977–88.
11. Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS, Sáez-Bueno A. Design and validation of scales to measure adolescent attitude toward eating and toward physical activity. Rev Esp Salud Publica. 2012;86(3):253–68.
12. El-Sahili LF. Psicología Social metodología de la investigación * El pensamiento social * Los gr CO E HL, ML-1).

13. McGuire WJ. Attitudes and Attitude Change. Handbook of Social Psychology. In 1985. p. 233–346.
14. Suarez EC. Actitudes, evaluación y racionalidad. In: Estudios de Psicología. 1992. p. 37–45.
15. Greenwald AG, Banaji MR, Bargh J, Bhaskar R, Blair I, Bernstein R, et al. Implicit Social Cognition: Attitudes, Self-Esteem, and Stereotypes Implicit Social Cognition: Introduction and Overview. Vol. 102, Psychological Review. 1995.
16. D Wilson, Timothy . Samuel L. A model of dual attitudes. 2000.
17. Fazio RH, Olson MA. The MODE model: Attitude-behavior processes as a function of motivation and opportunity The Dual Implicit Process Model View project MULTIPLE PROCESSES BY WHICH ATTITUDES GUIDE BEHAVIOR: THE MODE MODEL AS AN INTEGRATIVE FRAMEWORK. 2014.
18. Morales JF, Moya M. Definición de Psicología Social. Psicología Social. 2007. 6 p.
19. Tormala ZL, Petty RE. Source Credibility and Attitude Certainty: A Metacognitive Analysis of Resistance to Persuasion TORMALA AND PETTY RESISTANCE AND ATTITUDE CERTAINTY. 2004.
20. Allport G.M. Attitudes. Handbook of Social Psychology. 1935. p. 798–844.
21. Katz D. THE FUNCTIONAL APPROACH TO THE STUDY OF ATTITUDES. 2015.
22. Osgood, CE. PHSG. The measurement of meaning. 1857;
23. Likert R. Technique for the Measurement of Attitudes. Woodworth RS, editor. New York Universtiy; 1932. 5–42 p.
24. Rubio herrera MA, Moreno Iopera C. Medicina basada en la evidencia: nutrición en la obesidad. Endocrinol y Nutr. 2005;52(Supl 2):102–9.
25. Herrera A. Historia de Psicometria y Teoria de La Medida. 1998.
26. Sandín EMP. Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones. Rev Pedagog. 2005;27.
27. Abad, Francisco J. Garrdio Jesus., Olea, Julio. Ponsoda V. Introducción a la

- Psicometría. teoría Clásica de los Test y Teoría de la Respuesta al Ítem. 2006;2–74.
28. Babbie E. The Practice of Social Research. 2010.
 29. Jimenez Alfaro, Karol. Montero Rojas E. Aplicación del modelo de Rasch, en el análisis psicométrico de una prueba de diagnóstico en matemática. Revista digital Matemática. 2012;
 30. Messick S, Jungeblut A, Mislevy R, Zieky M. Standards-Based Score Interpretation: Establishing Valid Grounds for Valid Inferences.
 31. Messick S. Educational measurement. Am Counc Educ Macmillan. 1989;13–104.
 32. Soriano AM. Diseño y validación de instrumentos de medición. 2014.
 33. Supo DJ. Cómo validar un instrumento. 2013.
 34. RAE. Real Academia Española. 2019.
 35. Leavell, HR, Clark E. Prevent Medicine for the Doctor in his Community. 1965.
 36. Empresa Social del Estado Hospital Juan De Dios. Protección específica y detección temprana. Hospital de Concordia. 2014.
 37. Secretaria de Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. 2012.
 38. OMS. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. 2003.
 39. Bordignon NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación. 2005;50–63.
 40. Wallon H, Palacios J (Palacios G, Espanya. Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de Publicaciones. Psicología y educación del niño: una comprensión dialéctica del desarrollo y la educación infantil. Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia; 1987.
 41. gov.mx. Sistema Educativo en México. 2018.
 42. Choi E-S, Shin N-R, Jung E-I, Park H-R, Lee H-M, Song K-H. A study on nutrition knowledge and dietary behavior of elementary school children in Seoul. Nutr Res Pract. 2008;2(4):308.
 43. Njelekela M, Muhihi A, Mpembeni RM, Anaeli A, Chillo O, Kubhoja S, et al.

- Knowledge and attitudes towards obesity among primary school children in Dar es Salaam, Tanzania. *Niger Med J.* 2015;56(2):103–8.
44. Lin W, Yang Bs H-C, Hang C-M, Pan W-H. Nutrition knowledge, attitude, and behavior of Taiwanese elementary school children. Vol. 16, *Asia Pac J Clin Nutr.* 2007.
 45. INEGI. Encuesta intercensal. 2015.
 46. Cai L, Zhang T, Ma J, Ma L, Jing J, Chen Y. Self-perception of weight status and its association with weight-related knowledge, attitudes, and behaviors among Chinese children in Guangzhou. *J Epidemiol.* 2017;27(7):338–45.
 47. Millner V, McDermott RC, Eichold BH. Alabama Children’s Body Mass Index, Nutritional Attitudes, and Food Consumption: An Exploratory Analysis. *South Med J.* 2018;111(5):274–80.
 48. Potter MB, Vu JD, Croughan-Minihane M. Weight management: what patients want from their primary care physicians. *J Fam Pract.* 2001 Jun;50(6):513–8.
 49. Hudon C, St-Cyr Tribble D, Bravo G, Hogg W, Lambert M, Poitras ME. Family physician enabling attitudes: A qualitative study of patient perceptions. *BMC Fam Pract.* 2013;14.
 50. Martínez-Munguía CN-CG. Factores Psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;52:94–101.
 51. Nunnally JC. Introducción a la medición psicológica. Paidós, Buenos Aires;; 1973.
 52. Varela-Ruiz Margarita. Diaz-Bravo Laura. Rocío GD. Descripción y usos de la técnica Delphi. *Investig en Educ Médica.* 2012;90–5.
 53. Abad, Francisco J. Olea Julio Ponsoda, Vicente., García Carmen. *Medición en ciencias sociales y de la salud.* 2011.
 54. Urrutia Egaña M, Barrios Araya S, Marina Gutiérrez Núñez L, Magdalena Mayorga Camus L. Métodos óptimos para determinar validez de contenido Optimal method for content validity. Vol. 28, *Educación Médica Superior.* 2014.

55. M.M. García Calvente e I Mateo Rodríguez. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Atención Primaria. 2000;25:181–5.
56. García Jiménez, Eduardo., Gil Flores, Javier., Rodríguez Gómez G. Análisis factorial. 2000.
57. en Roberto Hernández Sampieri MC, Fernández Collado C, Pilar Baptista Lucio D, de la Luz Casas Pérez M. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. 1991.
58. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki. 1964;
59. Congreso de la Unión. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. 1995.
60. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los derechos Humanos.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Anexo A. Cartas de consentimiento informado

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p><u>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A EXPERTOS PARA PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN</u></p>	
<p>Nombre _____</p>	<p>Dirección _____</p>	<p>Teléfono _____</p>
<p>Nombre del estudio:</p>	<p>Construcción y validación de un instrumento para identificar la actitud ante la protección específica de la obesidad en población de 10 a 19 años adscritos a la UMF No. 1-IMSS, Aguascalientes.</p>	
<p>Patrocinador externo (si aplica)*:</p>	<p>No aplica</p>	
<p>Lugar y fecha:</p>	<p>Aguascalientes, Ags. 2019</p>	
<p>Número de registro institucional:</p>	<p>Sin folio</p>	
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>Construir y validar un instrumento que mida la actitud de la población de 10 a 19 años sobre la protección específica de la obesidad, ya que se han empleado múltiples estrategias y programas para la prevención de la obesidad, lo cierto es que esta enfermedad está en aumento, la actitud es determinante del comportamiento y no hay instrumentos validados al respecto en población mexicana.</p>	
<p>Procedimientos:</p>	<p>Se me ha explicado que mi participación consiste en evaluar la validez de contenido de un instrumento, los métodos serán 1.- de manera individual por medio de una plantilla que será otorgada por el investigador y 2.- por medio de una reunión la cual será audio-grabada con fines de investigación. En ambos casos mis datos y la información obtenida serán confidenciales.</p>	
<p>Posibles riesgos y molestias:</p>	<p>No existen riesgos potenciales</p>	
<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</p>	<p>Colaborar a la validación de un instrumento que permita identificar las actitudes hacia la protección específica de la obesidad población de 10 a 19 años de edad.</p>	
<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</p>	<p>El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado. Así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación</p>	
<p>Participación o retiro:</p>	<p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente</p>	
<p>Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial.</p>	
<p>Declaración de consentimiento:</p>		
<p>Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:</p>		
<p> <input type="checkbox"/> No Acepto participar en este estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto ser participe en este estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto participar para este estudio y estudios futuros. </p>		
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>		
<p>Investigadora o Investigador Responsable:</p>	<p>Dra. Erika Lorena Vega Silva, Médico Familiar adscrito a la coordinación de Educación en salud en la delegación Aguascalientes.</p>	
<p>Colaboradores:</p>	<p>Dra. Priscilla Méndez Luna, Residente del tercer año de la especialidad en Medicina Familiar adscrita a la Unidad de medicina Familiar No 1 Aguascalientes.</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité_eticainv@imss.gob.mx</p>		
<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene Consentimiento</p>	
<p>_____ Testigo 1, Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Testigo 2, Nombre, dirección, relación y firma</p>	
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.</p>		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A PADRES PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del estudio:	Construcción y validación de un instrumento para identificar la actitud ante la protección específica de obesidad en población de 10 a 19 años adscritos a la UMF No. 1-IMSS, Aguascalientes.
Patrocinador externo (si aplica)*:	No aplica
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Ags. 2019.
Número de registro institucional:	Sin folio.
Justificación y objetivo del estudio:	Se me ha explicado que se va a realizar un cuestionario (instrumento) para saber las ideas, emociones y comportamientos para prevenir la obesidad en jóvenes de 10 a 19 años.
Procedimientos:	Se me ha explicado que la participación de mi hijo consiste en la comprensión y respuesta de un cuestionario (instrumento) que consiste en datos generales y preguntas respecto a la prevención de la obesidad, también se nos grabará audio con fines de investigación. En todo momento yo estaré presente en la participación de mi hijo.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Colaborar en la realización de un cuestionario que servirá para saber las ideas, emociones y comportamientos para prevenir la obesidad que tienen los jóvenes de 10 a 19 años.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La persona responsable y sus ayudantes me dijeron que en caso de que haya algún cambio, me darán la información a tiempo y que responderán y explicaran las preguntas o dudas que mi hijo o que yo tengamos referente a este estudio.
Participación o retiro:	Entiendo que tengo el derecho de retirar a mi hijo del estudio en cualquier momento en que lo deseemos conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha explicado que mis datos y los de mi hijo así como la información que demos serán privados y será tratada de forma confidencial.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No Acepto participar en este estudio.
 Si acepto ser participe en este estudio.
 Si acepto participar para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Erika Lorena Vega Silva, Médico Familiar adscrito a la coordinación de Educación en salud en la delegación Aguascalientes.
Colaboradores: Dra. Priscilla Méndez Luna, Residente del tercer año de la especialidad en Medicina Familiar adscrita a la Unidad de medicina Familiar No 1 Aguascalientes.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1, Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene Consentimiento

Testigo 2, Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDA A PACIENTES DE 10 A 19 AÑOS PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del estudio: Construcción y validación de un instrumento para identificar la actitud ante la protección específica de obesidad en población de 10 a 19 años adscritos a la UMF No. 1-IMSS, Aguascalientes.

Patrocinador externo (si aplica)*: No aplica

Lugar y fecha: Aguascalientes, Ags. 2019.

Número de registro institucional: Sin folio.

Justificación y objetivo del estudio: Se me ha explicado que se va a realizar un cuestionario (instrumento) para saber las ideas, emociones y comportamientos para prevenir la obesidad en jóvenes de 10 a 19 años.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación consiste en entender y responder un cuestionario (instrumento) que consiste en datos generales y preguntas sobre acciones para evitar la obesidad, también se nos grabará en audio para el estudio. En todo momento estaré acompañado de un familiar adulto.

Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Ayudar en la creación de un cuestionario que servirá para saber las ideas, emociones y comportamientos para prevenir la obesidad que tienen los jóvenes de 10 a 19 años.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: La persona responsable y/o sus ayudantes me dijeron que en caso de que haya algún cambio nos lo dirán a tiempo a mis padres y a mí, y que nos responderán y explicaran en caso de que tengamos dudas o preguntas.

Participación o retiro: Entiendo que puedo salir del estudio en cualquier momento que desee.

Privacidad y confidencialidad: La persona responsable y/o sus ayudantes me han explicado que toda mi información es privada.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No Acepto participar en este estudio.
 Si acepto ser participe en este estudio.
 Si acepto participar para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Erika Lorena Vega Silva, Médico Familiar adscrito a la coordinación de Educación en salud en la delegación Aguascalientes.

Colaboradores: Dra. Priscilla Méndez Luna, Residente del tercer año de la especialidad en Medicina Familiar adscrita a la Unidad de medicina Familiar No 1 Aguascalientes.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene Consentimiento

Testigo 1, Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2, Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Anexo B. Instrumentos

B.1 Instrumento inicial

ESCALA PARA IDENTIFICAR LA ACTITUD ANTE LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA OBESIDAD EN POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UMF NO. 1- IMSS, AGUASCALIENTES

El entrevistador leerá al paciente/padre/tutor lo siguiente: *Agradezco de antemano la colaboración para este estudio, les reitero que la información se mantendrá bajo confidencialidad y será utilizada únicamente con fines de investigación.*

Parte I. Información de carácter sociodemográfico

Instrucciones: El entrevistador leerá al paciente el contenido del siguiente cuadro y marcará con una X en el paréntesis según corresponda a las respuestas del encuestado. La edad, peso e IMC se obtendrá de su cartilla de salud actualizada.

1.	Sexo: Hombre ()	Mujer ()	
2.	Edad: a) 10 a 13 años ()	b) 14 a 16 años ()	c) 17 a 19 años ()
3.	Peso: a) Menos de 40 kg ()	b) De 41 a 55 kg ()	c) Más de 56 kg. ()
4.	Estatura: a) Menos de 1.30 m. ()	b) De 1.31 a 1.50 m. ()	c) Más de 1.51 m. ()
4.1	IMC: a) Menos de 13.5 kg/m ² ()	b) De 13.6 a 16.5 kg/m ² ()	c) Más de 16.6 kg/m ² ()
5.	Tu escolaridad: _____		
6.	Cuidador: a) Madre ()	b) Padre ()	c) Abuelos ()
	d) Otro () especifique _____		
7.	Escolaridad de tu madre: a) Primaria ()	b) Secundaria ()	c) Universidad ()
	a) Completa ()	b) Incompleta ()	
8.	Escolaridad de tu padre: a) Primaria ()	b) Secundaria ()	c) Universidad ()
	a) Completa ()	b) Incompleta ()	
9.	Ocupación de tu madre: a) Hogar ()	b) Estudiante ()	c) Asalariado ()
	d) Trabajador independiente ()	e) Sin trabajo ()	
10.	Ocupación de tu padre: a) Hogar ()	b) Estudiante ()	c) Asalariado ()
	d) Trabajador independiente ()	e) Sin trabajo ()	

Concepto: Actitud

Parte II. Dominio cognitivo de la actitud

II.A Instrucciones: El entrevistador leerá al paciente lo siguiente: *De los enunciados que te leeré a continuación, menciona la frecuencia con que lo has hecho, tus opciones son: muchas veces, la mayoría de las veces, algunas veces, muy pocas veces, nunca. Sólo puedes elegir una opción.*

El encuestador marcará con una X la casilla correspondiente a la respuesta que obtenga del paciente. No utilizar la columna de codificación.

	REACTIVOS	LA MAYORIA DE LAS VECES	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA	CODIFICACIÓN
11	Has oído hablar sobre la obesidad	5	4	3	2	1	
12	Es bueno que un niño sea obeso	1	2	3	4	5	
13	Los niños deben realizar alguna actividad física o ejercicio	5	4	3	2	1	
14	La obesidad nos indica que hay buena salud	1	2	3	4	5	
15	Es suficiente si uno come todo tipo de alimentos, no hay necesidad de vitaminas u otros suplementos alimenticios	5	4	3	2	1	
16	Es necesario obligarse a comer algo que no me gusta por razones de salud	5	4	3	2	1	
17	Solo los niños con sobrepeso o con obesidad deben limitarse de comer bocadillos y refrescos	1	2	3	4	5	
18	Creer que la obesidad es buena para la salud	1	2	3	4	5	
19	Solo los niños con sobrepeso o con obesidad deben hacer actividad física y deportes	1	2	3	4	5	
20	Los niños deben estar pocos tiempo viendo televisión, computadora o Tablet	1	2	3	4	5	
21	Es recomendable leer algunas etiquetas nutrimentales de los alimentos	5	4	3	2	1	
22	Es más saludable comer una fruta que un dulce o un pan	5	4	3	2	1	
23	Es más saludable comer en horarios fijos y sentado	5	4	3	2	1	

Parte III Dominio afectivo de la actitud

III.A. Instrucciones: El entrevistador leerá al paciente lo siguiente: *De los enunciados que te leeré a continuación, menciona la frecuencia que más se adecue a ti, sólo puedes elegir una de las opciones siguientes: muchas veces, la mayoría de las veces, algunas veces, muy pocas veces, nunca.*

El encuestador marcará con una X la casilla correspondiente a la respuesta. No utilizar la columna de codificación.

	REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	OCASIO-NALEMENTE	RARA VEZ	NUNCA	CODIFICACIÓN
24	Si estoy triste como a cada rato	1	2	3	4	5	
25	Si estoy aburrido prefiero ver televisión, estar en la computadora o Tablet que salir a jugar o hacer deporte	1	2	3	4	5	
26	Soy capaz de parar de comer si me siento satisfecho	5	4	3	2	1	
27	Me siento con mejor ánimo después de correr, andar en bicicleta o hacer un deporte	5	4	3	2	1	

28	Me siento feliz si como dulces, chocolates, comidas fritas (con grasa)	1	2	3	4	5	
29	Consideras que te hace falta comer mejor para sentirte saludable	1	2	3	4	5	
30	Prefieres comer alimentos por su sabor a comerlos porque sean saludables	1	2	3	4	5	
31	Sientes que es bueno para tu salud estar mucho tiempo con el televisor, celular, computadoras o Tablet	1	2	3	4	5	
32	Consideras que te hace falta realizar más ejercicio para sentirte saludable	1	2	3	4	5	
33	Sueles comer mientras ocupas el televisor, celular, computadoras o Tablet	1	2	3	4	5	

Parte IV Dominio conductual de la actitud

IV.A. Instrucciones: El entrevistador leerá al paciente lo siguiente: *De las actividades que te leeré a continuación, menciona la frecuencia con que las realizas, tus opciones son: muchas veces, la mayoría de las veces, algunas veces, muy pocas veces, nunca. Sólo puedes elegir una opción.* El encuestador marcará con una X la casilla correspondiente a la respuesta que le den. No utilizar la columna de codificación.

	REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	OCASIONAL- MENTE	RARA VEZ	NUNCA	CODIFICA- CIÓN
34	Pones atención a la información nutricional y a la buena alimentación que se anuncia en televisión, radio, revistas, periódicos o libros	5	4	3	2	1	
35	Has usado la información en las etiquetas de los alimentos para elegir alimentos	5	4	3	2	1	
36	Has preguntado a otras personas que alimentos son buenos para la salud	5	4	3	2	1	
37	Te has saltado alguna comida del día	1	2	3	4	5	
38	Has platicado con tu Médico Familiar sobre la obesidad	5	4	3	2	1	
39	Eliges comer alimentos basados en tu preferencia	1	2	3	4	5	
40	Comes sentado	5	4	3	2	1	
41	Preparas tu propio desayuno						
42	Tratarías de cambiar tu alimentación si una enfermera o tu Médico Familiar te lo pidiera	5	4	3	2	1	
43	Tratarías de cambiar tu actividad física si una enfermera o un Médico Familiar te lo pidiera	5	4	3	2	1	
44	Tratarías de disminuir el tiempo viendo televisión, usar laptops o Tablet si una	5	4	3	2	1	

	enfermera o un Médico Familiar te lo pidiera						
45	Desayunas, comes y cenas en horarios fijos	5	4	3	2	1	
46	Paseas, caminas, corres o usas bicicleta para ir algún lugar (Ejemplo al ir a la tienda, a un curso, a la escuela o a la casa)	5	4	3	2	1	
47	Sigues las indicaciones alimentarias de tu Médico Familiar	5	4	3	2	1	
48	Sigues las indicaciones de actividad física de tu Médico Familiar	5	4	3	2	1	

IV.B. Instrucciones: El entrevistador leerá al paciente lo siguiente: *De los enunciados que te leeré a continuación, menciona la frecuencia que más se adecue a ti, sólo puedes elegir una de las opciones siguientes: todos los días de la semana, la mayoría de los días de a semana, algunos días de la semana, nunca.*

El encuestador marcará con una X la casilla correspondiente a la respuesta del encuestado. No utilizar la columna de codificación.

	REACTIVOS	Todos los días de la semana	La mayoría de los días de la semana	Algunos días de la semana	Pocos días de la semana	Nunca	CODIFICACIÓN
49	Comes Sabritas, frituras, dulces, chocolates	1	2	3	4	5	
50	Comes frutas y verduras	5	4	3	2	1	
51	Tomas bebidas azucaradas (refrescos o jugos procesados)	1	2	3	4	5	
52	Comes la grasa visible de la carne	1	2	3	4	5	
53	Evitas comer alimentos que no te gusten	1	2	3	4	5	
54	Comes comida frita o comida rápida (hot-dogs, hamburguesas, papas fritas)	1	2	3	4	5	
55	Comes alimentos fuera de casa	1	2	3	4	5	
56	Comes pan, tortillas, pastas	1	2	3	4	5	
57	Comes papas y leguminosas (por ejemplo frijol, lentejas, garbanzos)	5	4	3	2	1	
58	Ves televisión	1	2	3	4	5	
59	Usas la computadora, lap-top, Tablet y otras pantallas	1	2	3	4	5	
60	Realizas deporte	5	4	3	2	1	

B.2 Instrumento final

ESCALA PARA IDENTIFICAR LA ACTITUD ANTE LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA OBESIDAD EN POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UMF NO. 1- IMSS, AGUASCALIENTES

El entrevistador leerá al paciente/padre/tutor lo siguiente: *Agradezco de antemano la colaboración para este estudio, les reitero que la información se mantendrá bajo confidencialidad y será utilizada únicamente con fines de investigación.*

Parte I. Información de carácter sociodemográfico

Instrucciones: El entrevistador leerá al paciente el contenido del siguiente cuadro y marcará con una X en el paréntesis según corresponda a las respuestas del encuestado. La edad, peso e IMC se obtendrá de su cartilla de salud actualizada.

1. Sexo: Hombre () Mujer ()
2. Edad: a) 10 a 13 años () b) 14 a 16 años () c) 17 a 19 años ()
3. Peso: a) Menos de 40 kg () b) De 41 a 55 kg () c) Más de 56 kg. ()
4. Estatura: a) Menos de 1.30 m. () b) De 1.31 a 1.50 m. () c) Más de 1.51 m. ()
5. Tu escolaridad: _____
6. Cuidador: a) Madre () b) Padre () c) Abuelos ()
d) Otro () especifique _____
7. Escolaridad de tu madre: a) Primaria () b) Secundaria () c) Bachillerato
d) Universidad ()
8. Escolaridad de tu padre: a) Primaria () b) Secundaria () c) Bachillerato
9. Ocupación de tu madre: a) Hogar () b) Estudiante () c) Asalariado ()
d) Trabajador independiente () e) Sin trabajo ()
10. Ocupación de tu padre: a) Hogar () b) Estudiante () c) Asalariado ()
d) Trabajador independiente () e) Sin trabajo ()

Concepto: Actitud

Parte II. Dominio cognitivo de la actitud

Instrucciones: El entrevistador leerá al paciente lo siguiente: *De los enunciados que te leeré a continuación, menciona la frecuencia con que lo has hecho, tus opciones son: muchas veces, la mayoría de las veces, algunas veces, muy pocas veces, nunca. Solo puedes elegir una opción.*

	REACTIVOS	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	CODIFICACIÓN
11	Los niños deben realizar alguna actividad física o ejercicio	5	4	3	2	1	
12	No es suficiente si uno come todo tipo de alimentos, hay necesidad de tabletas de vitaminas o de suplementos alimenticios	1	2	3	4	5	
13	Sólo los niños con sobrepeso o con obesidad deben evitar de comer bocadillos y refrescos	1	2	3	4	5	
14	Solo los niños con sobrepeso o con obesidad deben hacer actividad física y deportes	1	2	3	4	5	
15	No es recomendable leer algunas etiquetas nutrimentales de los alimentos	1	2	3	4	5	
16	Es más saludable hacer deporte que estar sentado viendo tv o usar el celular	5	4	3	2	1	

Parte III Dominio afectivo de la actitud

Instrucciones: El entrevistador leerá al paciente lo siguiente: *De los enunciados que te leeré a continuación, menciona la frecuencia que más se adecue a ti, sólo puedes elegir una de las opciones siguientes: muchas veces, la mayoría de las veces, algunas veces, muy pocas veces, nunca.*

El encuestador marcará con una X la casilla correspondiente a la respuesta. No utilizar la columna de codificación.

	REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	OCASIONAL- MAYORITARIO	RARA VEZ	NUNCA	CODIFICACIÓN
17	No eres capaz de parar de comer si te sientes satisfecho	1	2	3	4	5	
18	Te sientes con mejor ánimo después de correr, andar en bicicleta o hacer un deporte	5	4	3	2	1	
19	Te sientes feliz si comes dulces, chocolates, comidas fritas (con grasa)	1	2	3	4	5	
20	Consideras que no te hace falta comer mejor ni hacer más ejercicio para sentirte saludable	5	4	3	2	1	
21	Prefieres comer alimentos por su sabor a comerlos porque sean saludables	1	2	3	4	5	
22	Prefieres ir en coche/camión que caminar distancias cortas (tienda, escuela, cursos,)	1	2	3	4	5	

Parte IV Dominio conductual de la actitud

IV.A. Instrucciones: El entrevistador leerá al paciente lo siguiente: *De las actividades que te leeré a continuación, menciona la frecuencia con que las realizas, tus opciones son: muchas veces, la mayoría de las veces, algunas veces, muy pocas veces, nunca. Sólo puedes elegir una opción.* El encuestador marcará con una X la casilla correspondiente a la respuesta que le den. No utilizar la columna de codificación

	REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	OCASIONAL- MENTE	RARA VEZ	NUNCA	CODIFICACIÓN
23	No pones atención a la información nutricional y a la buena alimentación que se anuncia en televisión, radio, revistas, periódicos o libros	1	2	3	4	5	
24	Has usado la información en las etiquetas de los alimentos para elegir comerlos	5	4	3	2	1	
25	Has platicado con tu Médico Familiar sobre la obesidad	5	4	3	2	1	
26	Realizas juegos de mesa, ves televisión, tocas un instrumento musical, lees	5	4	3	2	1	
27	Tratarías de cambiar tu alimentación, tu actividad física o disminuir el tiempo viendo televisión, usar laptops o Tabletas si una enfermera o tu Médico Familiar te lo pidiera	5	4	3	2	1	

IV.B. Instrucciones: El entrevistador leerá al paciente lo siguiente: *De los enunciados que te leeré a continuación, menciona la frecuencia que más se adecue a ti, sólo puedes elegir una de las opciones siguientes: todos los días de la semana, la mayoría de los días de a semana, algunos días de la semana, nunca.* El encuestador marcará con una X la casilla correspondiente a la respuesta del encuestado. No utilizar la columna de codificación

	REACTIVOS	Todos los días de la semana	La mayoría de los días de la semana	Algunos días de la semana	Pocos días de la semana	Nunca	CODIFICACIÓN
28	Desayunas, comes y cenas en horarios fijos	5	4	3	2	1	
29	Caminas a ritmo rápido, usas bicicleta para ir algún lugar (Ejemplo al ir a la tienda, a un curso, a la escuela o a la casa), subes y bajas escaleras.	5	4	3	2	1	
30	Sueles ver televisor, celular, computadoras o Tablet mientras comes	1	2	3	4	5	
31	No te gustaría tener la clase de actividad física	1	2	3	4	5	
32	Ves televisión, usas la computadora, lap-top, Tablet y otras pantallas (menos de 2 h. diarias)	1	2	3	4	5	
33	Realizas deportes por más de 30 minutos (por ejemplo, futbol, natación, basquetbol)	5	4	3	2	1	

Anexo C. Operacionalización de las variables

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS								
CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	DIMENSIONES	VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	ÍTEMS	CODIFICACIÓN	
Perfil sociodemográfico	Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza a un grupo social.	Características sociales y demográficas de la población y de su desarrollo a través del tiempo.	Sexo Características fenotípicas del sujeto de estudio al momento de la aplicación del instrumento.	Fenotipo	Cualitativa nominal dicotómica Hombre Mujer	1.- Sexo	Hombre	1
							Mujer	2
			Edad Años de vida que el sujeto tiene al momento de la aplicación del estudio	Número de años cumplidos	Cuantitativa numérica	2.- Edad	a) 10 a 13 años	1
							b) 14 a 16 años	2
							c) 17 a 19 años	3
			Peso Resultado de pesar a una persona en una báscula	Kilogramos	Cuantitativa numérica discreta	3.- Peso	a) Menos de 40kg	1
							b) De 41kg a 55 kg	2
							c) Más de 55 kg	3
			Estatura Resultado de medir a una persona de pie, sin zapatos con un estadímetro	Metros	Cuantitativa numérica continua	4.- Estatura	a) Menos de 1.30 m.	1
							b) De 1.31 m. a 1.50 m.	2
							c) Más de 1.50 m.	3
			Índice de Masa Corporal Resultado de la relación entre el peso y la talla.	Kilogramos/Metros cuadrados	Cuantitativa numérica continua	4.1 IMC	a) Menos de 13.5 kg/m ²	1
							b) De 13.6 a 16.5 kg/m ²	2
							c) Más de 16.6 kg/m ²	3
			Escolaridad	Años	Cuantitativa	5.- Tu	a) Primaria	1

			Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.		numérica	escolaridad 7.- Escolaridad de tu madre	b) Secundaria c) Bachillerato. a) Universidad	2 3 4
			Cuidador Persona unida por lazos sanguíneos, afectivos o legales al niño y que es responsable de satisfacer sus necesidades	a) Madre b) Padre c) Abuelos d) Otro	Cualitativa nominal policotómica	6.- Cuidador principal	a) Madre b) Padre c) Abuelos d) Otro	1 2 3 4
			Ocupación Actividad desempeñada para obtener remuneraciones	a) Hogar b) Estudiante c) Asalariado d) Trabajador independiente a) Sin trabajo	Cualitativa nominal policotómica	9.- Ocupación de tu madre 10. Ocupación de tu padre	a) Hogar b) Estudiante c) Asalariado d) Trabajador independiente e) Sin trabajo	1 2 3 4 5

ACTITUD ANTE LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA OBESIDAD					
CONCEPTO	DOMINIO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	ÍTEM
<p>ACTITUD ANTE LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA OBESIDAD</p> <p>Aprobación o desaprobación que la población de 10 a 19 años manifiesta ante el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de las personas frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de obesidad</p>	<p>COGNITIVO</p> <p>Incluye creencias y pensamientos, es decir, se refiere a un conjunto de información que las personas tienen acerca de un objeto, persona o situación (percepciones o ideas), de este modo la actitud es influenciada por la información o entendimiento que se tiene previamente</p>	<p>NUTRICIÓN</p> <p>Ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.</p>	<p>1.- Antropometría. 2.- Socio-economía. 3.- Educación. 4.- Acceso a los servicios de salud. 5.- Orientación higiénico-dietética.</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>1.- Siempre 2.- La mayoría de las veces 3.- Algunas veces 4.- Pocas veces 5.- Nunca</p>	<p>NUTRICION</p> <p>11.- Has oído hablar sobre la obesidad 14.- No es suficiente si uno come todo tipo de alimentos, hay necesidad de vitaminas u otros suplementos alimenticios 15.- Sólo los niños con sobrepeso o con obesidad deben limitarse de comer bocadillos y refrescos. 18.- No es recomendable leer algunas etiquetas nutrimentales de los alimentos</p>
		<p>ACTIVIDAD FÍSICA</p> <p>Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.</p>	<p>1.- Nivel de intensidad. 2.- Tempo de actividad física. 3.- Pasos caminados por día o semana. 4.- Gasto de energía por día o semana.</p>		<p>ACTIVIDAD FÍSICA</p> <p>13.- Los niños deben realizar alguna actividad física o ejercicio 16.- Sólo los niños con sobrepeso o con obesidad deben hacer actividad física y deportes 19.- Es más saludable hacer deporte que estar sentado viendo tv o usar el celular</p>
		<p>SEDENTARISMO</p> <p>Falta de actividad física regular, definida como: "menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana".</p>	<p>1.-Falta de actividad física. 2.- Tiempo de ejercicio. 3.- Tiempo dedicado a conductas de inactividad física.</p>		<p>SEDENTARISMO</p> <p>12.- Crees que la obesidad es buena para la salud 17 Los niños deben estar pocos tiempo viendo televisión, computadora o Tablet (máximo 2 h. /día) 20.- No es saludable comer en horarios fijos ni sentado</p>

	<p>APECTIVO</p> <p>Componente integrado por los sentimientos y emociones que se tiene en favor o en contra de un objeto, situación o persona, y en la mayoría de las veces es elemento más resistente al cambio</p>	<p>NUTRICIÓN</p> <p>Ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.</p>	<p>1.- Antropometría. 2.- Socio-economía 3.- Educación. 4.- Acceso a los servicios de salud. 5.- Orientación higiénico-dietética.</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>1.- Siempre 2.- Casi siempre 3.- Ocasionalmente 4.- Rara vez 5.- Nunca</p>	<p>NUTRICIÓN</p> <p>22 No eres capaz de parar de comer si te sientes satisfecho 24.- Te sientes feliz si comes dulces, chocolates, comidas fritas (con grasa) 26.- Prefieres comer alimentos por su sabor a comerlos porque sean saludables</p>
		<p>ACTIVIDAD FÍSICA</p> <p>Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.</p>	<p>1.- Nivel de intensidad. 2.- Tempo de actividad física. 3.- Pasos caminados por día o semana. 4.- Gasto de energía por día o semana.</p>		<p>ATIVIDAD FÍSICA</p> <p>23.- Te sientes con mejor ánimo después de correr, andar en bicicleta o hacer un deporte 25.- Consideras que no te hace falta comer mejor para sentirte saludable 29.- Prefieres correr, caminar, bailar (actividades físicas) en lugar de estar sentado (viendo tv, con tu celular o laptop)</p>
		<p>SEDENTARISMO</p> <p>Falta de actividad física regular, definida como: "menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana"</p>	<p>1.-Falta de actividad física. 2.- Tiempo de ejercicio. 3.- Tiempo dedicado a conductas de inactividad física.</p>		<p>SEDENTARISMO</p> <p>21.- Si estas triste o aburrido comes más alimentos y prefieres ver televisión, estar en la computadora o Tablet que salir a jugar o hacer deporte. 27.- Sientes que es bueno para tu salud estar mucho tiempo con el televisor, celular, computadoras o Tablet. 28.- Prefieres ir en coche/camión que caminar distancias cortas (tienda, escuela, cursos,)</p>
	<p>CONDUCTUAL</p> <p>Se engloban los comportamientos dirigidos y las acciones predispuestas por emociones, el componente conductual consiste en la tendencia a actuar y reaccionar de un modo particular sobre un objeto, situación o persona.</p>	<p>NUTRICIÓN</p> <p>Ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.</p>	<p>1.- Antropometría. 2.- Socio-economía. 3.- Educación. 4.- Acceso a los servicios de salud. 5.- Orientación higiénico-dietética.</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>1.- Siempre 2.- Casi siempre 3.- Ocasionalmente 4.- Rara vez 5.- Nunca</p>	<p>NUTRICIÓN</p> <p>30.- No pones atención a la información nutricional ni a la buena alimentación que se anuncia en televisión, radio, revistas, periódicos o libros 31.- Has usado la información en las etiquetas de los alimentos para elegir comerlos 32.- Has platicado con tu Médico Familiar sobre la obesidad 33.- Eliges comer alimentos basados en tu preferencia 36.- Desayunas, comes y cenas</p>

					en horarios fijos
		<p>ACTIVIDAD FÍSICA</p> <p>Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.</p>	<p>1.- Nivel de intensidad. 2.- Tempo de actividad física. 3.- Pasos caminados por día o semana. 4.- Gasto de energía por día o semana.</p>		<p>ACTIVIDAD FÍSICA</p> <p>37.- Caminas a ritmo rápido, usas bicicleta para ir algún lugar (Ejemplo al ir a la tienda, a un curso, a la escuela o a la casa), subes y bajas escaleras 38.- No sigues las indicaciones alimentarias y de actividad física de tu Médico Familiar</p>
		<p>SEDENTARISMO</p> <p>Falta de actividad física regular, definida como: "menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana"</p>	<p>1.- Falta de actividad física. 2.- Tiempo de ejercicio. 3.- Tiempo dedicado a conductas de inactividad física.</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>1.- Todos los días de la semana 2.- La mayoría de los días de la semana 3.- Algunos días de la semana 4.- Pocos días de la semana 5.- Nunca</p>	<p>SEDENTARISMO</p> <p>34.- Realizas juegos de mesa, ves televisión, tocas un instrumento musical, lees. 35.- Tratarías de cambiar tu alimentación, tu actividad física o disminuir el tiempo viendo televisión, usar laptops o Tablet si una enfermera o tu Médico Familiar te lo pidiera 39.- Suelas ver televisor, celular, computadoras o Tablet mientras comes</p>
					<p>NUTRICIÓN</p> <p>40.- No comes frituras, dulces, chocolates 41.- Comes frutas y verduras 42.- Tomas bebidas azucaradas (refrescos o jugos procesados) 44.- Comes alimentos saludables aunque no te gusten 45.- Comes comida frita o comida rápida (hot-dogs, hamburguesas, papas fritas 46.- Comes pan, tortillas, pastas</p>
					<p>ACTIVIDAD FÍSICA</p> <p>43.- No te gustaría tener la clase de actividad física 48.- Realizas deportes por más de 30 minutos (por ejemplo, fútbol, natación, basquetbol)</p>
					<p>SEDENTARISMO</p> <p>47.- Ves televisión, usas la computadora, lap-top, Tablet y otras pantallas (menos de 2 h. diarias)</p>

Anexo D. Manual Operacional

MANUAL OPERACIONAL DEL INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LA ACTITUD ANTE LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA OBESIDAD POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF NO. 1-IMSS, AGUASCALIENTES

Parte I. Información sociodemográfica

Se identificarán las características generales en población de 10 a 19 años adscritos a la UMF-1, IMSS Aguascalientes, esto con el fin de obtener una visión más profunda de dicha población. El encuestador marcará dentro del paréntesis la opción que le corresponda.

1. Sexo: Hace referencia a las características fisiológicas y sexuales con las que se nace, sea mujer u hombre. El encuestador marcará con una X el rubro que le corresponda a su encuestado. Ej.

1. Sexo: Hombre () Mujer (X)

2. Edad: Tiempo que el encuestado tenga en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio. El encuestador marcará con una X el intervalo de edad al que corresponda. Ej.

2. Edad: a) 10 a 13 años(X) b) 14 a 16 años () c) 17 a 19 años ()

3. Peso: Medida antropométrica que mide la masa total de un individuo en el momento del estudio. El encuestador marcará con una X el intervalo de edad al que corresponda. Ej.

3. Peso: a) Menos de 40 kg () b) De 41 a 55 kg (X) c) Más de 56 kg. ()

4. Estatura: Medida antropométrica que mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones). El encuestador marcará con una X el intervalo de edad al que corresponda. Ej.

4. Talla: a) Menos de 1.30 m. (X) b) De 1.31 a 1.50 m. () c) Más de 1.51 m. ()

4.1 IMC: Índice antropométrico obtenido de la relación del peso sobre talla del individuo. El encuestador marcará con una X el intervalo de edad al que corresponda. Ej.

4.1 IMC: a) Menos de 13.5 kg/m²() b) De 13.6 a 16.5 kg/m²() c) Más de 16.6 kg/m²(X)

5. Escolaridad: Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional. A ser un enunciado abierto con el fin de tener la información exacta,

el encuestador escribirá el grado de escolaridad en que se encuentre su encuestado. Ej.

5. Escolaridad: 6to grado de primaria

6. Cuidador: Persona encargada de satisfacer las necesidades del niño. Para conocer este ITEM, las opciones de respuesta son: *Madre, Padre, abuelos u otro*, el encuestador marcará con X el inciso que le corresponda a su encuestado. Ej.

6. Cuidador: Madre () Padre () Abuelos (X) otro ()

7. Escolaridad de la madre: Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional. Este punto tiene dos respuestas, una que hace referencia al nivel de escolaridad de la madre del encuestado (primaria, secundaria y universidad), y otra que hace referencia a si se terminó de forma completa o incompleta el nivel escolar, por lo que el encuestador tendrá que marcar con un X las opciones que correspondan. Ej.

7. Escolaridad de la madre: Primaria () Secundaria () Bachillerato (X) Universidad ()

8. Escolaridad del padre: Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional. Este punto, al igual que el 7 tiene dos respuestas, una que hace referencia al nivel de escolaridad del encuestado (primaria, secundaria y universidad), y otra que hace referencia a si se terminó de forma completa o incompleta el nivel escolar, por lo que tendrá que marcar con un X las opciones que correspondan. Ej.

8. Escolaridad del padre: Primaria () Secundaria (X) Bachillerato (X) Universidad ()

9. Ocupación de la madre: Actividad desempeñada para obtener remuneraciones. El encuestador marcará con una X el inciso que contenga la respuesta que le proporcionen, según a lo que se dedique la madre del encuestado. Ej.

9. Ocupación de la madre: Hogar () Estudiante () Asalariado (X)
Trabajador independiente () Sin trabajo ()

10. Ocupación del padre: Actividad desempeñada para obtener remuneraciones. El encuestador marcará con una X el inciso que contenga la respuesta que le proporcionen, según a lo que se dedique la madre del encuestado. Ej.

10. Ocupación del padre: Hogar () Estudiante () Asalariado (X)
Trabajador independiente () Sin trabajo ()

CONCEPTO: ACTITUD

Parte II. Dominio cognitivo de la actitud

II.A

En esta parte del instrumento se pretende identificar las actitudes cognitivas que tienen la población de 10 a 19 años de edad en acciones de protección específica de la obesidad. Se trata de 13 afirmaciones que van de los ítems 11 al 23 con respuestas tipo Likert: *siempre*, *la mayoría de las veces*, *algunas veces*, *pocas veces*, *nunca*, en donde el encuestador marcará con una X la casilla de la frecuencia que le proporcione el encuestado. No llenar la columna de la codificación.

Ejemplos:

	REACTIVOS	SIEMPRE	LA MAYORIA DE LAS VECES	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	CODIFICACIÓN
11	Has oído hablar sobre la obesidad	X					

	REACTIVOS	SIEMPRE	LA MAYORIA DE LAS VECES	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	CODIFICACIÓN
14	La obesidad nos indica que hay buena salud			X			

Parte III Dominio afectivo de la actitud

III.A

Esta sección de 10 ítems del 24 al 33, con el fin de evaluar la dimensión afectiva de la actitud frente acciones de protección específica de la obesidad, las respuestas se dan en formatos tipo Likert: *siempre*, *casi siempre*, *ocasionalmente*, *rara vez* y *nunca*. Después de leerle los enunciados el encuestado, el encuestador marcará con una X la casilla de la frecuencia que le responda. No llenar la columna de la codificación.

Ejemplos:

	REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	OCASIONALMENTE	RARA VEZ	NUNCA	CODIFICACIÓN
24	Si estoy triste comes a cada rato			X			

	REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	OCASIONALMENTE	RARA VEZ	NUNCA	CODIFICACIÓN
29	Consideras que te hace falta comer mejor para sentirte saludable	X					

Parte IV Dominio conductual de la actitud

Esta sección de 27 reactivos se divide en dos partes en base a las opciones y tipos de repuestas (II.A y II.B). Se pretende identificar la actitud en la población de 10 a 19 años de edad respecto a las acciones específicas en el área de prevención primaria de la obesidad, siendo estas las siguientes:

- Nutrición
- Actividad física
- Sedentarismo

IV.A Consiste en 15 enunciados que corresponden a los Ítems del 34 al 48 en donde se pregunta sobre la actitud conductual, las respuestas son tipo Likert y consisten en: *siempre, casi siempre, ocasionalmente, rara vez, nunca*. El encuestador leerá las instrucciones al participante y después cada oración marcará con una X la casilla que corresponda a la frecuencia que identifique al encuestado. No llenar la columna de codificación.

Ejemplos:

	REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	OCASIONALMENTE	RARA VEZ	NUNCA	CODIFICACIÓN
34	Pones atención a la información nutricional y a la buena alimentación que se anuncia en televisión, radio, revistas, periódicos o libros	X					

	REACTIVOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	OCASIONALMENTE	RARA VEZ	NUNCA	CODIFICACIÓN
43	Tratarías de cambiar tu actividad física si una enfermera o un médico familiar te lo pidiera			X			

IV.B.

Esta parte consta de 12 afirmaciones que corresponden a los Ítems del 49 al 60, en donde se pregunta frecuencia a la semana de la actitud conductual sobre

actividades específicas (grupos de alimentos, bebidas azucaradas, ver televisión y uso de computadora, lap-top, Tablet y otras pantallas), las respuestas están dadas en formato tipo Likert: *todos los días de la semana, la mayoría de los días de la semana, algunos días de la semana, pocos días de la semana, nunca*, el encuestador marcará con una X la casilla que le corresponda según sea el caso del encuestado. No llenar la columna de codificación.

Ejemplos.

	REACTIVOS	Todos los días de la semana	La mayoría de los días de la semana	Algunos días de la semana	Pocos días de la semana	Nunca	CODIFICACIÓN
50	Comes frutas y verduras		X				

	REACTIVOS	Todos los días de la semana	La mayoría de los días de la semana	Algunos días de la semana	Pocos días de la semana	Nunca	CODIFICACIÓN
59	Usas la computadora, lap-top, Tablet y otras pantallas	X					

Anexo E. Plantilla de juicio de expertos

Respetado juez: usted ha sido seleccionado para evaluar la validez de contenido del instrumento:

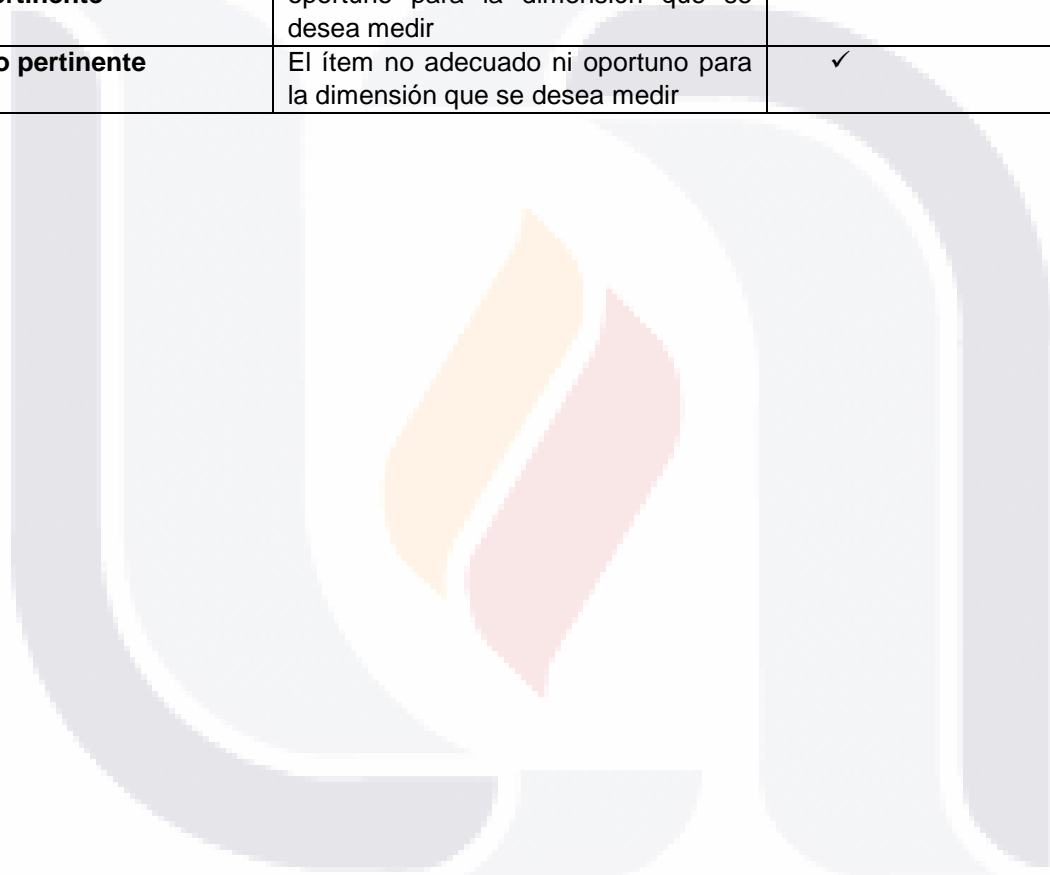
“CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LA ACTITUD ANTE LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA OBESIDAD EN POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF-1, IMSS AGUASCALIENTES”

Nombre completo: _____
 Formación académica: _____
 Áreas de experiencia profesional: _____
 Cargo actual: _____

De acuerdo a los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

CATEGORÍA	INDICADOR	CALIFICACIÓN
Suficiencia Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión	1.- No cumple con el criterio
	Los ítems miden solo un aspecto de la dimensión, pero no corresponden al total de la dimensión	2.- Bajo nivel
	Se deben aumentar algunos ítems para evaluar de forma completa la dimensión	3.- Moderado nivel
	Los ítems son suficientes para evaluar la dimensión	4.- Alto nivel
Claridad El ítem se comprende, su sintáctica y semántica son adecuadas.	El ítem no es claro	1.- No cumple con el criterio
	El ítem requiere muchas modificaciones o una modificación muy grande respecto al uso y orden de palabras	2.- Bajo nivel
	El ítem requiere una modificación muy puntual	3.- Moderado nivel
	El ítem es claro, tiene sintáctica y semántica adecuada	4.- Alto nivel
Coherencia El ítem es lógico de acuerdo a la dimensión o indicador que esté midiendo	El ítem no es lógico con la dimensión	1.- No cumple con el criterio
	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión	2.- Bajo nivel
	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión	3.- Moderado nivel
	El ítem tiene una relación completa con la dimensión	4.- Alto nivel

Relevancia El ítem es importante y debe ser incluido.	El ítem puede eliminarse y no afectaría la medición de la dimensión	1.- No cumple con el criterio
	El ítem tiene cierta relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que este mide	2.- Bajo nivel
	El ítem es relativamente importante	3.- Moderado nivel
	El ítem es muy relevante y debe ser incluido en la dimensión	4.- Alto nivel
Pertinente	El ítem es adecuado y oportuno para la dimensión que se desea medir	✓
Útil pero no pertinente	El ítem es adecuado pero no es oportuno para la dimensión que se desea medir	✓
No pertinente	El ítem no adecuado ni oportuno para la dimensión que se desea medir	✓



CONCEPTO: ACTITUD								
Ítem	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Pertinente	Útil pero no pertinente	No pertinente	Observaciones
DOMINIO COGNITIVO (dimensiones: nutrición, actividad física, sedentarismo)								
11.- Has oído hablar sobre la obesidad								
12.- Es bueno que un niño sea obeso								
13.- Los niños deben realizar alguna actividad física o ejercicio								
14.- La obesidad nos indica que hay buena salud								
15.- Es suficiente si uno come todo tipo de alimentos, no hay necesidad de vitaminas u otros suplementos alimenticios								
16.- Es necesario obligarse a comer algo que no me gusta por razones de salud								
17.- Sólo los niños con sobrepeso o con obesidad deben limitarse de comer bocadillos y refrescos								
18.- Crees que la obesidad es buena para la salud								
19.- Sólo los niños con sobrepeso o con obesidad deben hacer actividad física y deportes								
20.- Los niños deben estar pocos tiempo viendo televisión, computadora o tabletas								
21.- Es recomendable leer algunas etiquetas nutrimentales de los alimentos.								
22.- Es más saludable comer una fruta que un dulce o un pan								
23.- Es más saludable comer en horarios fijos y sentado								

DOMINIO AFECTIVO (dimensiones: nutrición, actividad física, sedentarismo)								
24.- Si estoy triste como a cada rato								
25.- Si estoy aburrido prefiero ver televisión, estar en la computadora o Tablet que salir a jugar o hace deporte								
26.- Soy capaz de parar de comer si me siento satisfecho								
27.- Me siento con mejor ánimo después de correr, andar en bicicleta o hacer un deporte								
28.- Me siento feliz si como dulces, chocolates, comidas fritas (con grasa)								
29.- Consideras que te hace falta comer mejor para sentirte saludable								
30.- Prefieres comer alimentos por su sabor a comerlos porque sean saludables								
31.- Sientes que es bueno para tu salud estar mucho tiempo con el televisor, celular, computadoras o Tablet								
32.- Consideras que te hace falta realizar más ejercicio para sentirte saludable								
33.- Sueles comer mientras ocupas el televisor, celular, computadoras o Tablet								
DOMINIO CONDUCTUAL (dimensiones: nutrición, actividad física, sedentarismo)								
34.- Pones atención a la información nutricional y a la buena alimentación que se anuncia en televisión, radio, revistas, periódicos o libros								
35.- Has usado la información en las etiquetas de los alimentos para elegir alimentos								
36.- Has preguntado a otras personas que alimentos son buenos para la salud								
37.- Te has saltado alguna comida del día								
38.- Has platicado con tu Médico Familiar sobre la obesidad								
39.- Eliges comer alimentos basados en tu preferencia								
40.- Comes sentado								

41.- Preparas tu propio desayuno								
42.- Tratarías de cambiar tu alimentación si una enfermera o tu Médico Familiar te lo pidiera								
43.- Tratarías de cambiar tu actividad física si una enfermera o un Médico Familiar te lo pidiera								
44.-Tratarías de disminuir el tiempo viendo televisión, usar laptops o Tablet si una enfermera o un Médico Familiar te lo pidiera								
45.- Desayunas, comes y cenas en horarios fijos								
46.- Paseas, caminas, corres o usas bicicleta para ir algún lugar (Ejemplo al ir a la tienda, a un curso, a la escuela o a la casa)								
47.- Sigues las indicaciones alimentarias de tu Médico Familiar								
48.- Sigues las indicaciones de actividad física de tu Médico Familiar								
49.- Comes Sabritas, frituras, dulces, chocolates								
50.- Comes frutas y verduras								
51.- Tomas bebidas azucaradas (refrescos o jugos procesados)								
52.- Comes la grasa visible de la carne								
53.- Evitas comer alimentos que no te gusten								
54.- Comes comida frita o comida rápida (hot-dogs, hamburguesas, papas fritas)								
55.- Comes alimentos fuera de casa								
56.- Comes pan, tortillas, pastas								
57.- Comes papas y leguminosas (por ejemplo frijol, lentejas, garbanzos)								
58.- Ves televisión								
59.- Usas la computadora, lap-top, Tablet y otras pantallas								
60.- Realizas deporte								