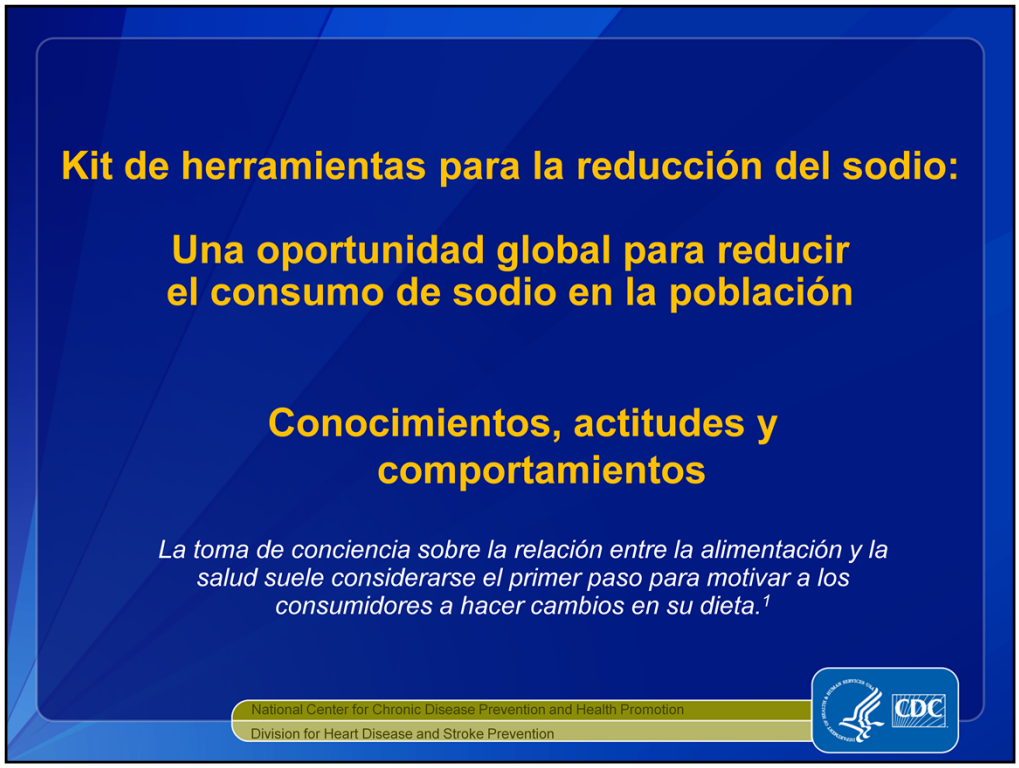
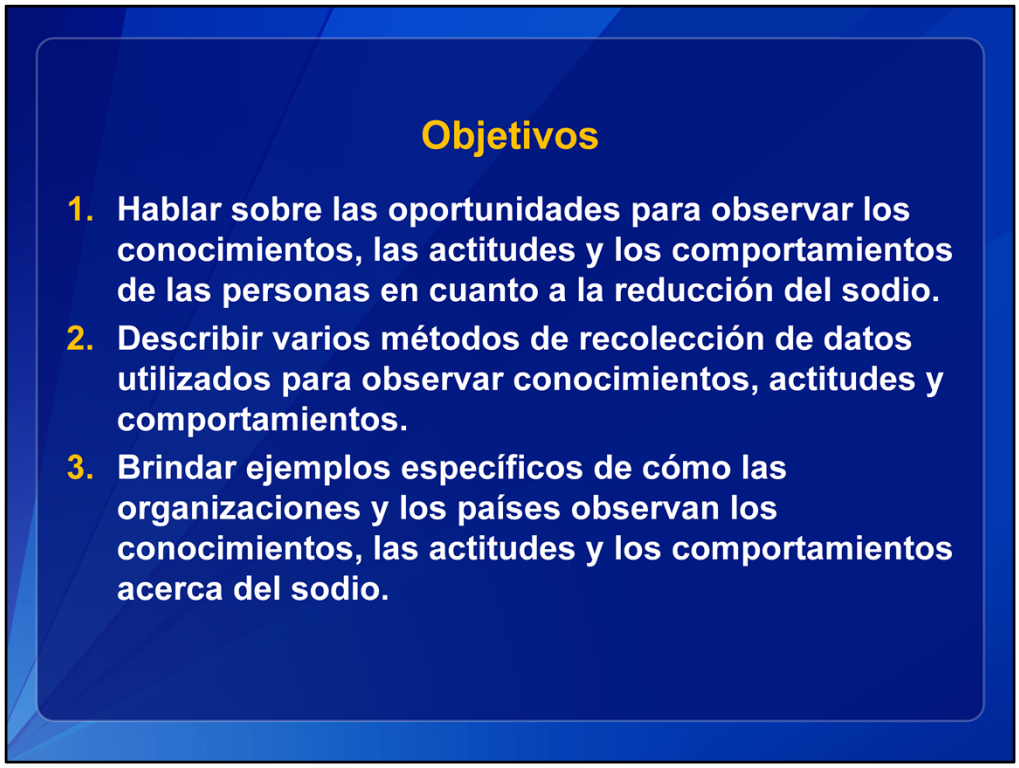


Este módulo es parte del Kit de herramientas para la reducción del sodio: una oportunidad global para reducir el consumo de sodio en la población, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. El kit de herramientas está diseñado para proveer a las agencias del gobierno, organizaciones internacionales y otras partes interesadas una breve reseña, herramientas e información necesaria para comunicar estrategias que reduzcan el consumo de sodio en la población.

La toma de conciencia sobre la relación entre la dieta y la salud suele considerarse el primer paso para motivar a los consumidores a hacer cambios en su alimentación.[1]

Este módulo del Kit de herramientas para la reducción del sodio aborda los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de los consumidores y los proveedores de atención médica respecto del sodio y la salud cardiovascular. Otros módulos brindan información sobre el impacto global del sodio en la salud; métodos para evaluar el consumo de sodio a través de biomarcadores, cálculo indirecto y evaluaciones alimentarias; análisis del sodio en el suministro de alimentos; estrategias para el uso de intervenciones políticas para la reducción del sodio; y el proceso de aplicar y compartir investigaciones basadas en la evidencia. Además, cada módulo incluye ejemplos y una lista de los 10 recursos principales.

Tenga en cuenta que los términos “sal” (también denominada cloruro de sodio) y “sodio”, que aparecen a lo largo de este módulo, no son sinónimos. Los módulos de esta serie utilizan el término “sal” para referirse al cloruro de sodio y “sodio” para referirse al sodio. En la página web del kit de herramientas encontrará una tabla de conversiones para la sal y el sodio.



Los objetivos del módulo de Conocimientos, actitudes y comportamientos son:

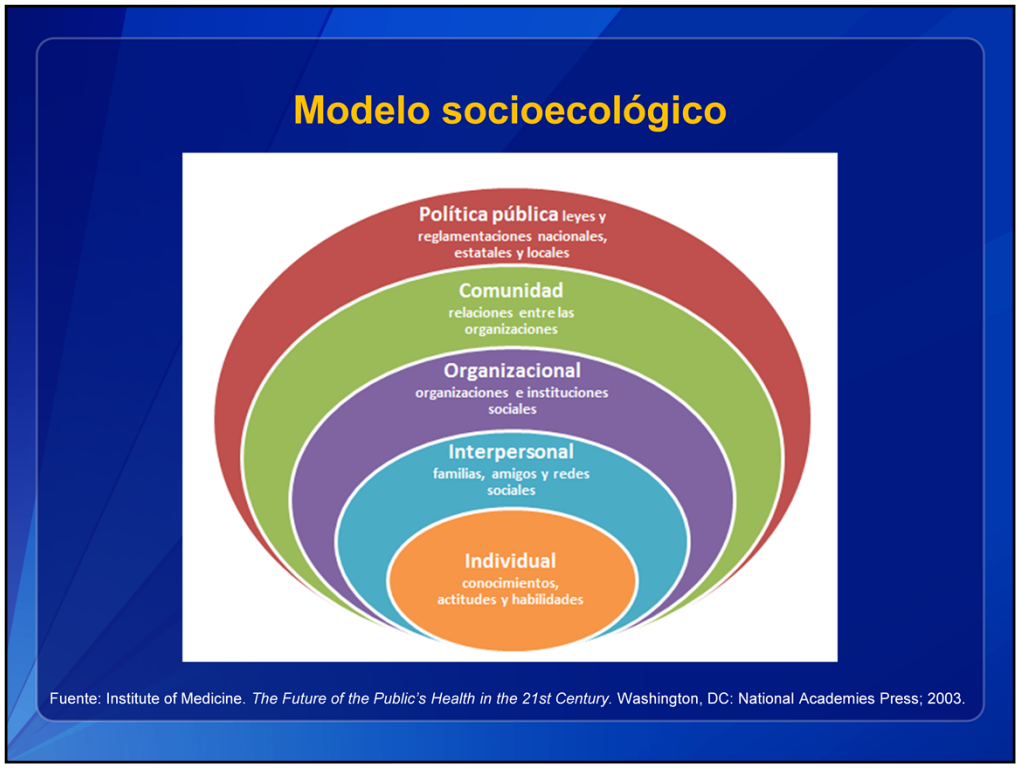
1. Hablar sobre las oportunidades para observar los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de las personas en cuanto a la reducción del sodio.
2. Describir varios métodos de recolección de datos utilizados para observar conocimientos, actitudes y comportamientos.
3. Brindar ejemplos específicos de cómo las organizaciones y los países observan los conocimientos, las actitudes y los comportamientos acerca del sodio.

Tenga en cuenta que los ejemplos y las recomendaciones ofrecidas se deberían utilizar únicamente para capacitaciones y que no implican necesariamente que sean apropiados para su país.

Antecedentes generales

- Conocimientos: toma de conciencia general.
- Actitudes: puntos de vista, opiniones o sensaciones personales.
- Comportamientos: manera de actuar.

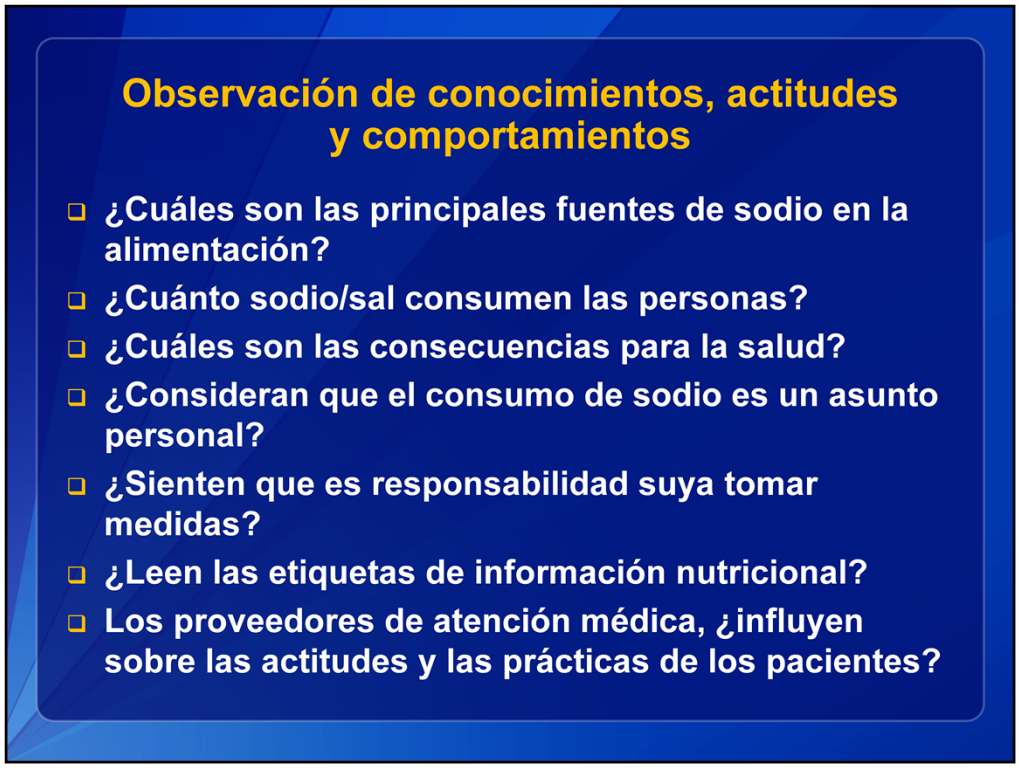
La toma de conciencia por parte del consumidor puede ser el motor detrás de medidas que apunten a la reducción del sodio. Sin embargo, esto no garantiza que las personas tomarán medidas eficaces para reducir el consumo de sodio. Entender los múltiples factores que afectan los conocimientos, las actitudes y los comportamientos puede ser útil a la hora de llevar un control de la reducción del sodio.



El modelo socioecológico muestra cómo los factores individuales, interpersonales, organizacionales y ambientales afectan los conocimientos, las actitudes y los comportamientos.[1] La edad, el sexo, la raza/etnia, la situación socioeconómica y el estado de salud son todos factores individuales que pueden incidir. Datos de los Estados Unidos muestran que las mujeres,[2-8] las personas con una mejor situación socioeconómica[2,3,5,6] y las personas de más edad[9] son más propensas a reducir el consumo de sodio y a leer las tablas de información nutricional de las etiquetas.

Los factores interpersonales, como las relaciones con amigos y familiares, también pueden influir en las normas sociales y culturales. Los estudios realizados indican que el entorno familiar, como las conductas de alimentación de los padres y los comportamientos al alimentar a los hijos, pueden influir sobre las conductas alimentarias de los niños hasta entrada la adultez.[10]

Las comunidades y las organizaciones pueden realizar programas o intervenciones educativas para influir en los conocimientos, las actitudes y los comportamientos. El entorno en el que viven y trabajan las personas también puede influir. Por ejemplo, las políticas de obtención de alimentos saludables pueden mejorar el entorno alimentario y aumentar la capacidad de las personas para elegir alimentos más saludables.



Al observar los conocimientos, las actitudes y los comportamientos, se puede considerar lo siguiente[11,12]:

- ¿Saben las personas cuáles son las principales fuentes de sodio en su alimentación?
- ¿Saben cuánto sodio consumen o cuánta sal le agregan a la comida?
- ¿Están informadas sobre las consecuencias negativas para la salud del consumo excesivo de sodio?
- ¿Sienten que el consumo excesivo de sodio es un problema personal?
- ¿Sienten que es responsabilidad suya tomar medidas para reducir el consumo de sodio?
- ¿Leen las etiquetas de información nutricional a la hora de elegir qué alimentos comprar?
- ¿Cómo afectan a sus pacientes las actitudes y las prácticas de los proveedores de atención médica en cuanto a la reducción del sodio?

En la siguiente diapositiva se describen varios métodos de recolección de datos utilizados para observar conocimientos, actitudes y comportamientos.

Métodos de recolección de datos

Métodos	Beneficios	Limitaciones
Entrevista en persona (EEP)	• Tiene el sesgo de selección más bajo • Tiene la tasa de respuesta más alta • Se pueden usar materiales visuales	• Tiene el costo más alto • Lleva más tiempo • Es la menos anónima
Entrevista telefónica	• Más rápida que la EEP • Menos costosa que la EEP • Más anónima que la EEP	• Sesgo de selección • Puede ser costosa • Puede llevar mucho tiempo
Encuesta por correo postal o Internet	• Es la más anónima • Por correo electrónico: es la menos costosa	• Sesgo de selección • Idioma/alfabetización • Baja tasa de respuesta • Por correo postal: es la que lleva más tiempo
Grupo de enfoque	• Expertos/informantes clave • Respuestas más profundas	• Costoso • Se necesita un entrevistador capacitado • Lleva tiempo
Estudio de observación	• Identifica brechas/obstáculos	• Lleva tiempo • Menos privacidad

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention. *Introduction to Program Evaluation for Public Health Programs: A Self-study Guide.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2011.

Los métodos comunes de recolección de datos sobre conocimientos, actitudes y comportamientos incluyen entrevistas telefónicas o en persona, encuestas por correo electrónico o Internet, grupos de enfoque y estudios de observación.[11,13] Las entrevistas en persona, o hablar con alguien cara a cara, permiten al investigador recolectar información más detallada que la que se puede obtener si un participante responde a una encuesta. Las entrevistas en persona con frecuencia tienen el sesgo de selección más bajo y la tasa de respuesta más alta.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el sesgo de selección se da "cuando los grupos de control y tratamiento que participan en una encuesta son al inicio desiguales estadísticamente respecto de uno o más factores de interés."[14] Sin embargo, las entrevistas en persona pueden ser más costosas que otros métodos porque requieren de personal capacitado y tiempo de traslado. Además, dado que este método se realiza cara a cara, no hay anonimato. Como resultado, algunos participantes pueden responder a las preguntas como creen que será considerado más normal o socialmente aceptable. Puede que sus respuestas no sean verdaderas.

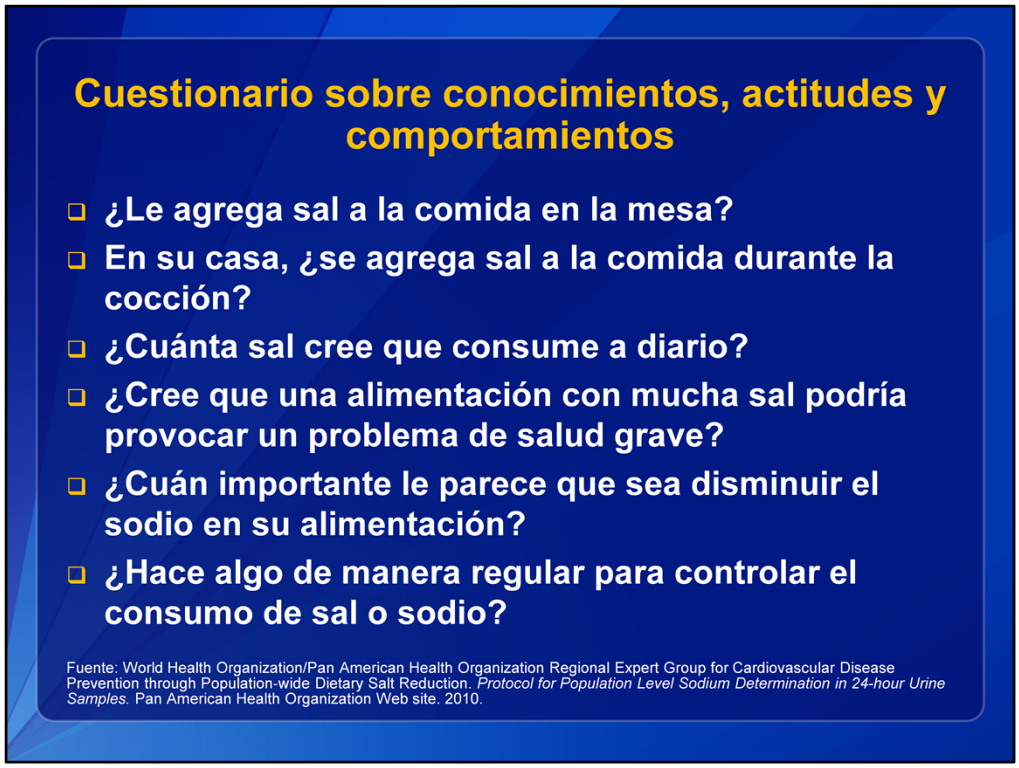
Las entrevistas telefónicas son otra forma de observar los conocimientos, las actitudes y los comportamientos. En comparación con las entrevistas en persona, este método puede ser más rápido, más económico y más anónimo. Sin embargo, con frecuencia tiene un sesgo de selección más alto pues solo es posible entrevistar a los participantes que tienen un teléfono.

En comparación con las entrevistas en persona y telefónicas, las encuestas enviadas por correo o por Internet son las que mantienen el mayor anonimato. Sin embargo, al igual que las entrevistas telefónicas, este método está sujeto a un sesgo de selección, pues solamente pueden participar las personas con una dirección postal o una computadora. Además, los participantes que no dominan bien el idioma de la encuesta o que tienen un bajo nivel de alfabetización pueden tener dificultades para participar. En comparación con las encuestas por Internet, las encuestas enviadas por correo postal son las que llevan más tiempo.

Los investigadores también pueden recurrir a grupos de enfoque. Un grupo de enfoque suele estar formado por 6 a 12 personas con características similares e intereses comunes —dirigidas por un entrevistador capacitado— que comparten sus opiniones, creencias y actitudes respecto de un tema específico. Por ejemplo, se puede realizar un grupo de enfoque con expertos en la materia para evaluar sus actitudes respecto de la reducción del sodio en los alimentos envasados. También se puede realizar un grupo de enfoque para determinar la capacidad de las personas para calcular la cantidad de sodio en los alimentos preparados. Este método podría brindar información más detallada que las entrevistas individuales. Sin embargo, los participantes de un grupo de enfoque podrían dar las respuestas que consideran normales o socialmente aceptables. Los grupos de enfoque pueden llevar tiempo y ser costosos, y dado que la información se obtiene a partir de una muestra pequeña, no se puede generalizar a una población más grande.

Observar y escuchar a los consumidores mientras realizan actividades puede brindar información valiosa para planificar campañas o programas de educación nutricional para el consumidor. Las observaciones pueden ayudar a identificar las brechas entre los informes individuales y lo que se observa. Por ejemplo, en los países donde la mayor parte del sodio proviene de sal agregada durante la cocción o en la mesa, observar el uso de la sal puede ayudar a entender cuánta sal usan los consumidores y qué productos alimenticios compran. Sin embargo, este método puede llevar mucho tiempo.

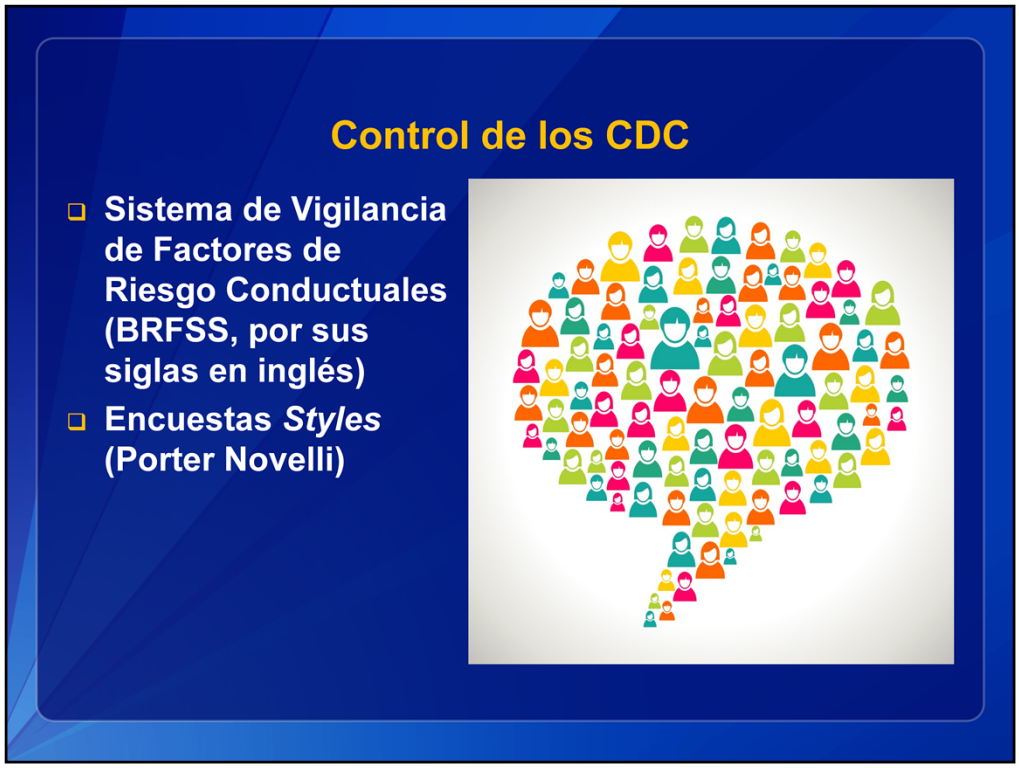
En las siguientes diapositivas se brindan ejemplos específicos de lo que están haciendo las organizaciones y los países para llevar un control de los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de las personas frente al sodio.



En el 2010, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud publicaron el Protocolo para determinar el nivel de sodio en la población en muestras de orina de 24 horas.[15] Este informe se elaboró para asistir a los países en las iniciativas de reducción del sodio.

Una sección especial del informe incluye un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y comportamientos frente al sodio. Los países pueden usar el cuestionario como marco para elaborar sus propias preguntas. Como ejemplos de las preguntas están:

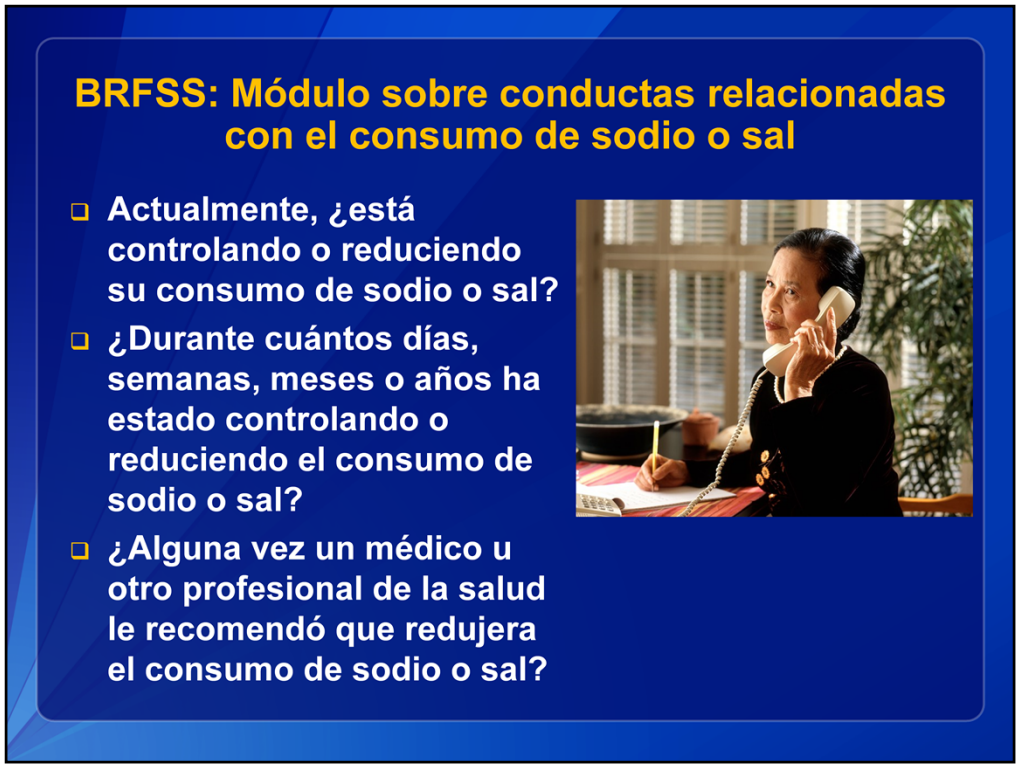
- ¿Le agrega sal a la comida en la mesa?
- En su casa, ¿se agrega sal a la comida durante la cocción?
- ¿Cuánta sal cree que consume?
- ¿Cree que una alimentación con mucha sal podría provocar un problema de salud grave?
- ¿Cuán importante le parece que sea disminuir la sal en su alimentación?
- ¿Hace algo de manera regular para controlar el consumo de sal?



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades utilizan diversos métodos para observar y analizar los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de la población estadounidense respecto del sodio. Algunas fuentes incluyen el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales (BRFSS, por sus siglas en inglés) y las encuestas *Styles* de Porter Novelli. En las siguientes diapositivas encontrará un breve panorama general de cada fuente.

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales es una encuesta telefónica que realizan cada año los departamentos de salud estatales. La encuesta recopila información sobre conductas de riesgo para la salud, prácticas de prevención y acceso a atención médica vinculadas a enfermedades crónicas y lesiones en adultos estadounidenses de 18 años o más.

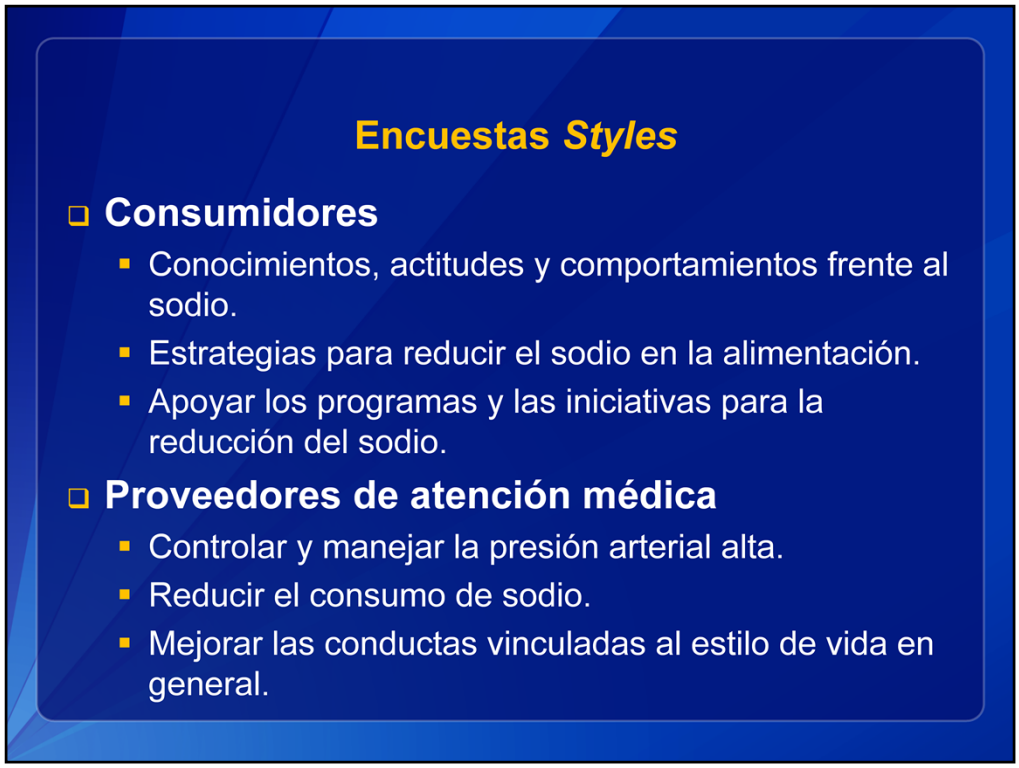
Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades agregaron a esta encuesta un módulo sobre conductas vinculadas al consumo de sodio o sal. Los estados pueden usar estos datos para vigilar y entender mejor las conductas individuales y las medidas vinculadas a la reducción del sodio[16]. A continuación se presentan las preguntas de este módulo.



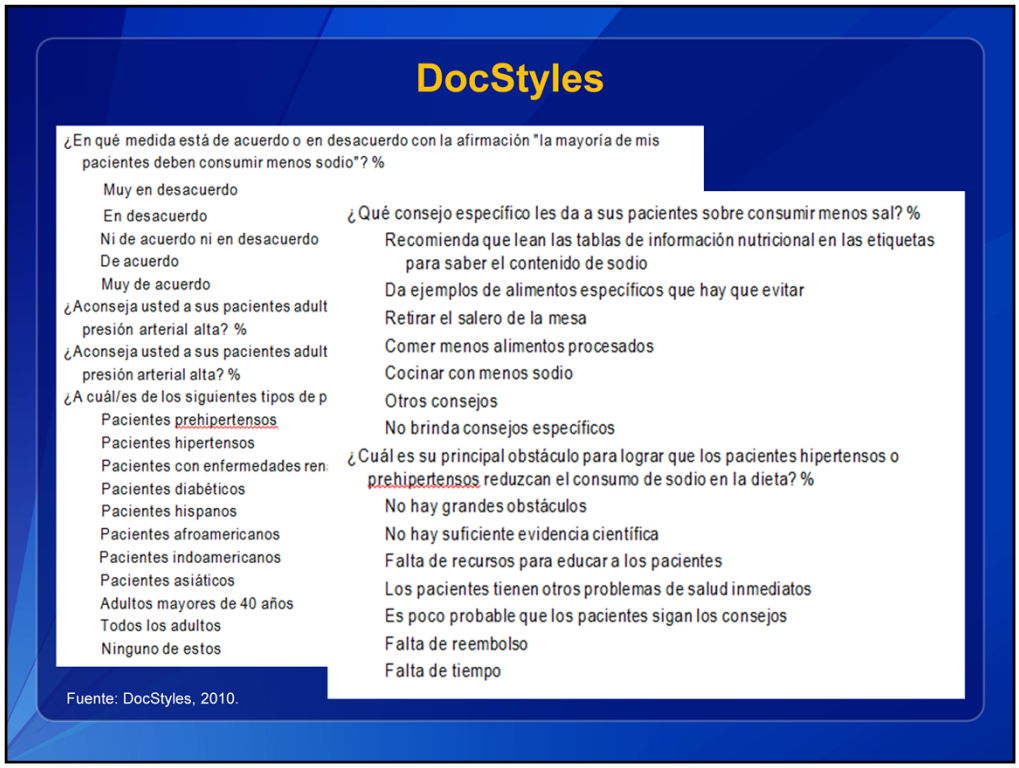
El módulo sobre conductas relacionadas con el consumo de sodio o sal incluye las siguientes preguntas[16]:

- Actualmente, ¿está observando o reduciendo su consumo de sodio o sal?
- ¿Durante cuántos días, semanas, meses o años ha estado observando o reduciendo el consumo de sodio o sal?
- ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le recomendó que redujera el consumo de sodio o sal?

Al igual que con las preguntas del *Protocolo para determinar el nivel de sodio en la población en muestras de orina de 24 horas*, los países pueden optar por utilizar las preguntas tal cual están o adaptarlas, a fin de llevar un control de los conocimientos, las actitudes y los comportamientos respecto del sodio.

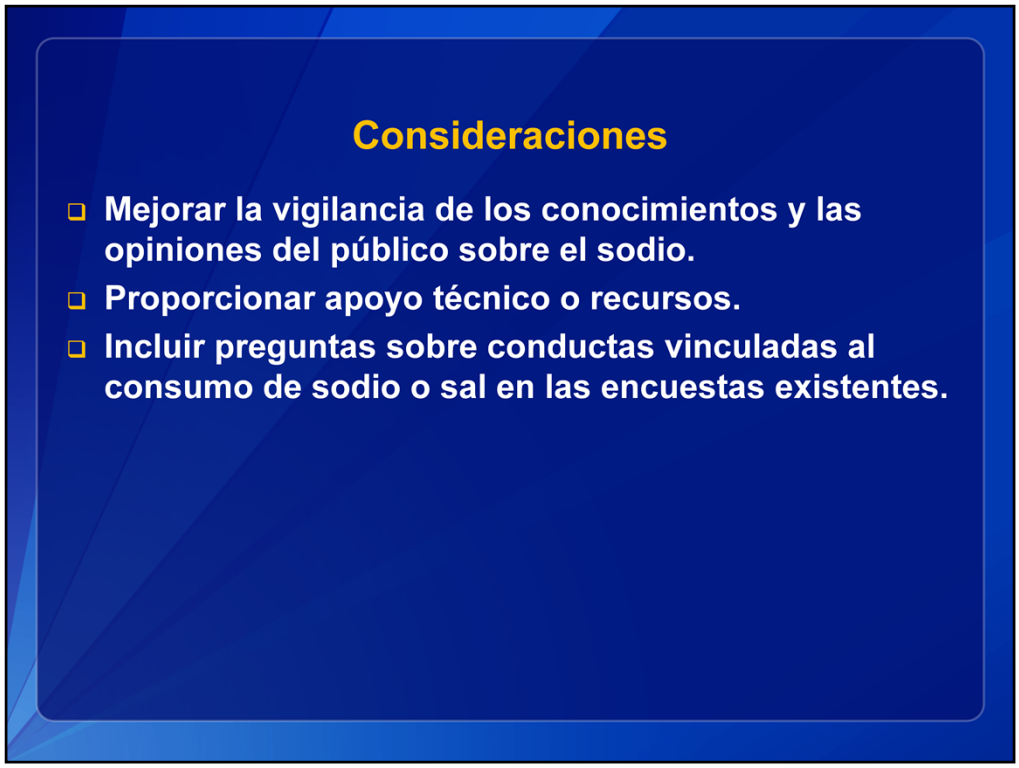


Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades se asociaron con Porter Novelli, una empresa de relaciones públicas, para incluir preguntas específicas sobre la sal en una serie de encuestas *Styles* utilizadas para evaluar los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de los consumidores y los proveedores de atención médica respecto de varios temas. En la siguiente diapositiva hay un ejemplo de una encuesta *Styles*.



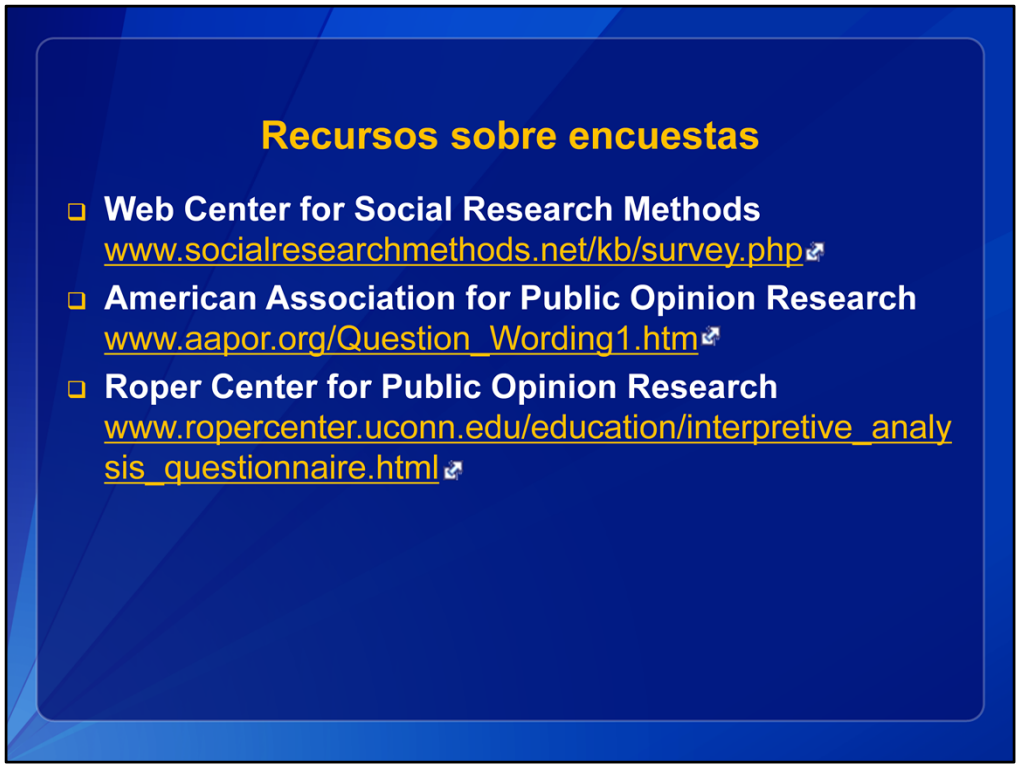
La encuesta DocStyles observa de manera integral las actitudes y las prácticas de los proveedores de atención médica respecto de la reducción del sodio. Esta diapositiva detalla el tipo de preguntas que se hace a los profesionales de la salud. Un estudio del 2010 mostró que más de la mitad de los proveedores de atención médica están de acuerdo con que la mayoría de sus pacientes debería reducir el consumo de sodio.[17] Pero si bien le recomendaron a sus pacientes con hipertensión que consumieran menos sodio, era menos probable que le hicieran esa recomendación a los pacientes afroamericanos y a los de 40 años o más.

Aunque la mayoría de los estadounidenses consumen sodio proveniente de alimentos procesados, muchos profesionales de la salud les recomiendan a sus pacientes que usen menos sal al cocinar o en la mesa. Estos resultados indican que es necesario un mayor esfuerzo para educar a los proveedores de atención médica respecto de qué aconsejar a sus pacientes.



En resumen, entender los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de la población respecto del sodio puede ayudar a desarrollar enfoques poblacionales eficaces para reducir su consumo. Los países pueden optar por:

- Coordinar esfuerzos con organizaciones internacionales, agencias de salud pública y partes interesadas para mejorar la vigilancia sobre los conocimientos y las opiniones del público respecto del sodio.
- Brindar apoyo técnico o recursos para mejorar la vigilancia.
- Incluir preguntas sobre conductas vinculadas al consumo de sodio o sal en las encuestas existentes.



Para más información sobre la elaboración de encuestas, visite los recursos presentados en esta diapositiva.

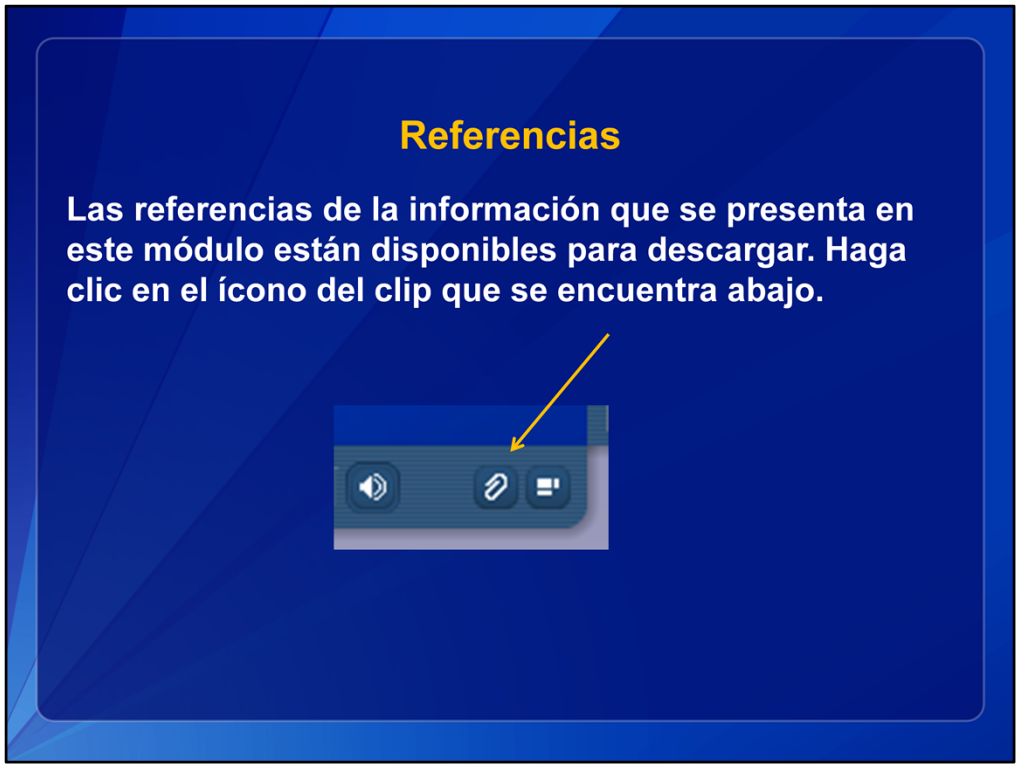
Los 10 recursos principales

1. Institute of Medicine. *The Future of the Public's Health in the 21st Century.* Washington, DC: National Academies Press; 2003.
2. Centers for Disease Control and Prevention. BRFSS Annual Survey Data Web site. www.cdc.gov/brfss/technical_infodata/surveydata/2011.htm#survey. Accessed February 4, 2013.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Survey and Data Collection Systems Web site. www.cdc.gov/nchs/surveys.htm. Accessed February 4, 2013.
4. International Food Information Council. Resources Web site. www.foodinsight.org/Resources/Survey-Research.aspx. Accessed February 4, 2013.
5. Institute of Medicine. *Strategies to Reduce Sodium Intake in the United States.* Washington, DC: National Academies Press; 2010.

Los recursos que se incluyen aquí proporcionan antecedentes adicionales sobre los conocimientos, las actitudes y los comportamientos, y el sodio.

Los 10 recursos principales

6. Social Research Methods. Survey Research Web site. www.socialresearchmethods.net/kb/survey.php. Accessed February 4, 2013.
7. International Food Information Council. *Consumer Sodium Research: Concern, Perceptions, and Action.* 2011. www.foodinsight.org/Content/3862/Sodium%202011_Final%20Report_0916.pdf Accessed February 4, 2013.
8. Public Health Agency of Canada. *Dropping the Salt. Practical Steps Countries Are Taking to Prevent Chronic Non-Communicable Diseases through Population-wide Salt Reduction.* Pan American Health Organization Web site. 2009. www.paho.org/English/AD/DPC/NC/salt-mtg-phac-paper.pdf. Accessed February 4, 2013.
9. World Health Organization/Pan American Health Organization Regional Expert Group for Cardiovascular Disease Prevention through Population-wide Dietary Salt Reduction. *Protocol for Population Level Sodium Determination in 24-Hour Urine Samples*. 2010. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/pahosaltprotocol.pdf. Accessed February 4, 2013.
10. World Health Organization and Government of Canada. *Strategies to Monitor and Evaluate Population Sodium Consumption and Sources of Sodium in the Diet: A Report of a Joint Technical Meeting Convened by WHO and the Government of Canada.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501699_eng.pdf. Accessed February 4, 2013.



Las referencias de la información que se presenta en este módulo están disponibles para descargar. Haga clic en el ícono del clip que se encuentra abajo.

Con esto concluye el módulo de Conocimientos, actitudes y comportamientos. Revise los otros módulos para saber más acerca de las estrategias para reducir el consumo de sodio en su país.

Conocimientos, actitudes y comportamientos: Referencias

1. Institute of Medicine. *The Future of the Public's Health in the 21st Century.* Washington, DC: National Academies Press; 2003.
2. Ollberding N, Wolf R, Contento I. Food label use and its relation to dietary intake among US adults. J Am Diet Assoc. 2010;110:1233–7.
3. Blitstein JL, Evans WD. Use of nutrition facts panels among adults who make household food purchasing decisions. J Nutr Educ Behav. 2006;38:360–4.
4. Satia JA, Galanko JA, Neuhouser ML. Food nutrition label use is associated with demographic, behavioral, and psycho social factors and dietary intake among African Americans in North Carolina. J Am Diet Assoc. 2005;105:392–402.
5. Lin CT, Lee JY, Yen ST. Do dietary intakes affect search for nutrient information on food labels? Soc Sci Med. 2004;59:1955–67.
6. Kim SY, Nayga RM, Capps O. Food label use, self-selectivity, and diet quality. J Consumer Affairs. 2001;35:346–63.
7. Macon JF, Oakland MJ, Jensen HH, Kissack PA. Food label use by older Americans: data from the Continuing Survey of Food Intakes by Individuals and the Diet and Health Knowledge Survey 1994–96. J Nutr Elder. 2004;24:35–52.
8. Nayga RM. Nutrition knowledge, gender, and food label use. J Consumer Affairs. 2000;34:97–112.
9. Ayala C, Tong X, Valderrama A, Ivy A, Keenan N. Actions taken to reduce sodium intake among adults with self-reported hypertension: HealthStyles survey, 2005 and 2008. J Clin Hypertens. 2010;12:793–9.
10. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. Br J Nutr. 2008;99(Suppl S1):S22–5.
11. World Health Organization and Government of Canada. *Strategies to Monitor and Evaluate Population Sodium Consumption and Sources of Sodium in the Diet: A Report of a Joint Technical Meeting Convened by WHO and the Government of Canada.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501699_eng.pdf. Accessed February 4, 2013.
12. Institute of Medicine. *Strategies to Reduce Sodium Intake in the United States.* Washington, DC: National Academies Press; 2010.
13. Centers for Disease Control and Prevention. *Introduction to Program Evaluation for Public Health Programs: A Self-Study Guide.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2011. www.cdc.gov/eval/guide/CDCEvalManual.pdf. Accessed February 4, 2013.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Evaluation Manual: Glossary and Evaluation Resources Web site. www.cdc.gov/getsmart/program-planner/Glossary-Eval-Res.html. Accessed February 4, 2013.
15. World Health Organization/Pan American Health Organization Regional Expert Group for Cardiovascular Disease Prevention through Population-wide Dietary Salt Reduction. *Protocol for Population Level Sodium Determination in 24-Hour Urine Samples*. Pan American Health Organization Web site. 2010. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/pahosaltprotocol.pdf. Accessed February 4, 2013.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral Risk factor Surveillance System Web site. www.cdc.gov/brfss. Accessed February 4, 2013.
17. Fang J, Cogswell M, Keenan N, Merritt R. Primary health care providers' attitudes and counseling behaviors related to dietary sodium reduction. Arch Intern Med. 2012;172:76–8.