

2015



**ADAPTACIÓN CULTURAL DE LA *IOWA*
INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE EN
ESPAÑOL A UN GRUPO POBLACIONAL
COLOMBIANO**

SANDRA PATRICIA OROZCO RICO

ADRIANA DUARTE VALDERRAMA

Corporación Universitaria Iberoamericana

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Fonoaudiología



**ADAPTACIÓN CULTURAL DE LA *IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE*
SCALE EN ESPAÑOL A UN GRUPO POBLACIONAL COLOMBIANO**

**CULTURAL ADAPTATION OF IOWA INFANT FEEDING THE ATTITUDE SCALE
IN SPANISH TO A COLOMBIAN POPULATION GROUP**

Sandra Patricia Orozco Rico

Adriana Duarte Valderrama

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE FONOAUDIOLGÍA

Diciembre 2015

Agradecimientos

A las madres, sus compañeros y sus familias, por brindarnos su tiempo valioso, en uno de los momentos más trascendentales y maravillosos que nos puede ofrecer la vida, como lo es el nacimiento de un hijo (a).

Al Dr. Alvaro Jácome, por su invitación a participar en esta macro investigación.

Al comité de ética del Hospital La Victoria por permitirnos ejecutar esta fase de la investigación.

A las estudiantes de trabajo de grado por su colaboración y aportes.

A la Corporación Universitaria Iberoamericana por darnos su aval.

Resumen

El presente estudio aborda la evaluación de la homogeneidad de los constructos y la consistencia interna de la *IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE* en una población de mujeres con estrato social bajo en la ciudad de Bogotá, Colombia. La escala está diseñada para evaluar el conocimiento y la actitud de la madre hacia la lactancia a través del desarrollo de 2 constructos: actitud y conocimiento (De la Mora, A., et al. 1999). Se hizo la recolección de la información mediante un cuestionario estructurado con el fin de obtener los datos sociales de la pareja lactante y de la aplicación de la escala *IIFAS*, previa firma del consentimiento informado de las maternas que cumplieron con los criterios de inclusión: estado de puerperio máximo de 4 días, en condiciones físicas y emocionales para la actividad de lactancia y cuyos hijos sean considerados sanos sin impedimentos para lactar. La investigación se consideró de riesgo mínimo en cuanto se trató de un estudio que obtiene los datos a través de una encuesta personal directa y los datos sociales y clínicos específicos de ésta a través de un interrogatorio directo. Después del análisis de los resultados se evidenció un índice de Alfa de Cronbach muy bajo, sin embargo éste mejora con las madres con un solo hijo, y menores de 24 años.

Palabras Clave: Lactancia, Escala *IIFAS*, Actitud materna.

Abstract

This study addresses the assessment of uniformity of the constructs and the internal consistency of the *IOWA INFANT FEEDING Attitude Scale* in a population of women with low social status in Bogota, Colombia. The scale is designed to assess knowledge and attitudes towards breastfeeding mother through the development of two constructs: attitudes and knowledge (De la Mora, A., et al. 1999). The data collection was done through a structured in order to obtain social data of the nursing couple and application of *IIFAS* scale, after signing the informed consent of the mother who met the inclusion criteria questionnaire: state of maximum 4 days postpartum, in physical and emotional conditions for the activity of breastfeeding and whose children are considered healthy unimpeded to breastfeed. The investigation was considered of minimal risk as it came to a study obtained data through a direct personal survey and the specifics of it through direct questioning social and clinical data. After analysis of the results an index of very low Cronbach's alpha was evident, however this improvement mothers with one child, and under 24 years.

Key Words: Lactation Scale *IIFAS* , maternal attitude

Contenido

INTRODUCCIÓN	9
Capítulo I.....	12
1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	12
Objetivo General:	22
Específicos:	22
Capítulo II	24
2.- METODOLOGÍA.....	24
2.1 Tipo y Diseño de Investigación	24
2.2 Entidades Participantes	24
2.3 Dificultades del Estudio.....	25
2.4 Población Participante.....	25
Capítulo III.....	27
3.- APLICACIÓN Y DESARROLLO	27
Capítulo IV	31
4.- RESULTADOS.....	31
Gráfico No. 1.....	33
Gráfico No. 2.....	33
Gráfico No. 3.....	34
Gráfico No. 4.....	35
Gráfico No. 5.....	36
Gráfico No. 6.....	36

Gráfico No. 7.....	37
Análisis de Fiabilidad	37
Análisis Factorial.....	44
Gráfico No. 8.....	47
Gráfico No. 9.....	50
Gráfico No. 10.....	51
Gráfico No. 11.....	52
Gráfico No. 12.....	52
Capítulo V.....	53
5.- DISCUSIÓN	53
Capítulo VI.....	57
6.- Conclusiones	57
REFERENCIAS.....	59
ANEXOS	62

Índice de Gráficos

Gráfico No. 1. Edad de las madres

Gráfico No. 2 Estado civil

Gráfico No. 3 Nivel educativo

Gráfico No. 4 Estado laboral

Gráfico No. 5 Número de hijos

Gráfico No. 6 Tiempo de lactancia

Gráfico No. 7 Inicio de trabajo

Gráfico No. 8 Componentes rotados

Gráfico No. 9 Componentes rotados

Gráfico No. 10 Correlación: lactancia – edad materna

Gráfico No. 11 Correlación: lactancia – número de hijos

Gráfico No. 12 Tiempo lactancia – Retorno al trabajo

Índice de Tablas

Tabla No. 1 Resumen del procesamiento de los casos

Tabla No. 2 Estadísticos de fiabilidad

Tabla No. 3 Estadísticos de la tabla

Tabla No. 4 Coeficiente de correlación intraclase

Tabla No. 5 Coeficiente de correlación intraclase

Tabla No. 6 Resumen del procesamiento de los casos

Tabla No. 7 Estadísticos de fiabilidad

Tabla No. 8 Resumen del procesamiento de los casos

Tabla No. 9 Estadísticos de fiabilidad

Tabla No. 10 Resumen del procesamiento de los casos

Tabla No. 11 Estadísticos de fiabilidad

Tabla No. 12 Resumen del procesamiento de los casos

Tabla No. 13 Estadísticos de fiabilidad

Tabla No. 14 Resumen del procesamiento de los casos

Tabla No. 15 Estadísticos de fiabilidad

Tabla No. 16 Resumen del procesamiento de los casos

Tabla No. 17 Estadísticos de fiabilidad

Tabla No. 18 Comunalidades

Tabla No. 19 Varianza

Tabla No. 20 Matriz de transformación

Tabla No. 21 Comunalidades

Tabla No. 22 Varianza

Tabla No. 23 Matriz de transformación

INTRODUCCIÓN

La Corporación Universitaria Iberoamericana se hace partícipe en esta investigación a través de la recolección de datos, aplicando una encuesta a un grupo de mujeres pertenecientes a un estrato social bajo del servicio de gineco obstetricia del Hospital La Victoria y el Hospital Materno Infantil en los dos periodos del año 2015.

La encuesta aplicada al grupo poblacional específico de mujeres lactantes es la *Iowa Infant Feeding Attitude Scale*, la escala está diseñada para evaluar el conocimiento y la actitud de la madre hacia la lactancia, a través del desarrollo de 2 constructos: actitud y conocimiento, desarrollados por medio de 17 preguntas, utilizando una escala de Likert (De la Mora, A., et al. 1999). La escala IIFAS original tiene establecida la validez psicométrica y ha sido utilizada en países donde el inglés es el idioma nativo (Eidelman, A. 2012) para medir las actitudes maternas con relación a la lactancia y el conocimiento con respecto de la misma. Esta escala ha sido probada en varias poblaciones, en mujeres prenatales y post parto, mujeres con bajo nivel socio económico, padres, estudiantes y proveedores de salud. Ha sido traducida y validada en otros países, como

Rumania (Wallis A., et al. 2008), Taiwán (Ho, YJ., y McGrath, JM. 2011), Croacia (Zakarija-Grkovic, I., y Burmaz, T. 2011) y China (Ho, YJ., y McGrath, JM. 2011).

La población está conformada por 134 maternas entre 16 a 45 años, con no más de 3 días de post parto, quienes han tenido sus hijos por vía vaginal sin ninguna condición de salud que impida la lactancia tanto por parte de la madre como del bebé.

La posibilidad de prolongar el tiempo de lactancia materna está directamente relacionado con la actitud que la madre tenga en relación a esta actividad, por ello se reconoce importante evaluar este comportamiento actitudinal. Existen varias escalas que evalúan ello, entre ellas, está la *IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE*, la cual ha sido validada en varios contextos culturales. En su forma original fue diseñada para ser empleada en mujeres con estrato sociocultural alto, y recientemente fue validada para su empleo en español, siendo validada en un grupo poblacional de mujeres con estrato socioeconómico alto en la ciudad de Bogotá, por ello se hace necesario evaluar su validez en un

medio socio cultural diferente para evaluar el comportamiento de homogeneidad entre los constructos y su consistencia interna, en un grupo de mujeres con estrato social bajo.

La pregunta es entonces: ¿Se comporta la homogeneidad de los constructos y la consistencia interna de la *IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE* de forma similar en una población de mujeres lactantes con estrato socioeconómico bajo, similar a la hallada en una población de mujeres lactantes, con un estrato socioeconómico alto, en la ciudad de Bogotá?

Capítulo I

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Un punto reconocido de la disminución de la lactancia materna son las consecuencias biológicas y nutricionales para el niño y la mujer, siendo esto motivo reconocido a lo largo de la humanidad. La actitud hacia la lactancia exclusiva no ha sido una constante, modalidades alternas de lactancia, como la lactancia compartida fueron una práctica común desde el comienzo de la humanidad hasta antes del siglo XX con tendencias culturales muy marcadas.(Aguayo, M .J., et all. 2008).

El inicio del siglo XX marcó una serie de cambios drásticos de comportamiento poblacional, como consecuencia de procesos sociales, culturales y científicos, uno de estos cambios fue el inicio de la lactancia artificial, apoyada por un desarrollo científico permitió la utilización de leches de otros mamíferos para el consumo humano, principalmente la leche de vaca. Fue un manejo cultural el cual tuvo un impacto rápidamente asimilado, dando paso al desuso colectivo de la lactancia materna.

El papel de la mujer en la sociedad cambió en forma radical y de forma distintiva en los siglos XIX, XX y XXI, cambios motivados por procesos laborales, culturales y sociológicos, los cuales yendo de la mano al desarrollo de industrialización y globalización de la sociedad misma, tanto a nivel general como individual. La familia cambio de una familia extendida a una familia nuclear, con escasas redes sociales de apoyo.

Se reconoce que la problemática es multifactorial dentro de una sociedad compleja, cambiante, y es por ello que la lactancia se considera actualmente como un modelo ecológico, en donde existen interacciones a diferentes niveles que modifican la actitud ante el hecho de lactar, influenciando en la duración de la lactancia y en la exclusividad de la misma. (Lutter, CK., y Morrow, AL. 2013).

La leche humana está reconocida como el alimento más adecuado para los recién nacidos, ofreciendo unas significativas ventajas tanto al niño como a la madre. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad, con una introducción gradual de la dieta complementaria y la continuación de la lactancia hasta

los 2 años de edad o más (Aguayo, M .J., et all. 2008). La iniciación y la duración de la lactancia, de alguna manera pueden depender de atributos psicológicos y demográficos del medio de cuidado en salud y de las políticas de ésta, tanto local como gubernamental. (Ojeda, G., Ordoñez, M, y Ochoa, LF. 2010).

Hay un rango amplio de la prevalencia de lactancia en Colombia, variando entre regiones con contextos culturales diversos (Fonseca, F., Heredia, A.P., Ocampo, P. y Forero, Y. 2011). De acuerdo a la encuesta ENDS 2010, el 88% de las mujeres colombianas inician lactancia en el hospital, pero para los 2 meses, sólo el 63% y a los 5 meses sólo el 24% de los lactantes está alimentado en forma exclusiva con lactancia materna. (Fonseca, F., Heredia, A.P., Ocampo, P. y Forero, Y. 2011).

El proceso de la lactancia materna es uno de los procesos más complejos del ciclo vital de la mujer, el cual no puede ser entendido bajo una sola visión. de acuerdo a los resultados que se busca , es lograr unos índices de lactancia que superen los valores actuales de acuerdo a los estándares definidos por la OMS (organización mundial de la salud) y las

políticas gubernamentales buscando generar beneficios directamente en el niño , de acuerdo a diferentes investigaciones los resultados demuestran que la solución al problema es la promoción de la implementación de estrategias que comprendan otros aspectos como son el aspecto actitudinal y vivencial de la madre como mujer y madre , el medio y apoyo familiar, las expectativas sociales, culturales, emocionales y económicas , entendiendo el proceso de la lactancia dentro de un modelo ecológico, con múltiples interacciones entre sí.(Aguayo, M .J., et all. 2008)

Existen barreras en el proceso de lactancia que se dan a varios niveles, comenzando por la madre y el niño en sí, y las interacciones entre los diferentes actores en el modelo ecológico. Los conceptos idealizados de creencias, actitudes y conocimiento acerca de la lactancia, no funcionan con la experiencia del mundo real (McLachlan, F. 2010).El componente de actitud y experiencias de la madre hacia el proceso de lactancia determina un factor muy importante para desarrollar una lactancia exitosa, cumpliendo con parámetros de prolongación de la misma

independiente del medio cultural o social en donde la madre desarrolle este proceso (Hall, WA., y Hauck, Y. 2007).

Así mismo, se reconoce que las primeras semanas tienen un factor decisivo en la duración de la lactancia, siendo un periodo en donde los conceptos aprendidos durante las diferentes capacitaciones o controles prenatales y la experiencia y expectativas previas a iniciar dicho proceso se conjugan con la realidad, determinando que se requiere de una alta motivación personal y apoyo de los diferentes actores emocionales que rodean a la madre en ese periodo (Larsen, JS., Hall, EO., y Aagaard, H. 2008). Por lo anterior, ante el proceso de lactancia entre la madre y el niño, se requiere de mediadores o personal de soporte especializado que permita reafirmar los procesos de aprendizaje y conocimiento para el apoyo a una transición más adaptada a la realidad de cada madre (Grassley, J., y Eschit,i V. 2008).

Igualmente el papel de la familia, entendiendo el concepto desde Carbonell, (2012) como el ``grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la

mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad`. En proximidad emocional a la mujer lactante es determinante en el proceso de lactar, afectando un desenlace que puede ser positivo o negativo en términos reales. El papel que juega la pareja es de apoyo a la lactancia, tomándolo desde un concepto que trasciende a nivel transcultural y social, independientemente de la edad de la madre, jugando una posición muy marcada en los términos de continuar, prolongar o suspender la lactancia. (Datta, J., Graham, B., y Wellings, K. 2012).

Así mismo, se ha evaluado el papel de las abuelas o mujeres de mayor edad, acompañantes de la lactante, en el momento de dar soporte a diversas problemáticas que se puedan presentar durante la lactancia en las primeras fases de ésta y en la decisión del tiempo de prolongación de la lactancia, determinando un factor igualmente decisivo en la decisión tomada por la madre. (Grassley J, Eschiti V. 2008).

Al ser la lactancia una experiencia femenina tan íntima, se ha demostrado que el rol ofrecido por parte del aporte profesional en salud

(médico, paramédicos, comadronas o personal afín) y el aporte a nivel familiar muestran diferencias, tanto en países con procesos de lactancia con fuerte apoyo cultural, como en países con cultura hacia el uso de biberón, observando experiencias comunes transculturalmente diferenciadas en la historia como es nombrada en la investigación ``Lactancia materna e inmunidad y impacto social `` donde nos reportan que a lo largo de la historia El uso y el desuso de la lactancia materna ha sido un tema polémico desde tiempos remotos , ya que se han encontrado los biberones barro en tumbas de niños romanos, lo que indica que en el viejo mundo ya se utilizaba la alimentación artificial . Las acciones de promoción de la lactancia materna se justifican por los beneficios nutricionales de que la acción materna para el recién nacido, la protección que implica para él contra diferentes enfermedades por sus propiedades inmunológicas reconocidas, el aumento del bienestar psíquico del recién nacido y la madre por esto se tiene en cuenta como solución a la prolongación de la lactancia (McInnes, R., y Chambers, J. 2008).

La percepción hacia el profesional en el área de la salud tiene una baja calificación, dada su concepción medicalizada del proceso, (Archabald, K.,

Lundsberg, L., Triche, E., Norwitz, E., y Illuzzi, J. 2011) el desconociendo de la gran importancia de los aspectos sociales y personales, llevando a una pobre interacción y afinidad con la lactante por parte de estos durante el proceso de lactancia y su prolongación al proporcionar información divergente y no consistente, tanto por la mezcla de conocimientos e información , experiencias propias, como por la formación profesional específica en el tema. Dado que el enfoque se orienta más hacia el aspecto técnico de la lactancia y los beneficios en el niño descuidando el aspecto emocional y personal de la madre (Tennant, R., Wallace, LM., y Law, S. 2006) generando así una barrera de comunicación importante dando la posibilidad de desarrollar experiencias negativas que facilitan la oportunidad de disminuir el proceso de lactancia en forma exitosa , lo cual fue una de las conclusiones de la investigación `` Factores ambientales y sociales relacionados con la duración de la lactancia de J.A. Ortega-García, A. Cárceles-Álvarez, A. Cotton-Caballero en el 2014, donde se realizó un programa de afecto y acompañamiento de profesionales del área de la salud en el proceso de la lactancia materna , en programas de motivación y acompañamiento teórico y modelamiento de la lactancia materna en contextos

hospitalarios y domiciliarios , donde obtuvieron como resultados que más del 60% de las madres que fueron partícipes de la investigación llegaron a un periodo de lactancia de los 4 a 6 meses de edad del menor ``.

Demostrando así una mayor tendencia hacia el soporte social, médico y emocional evaluando la necesidad de discutir, prioridades, actitudes y manejo del grupo familiar e interdisciplinar , en espacios que permitan discutir sobre la lactancia, evidenciando una mayor posibilidad de éxito hacia un inicio de ésta más acorde a las necesidades de la madre y el menor (Hoddinott, O., Craig, L., Britten, J., y Mcinnes, R. 2012) sin olvidar el apoyo que se puede tener en la red social, sin embargo, este soporte pierde validez cuando no se sustenta con un conocimiento de proceso de la lactancia pudiendo dar resultados no esperados, como una lactancia fallida de corto tiempo , desnutrición del menor , afectación de aspectos biológicos en el neonato o en la madre que puedan causar hasta la muerte de alguno de estos actores.

Finalmente el papel que tiene la sociedad dentro del proceso hacia una lactancia exitosa tiene que ver mucho con los conceptos y perspectivas que se tienen en la actualidad sobre el acto de lactar en sí, observando actitudes que aprueban o desaprueban este acto durante actividades fuera del contexto privado del individuo, como en lugares públicos, ante la situación de exponer los senos en forma pública de acuerdo a la necesidad del momento, (Avery, AB., y Magnus, JH. 2011) invita a realizar campañas públicas en forma sostenida en el tiempo, con objeto de buscar cambios descontextualizando el aspecto moral y sexual del seno en sí a nivel social, como lo toman Yibby Forero, Sandra Milena Rodríguez, María Alexandra Isaacs, Jenny Alexandra Hernández en la investigación la lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá donde se evidencia que para las madres de 14 a 20 años es de mayor preocupación el que dirán de los ciudadanos del común, las emociones encontradas al exhibir sus senos en contextos de ocio o en una institución educativa, las investigadoras relatan que la mayor preocupación de estas madres es que la sociedad donde se desenvuelven comunicativamente se llegue a enterar del proceso de lactancia que actualmente ellas realizan por esto deciden suspender la acción para vincularse de nuevo a la

sociedad de su mismo rango de edad y sus quehacer cotidianos según el contexto de desarrollo por esto la importancia de programas de acompañamiento.

Es así como se plantean entonces los objetivos para esta fase de la investigación:

Objetivo General:

Evaluar la homogeneidad de los constructos y la consistencia interna de la *IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE* en una población de mujeres con estrato social bajo en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Específicos:

1. Identificar el nivel validación de corte semántico y cultural para escala *IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE* en mujeres con estrato sociocultural bajo.
2. Identificar el nivel de validez de contenido para escala *IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE* en mujeres con estrato sociocultural bajo.

3. Describir el nivel de confiabilidad escala *IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE* en mujeres con estrato sociocultural bajo.

Capítulo II

2.- METODOLOGÍA

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

La investigación es de corte tecnológico como afirman Sánchez y Reyes (2006), en la medida que se validan instrumentos para posteriores estudios. En cuanto al análisis cuantitativo descriptivo, se retoma a Méndez (2001) quien determina que este se ocupa de la descripción de las características que identifican diferentes elementos, componente y su interrelación.

2.2 Entidades Participantes

En la ejecución de este proyecto las instituciones participantes fueron: El grupo de investigación de la Clínica del Country, investigador principal; la Universidad El Bosque, análisis de datos; el Hospital la victoria E.S.E. Nivel II y el Hospital Materno Infantil, di{o el acceso a la población para la aplicación de las encuestas; y la Corporación Universitaria Iberoamericana en la recolección de datos.

2.3 Dificultades del Estudio

Dentro de las dificultades presentadas en el desarrollo de este proyecto de investigación, se puede mencionar el analfabetismo y bajas habilidades del código escrito, de algunas de las maternas participantes, pudiendo generar sesgos, al igual que algunos constructos de la escala planteados de manera negativa, lo que pudo ocasionar dificultades en su comprensión.

2.4 Población Participante

Se contó con la participación de 150 mujeres en edades entre 16 años y 45 años, en estado post parto, entre el primer y cuarto día postparto, quienes hayan tenido su parto por vía natural o abdominal, y estén en condiciones físicas y mentales de realizar el proceso de lactancia en forma adecuada, y cuyos hijos sean clasificados como recién nacidos típicos, con un peso adecuado para la edad, que no presenten patología que impida ser lactados en forma adecuada por su madre.

Para la recolección de los datos a través de la aplicación de la encuesta, se solicitó autorización por parte del Comité de Ética del Hospital La Victoria, quien dió el aval para desarrollar el estudio en el servicio de

gineco obstetricia, tanto del Hospital La Victoria como del Hospital Materno Infantil. Luego de dos meses de la aplicación de la encuesta, se realizaron llamadas de verificación para determinar el tiempo de lactancia.

En este proceso de recolección de datos y en el de las llamadas de verificación se contó con el apoyo de dos estudiantes de fonoaudiología que cursaban trabajo de grado II y trabajo de grado I en el año de 2015.

Capítulo III

3.- APLICACIÓN Y DESARROLLO

La investigación se realizó en dos fases. En la primera fase se hizo la recolección de los datos y en la segunda fase se realizó el proceso de verificación y el análisis de los datos.

Durante el proceso de investigación desarrollado en el servicio de gineco obstetricia del Hospital La Victoria y el Materno Infantil, se aplicaron 150 encuestas, previa información sobre la encuesta y firma del consentimiento informado, y se recolectaron datos sociales de las 150 madres, tales como: edad, estado civil, educación, si trabaja, número de hijos, control prenatal, edad gestacional, peso y talla del neonato. Luego las entrevistadas contestaron la encuesta, aunque cabe aclarar que algunas maternas requirieron de apoyo para la realización de la misma por baja escolaridad y analfabetismo.

Posteriormente en la segunda fase, se realizó el proceso de verificación y el análisis de datos. La verificación se hizo a través de llamadas telefónicas dos meses después de la aplicación de la encuesta, con el fin de establecer la duración del proceso de lactancia y el estado de la alimentación en ese momento, preguntándose además: control post natal, tiempo de lactancia, si retomó el trabajo y el peso y talla actual del bebé.

El desarrollo de la encuesta se realizó en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital La Victoria E.S.E. y el Hospital Materno infantil en el sur oriente de la ciudad de Bogotá, para la ejecución del estudio de adaptación cultural de la encuesta.

La escala de *Iowa Infant Feeding Attitude Scale* (IIFAS) fue desarrollada originalmente por De la Mora y Russell (Lutter, CK., y Morrow, AL. 2013), para evaluar la actitud de las madres hacia la lactancia y predecir la escogencia del método posterior de alimentación, al igual que su duración. Evalúa el conocimiento y la actitud de la madre hacia la lactancia, a través de 2 constructos, actitud y conocimiento, desarrollados a través de 17 preguntas, utilizando para efecto una escala

de Likert (Anexo 1). La escala consiste en 17 preguntas de escogencia múltiple que va desde 1, completamente en desacuerdo, a 5, completamente de acuerdo. Nueve de las preguntas están orientadas a evaluar el grado de aceptación de la lactancia y, las siete restantes, a evaluar la aceptación de la lactancia con biberón. En las preguntas que favorecen la alimentación con biberón, la puntuación es inversa: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 y 5 = 1; todas las respuestas del cuestionario se suman y cada una tiene igual peso. La suma total es de 17 a 85, la cual refleja la actitud positiva hacia la lactancia. Las preguntas se agrupan en tres categorías: actitud hacia la lactancia, positiva (70-85), neutra (49-69) y positiva hacia la lactancia con biberón (17-48). (Jácome y Jiménez, 2014).

El levantamiento de la información se hizo mediante la aplicación de un cuestionario estructurado (Anexo 2) , en un formato de recolección electrónica de datos, en el cual se obtuvieron los datos sociales de cada paciente y del recién nacido y la encuesta IIFAS-R.

La recolección de la información se realizó previo consentimiento (Anexo 3) de la madre y revisión de la Historia Clínica de cada materna,

luego se realizó una entrevista directa con la madre. La información se procesó mediante medio electrónico, y se almacenó en un formato de hoja Excel para su posterior tabulación en una matriz.

Capítulo IV

4.- RESULTADOS

Se realizó un análisis psicométrico de los datos, conjuntamente con el Departamento de Psicología de la Universidad del Bosque y el investigador principal. La tabulación de los datos se hizo en una hoja electrónica formato Excel, y el análisis estadístico se hizo en un programa de estadística SPSS 21, coeficiente Alfa de Cronbach para el análisis de consistencia interna. La muestra se calculó teniendo en cuenta un coeficiente de correlación de 0,5, un nivel de confianza de 95% y una potencia de 80%. Además se realizó un análisis factorial para encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un grupo numeroso de variables, y un análisis descriptivo cuantitativo de los datos sociales recolectados de las maternas.

En el proceso de recolección de los datos se entrevistaron 150 maternas en el servicio de gineco obstetricia de los Hospitales La Victoria y el Materno Infantil, sin embargo sólo se analizaron los resultados de 134 maternas debido a que fueron las encuestas que contaban con los datos

completos, el 11% restante tenía los datos incompletos y por tanto no se tabularon. De las 150 maternas, 107 (71.4%) se contactaron y accedieron a responder la encuesta telefónica.

Datos generales

Para el análisis descriptivo cuantitativo de las características de la población de estudio se tomaron los datos generales de las 149 maternas encuestadas.

Edad de las maternas:

Se encuestaron 149 maternas, el 52.3% (78 maternas) están en el rango de edad de 18 a 25 años. El 17.4% (26 maternas) de 25 a 30 años, el 13.4% (20 maternas) de 15 a 17 años, el 8.7% (13 maternas) de 31 a 37 años, 4% (6 maternas) de 37 a 43 años y el 4% (6 maternas) no responden. En la gráfica se evidencia que el rango mayor de participación fue entre 18 a 25 años. (Gráfico No. 1).

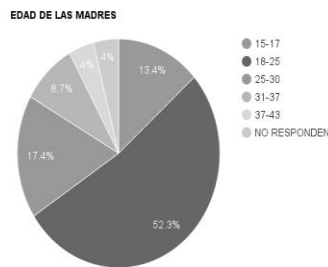


Gráfico No. 1

Estado civil:

Con relación al estado civil se encontró que el 65.1% (97 maternas) están en unión libre, el 23.5% (35 maternas) son solteras, el 5.4% (8 maternas) están casadas y el mismo equivalente no responde, y el 7% (1 materna) se encontró separada. El mayor porcentaje según la gráfica están en unión libre, seguido del porcentaje de solteras. Ver gráfica No. 2.

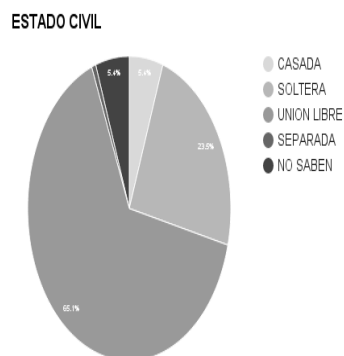


Gráfico No. 2.

Nivel Educativo:

Con respecto a la escolaridad el 42.3% (63 maternas) cursaron hasta bachillerato, el 41.6% realizaron estudios superiores, el 10.7% (16 maternas) no responden y el 5.4% (8 maternas) tienen un nivel educativo de primaria. El mayor porcentaje corresponde a nivel educativo de bachillerato y le sigue el de nivel superior, sea este técnico tecnológico o universitario.

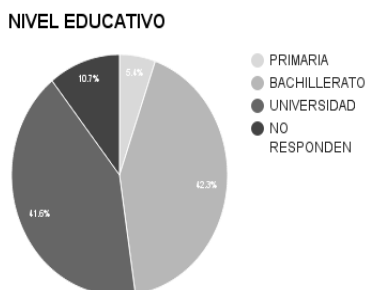


Gráfico No. 3.

Estado laboral:

De las 149 maternas el 79.9% (119 maternas) no trabaja, el 10.7% (16 maternas) no responden, el 8.7% (13 maternas) son independientes y 7% (1 materna) es empleada. Como se evidencia en el gráfico No. 4, el mayor porcentaje corresponde a que no trabajan.

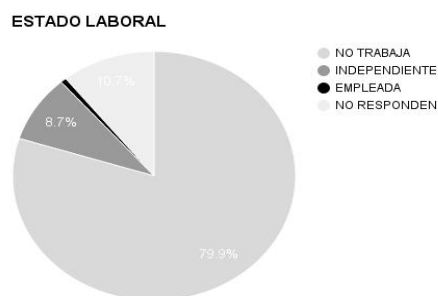


Gráfico No. 4.

Número de hijos:

El 48.3% (72 maternas) de las maternas encuestadas tiene 1 hijo, el 26.8% (40 maternas) tiene 2 hijos, el 10.7% (16 maternas) no responden, el 10.1% (15 maternas) tiene 3 hijos y el 4% (6 maternas) tiene 4 o más hijos. Según porcentaje, la mayoría de las maternas tiene 1 hijo, seguido luego de 2 hijos, como se aprecia en el gráfico No. 5.

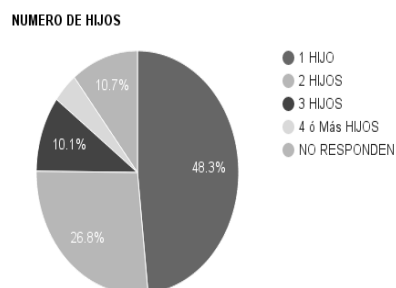


Gráfico No. 5.

Los resultados luego de las llamadas de verificación son los siguientes:

Tiempo de lactancia luego del parto:

Con relación al tiempo de lactancia se encontró que el 30.2% (45 maternas) lactaron por 1 mes, el 18.1% (27 maternas) lactaron por 2 meses, el 16.1% (24 maternas) lactaron por 3 meses, el 4% (6 maternas) lactaron por 4 meses y el 31.5% (47 maternas) no responden.

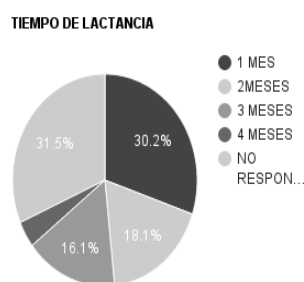


Gráfico No. 6.

Inicio de trabajo luego del parto:

Del total de las maternas encuestadas el 52.3% (78 maternas) no responde, el 26.8% (40 maternas) no trabaja y el 20.8% (31 maternas) retornaron al trabajo en menos de un mes luego del parto.

INICIO DE TRABAJO

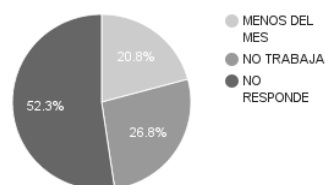


Gráfico No. 7.

A continuación se describen los datos de un primer análisis del cociente de Alfa de Cronbach, tomando todas las variables.

Análisis de Fiabilidad

Escala: todas las variables

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	134	100
Excluidos ^a	0	0
Casos Total	134	100

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla No. 1

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,348	0,385	17

Tabla No. 2

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
58,7	37,188	6,098	17

Tabla No. 3

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0		
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2
Medidas individuales	,030 ^a	0,012	0,055	1,534	133	2128
Medidas promedio	,348 ^c	0,176	0,499	1,534	133	2128

Tabla No. 4

Coefficiente de correlación intraclase

	Prueba F con valor verdadero 0 ^b
	Sig.
Medidas individuales	,000 ^a
Medidas promedio	,000 ^c

Modelo de efectos mixtos de dos factores en el que los efectos de las personas son aleatorios y los efectos de las medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, ya esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlación intraclase de tipo C utilizando una definición de coherencia, la varianza inter-medidas se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula asumiendo que no está presente el efecto de interacción, ya que de otra manera no es estimable.

Tabla No. 5

Al analizar los resultados se obtiene un índice Alfa de Cronbach de 0.385, este valor denota una consistencia interna muy baja de la escala en la población de maternas con estrato socio económico bajo. Por tanto se decidió realizar un segundo análisis correlacionando dos variables: madres con un solo hijo, con dos hijos o más, por edades y si trabajaban o no. Los resultados arrojados son siguientes:

Madres con un solo hijo:

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	118	99,2
Casos Excluidos ^a	1	,8
Total	119	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla No. 6

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
------------------	----------------

,479	17
------	----

Tabla No. 7

Madres con dos hijos o más:

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	72	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	72	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla No. 8

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,573	17

Tabla No. 9

Edades de las maternas: Menores

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	57	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	57	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla No. 10

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,619	17

Tabla No. 11

Edades de las maternas: Mayores

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	27	96,4
Casos Excluidos ^a	1	3,6

Total	28	100,0
-------	----	-------

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla No. 12

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,067	17

Tabla No. 13

Madres que trabajan:

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	53	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	53	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla No. 14

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,592	17

Tabla No. 15

Madres que no trabajan:

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	55	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	55	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla No. 16

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,615	17

Tabla No. 17

El índice de Cronbach aumenta con las madres con un solo hijo, y menores de 24 años, en las mayores y con más hijos se mantiene muy bajo, y no se modifica si tienen trabajo o no.

Análisis Factorial

Todas las variables:

Comunalidades

	Inicial	Extracción
VAR00001	1,000	,587
VAR00002	1,000	,743
VAR00003	1,000	,817
VAR00004	1,000	,762
VAR00005	1,000	,841
VAR00006	1,000	,769
VAR00007	1,000	,693
VAR00008	1,000	,690
VAR00009	1,000	,814
VAR00010	1,000	,750
VAR00011	1,000	,645
VAR00012	1,000	,805
VAR00013	1,000	,771

VAR00014	1,000	,540
VAR00015	1,000	,765
VAR00016	1,000	,584
VAR00017	1,000	,779

Tabla No. 18

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	30,131	4,691	27,593	27,593
2	43,248	2,085	12,266	39,860
3	52,597	1,808	10,635	50,495
4	59,676	1,260	7,409	57,904
5	66,450	1,259	7,409	65,313
6	72,670	1,251	7,357	72,670
7				
8				
9				
10				
11				

12				
13				
14				
15				
16				
17				

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla No. 19

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2	3	4	5	6
1	,936	-,147	-,277	,150	,022	-,055
2	,220	,830	,352	,120	,297	,191
3	,130	-,492	,702	,156	,082	,466
4	,220	,115	,467	-,452	-,606	-,386
5	,086	-,141	,039	-,737	,647	-,100
6	,055	,121	-,295	-,438	-,344	,765

Tabla No. 20

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Quartimax con Kaiser.

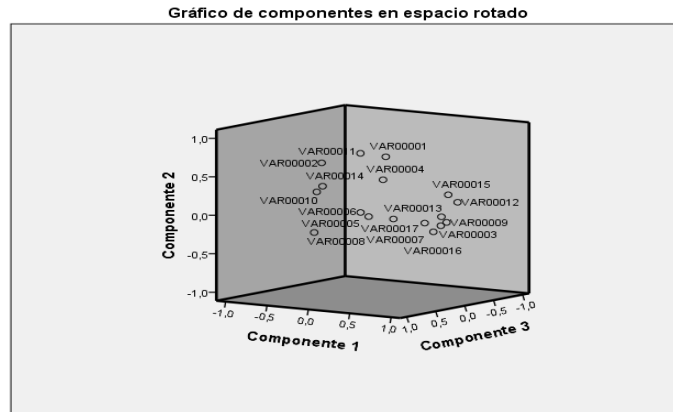


Gráfico No. 8.

Variables: conocimiento y actitud:

Comunalidades

	Inicial	Extracción
VAR00001	1,000	,478
VAR00002	1,000	,601
VAR00003	1,000	,716
VAR00004	1,000	,293
VAR00005	1,000	,096
VAR00006	1,000	,062
VAR00007	1,000	,466
VAR00008	1,000	,145
VAR00009	1,000	,755
VAR00010	1,000	,409
VAR00011	1,000	,397
VAR00012	1,000	,757

VAR00013	1,000	,559
VAR00014	1,000	,450
VAR00015	1,000	,654
VAR00016	1,000	,355
VAR00017	1,000	,160

Tabla No. 21

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	30,131	4,983	29,313	29,313
2	43,248	2,369	13,935	43,248
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Tabla No. 22

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2
1	,976	-,219
2	,219	,976

Tabla No. 23

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Quartimax con Kaiser.

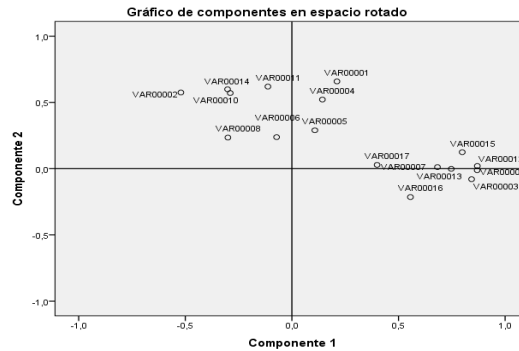


Gráfico No. 9.

Según los resultados obtenidos del análisis factorial se observa que no hay una mayor modificación con respecto a los resultados del cociente de Alfa de Cronbach en cuanto a las variables de conocimiento y actitud que mide la escala IFFAS, frente a este grupo poblaconal. Del resultado obtenido luego del análisis del cociente de Alfa de Cronbach de correlacionar las dos variables: tiempo de lactancia con respecto a la edad de las maternas, el número de hijos y si trabaja o no, se observa un incremento en las dos primeras correlaciones y con la última no hay mayor cambio. Luego del análisis de tipo descriptivo cuantitativo se obtienen los siguientes resultados:

De las 107 maternas quienes accedieron a las llamadas de verificación, como puede observarse en el gráfico No. 10, el rango de edad de 1 a 25

años de las maternas son quienes en número mayor lactan. De las 78 maternas quienes se encontraban en ese rango de edad, 62 (79%) lactaron durante los 4 meses según las encuestas de verificación.

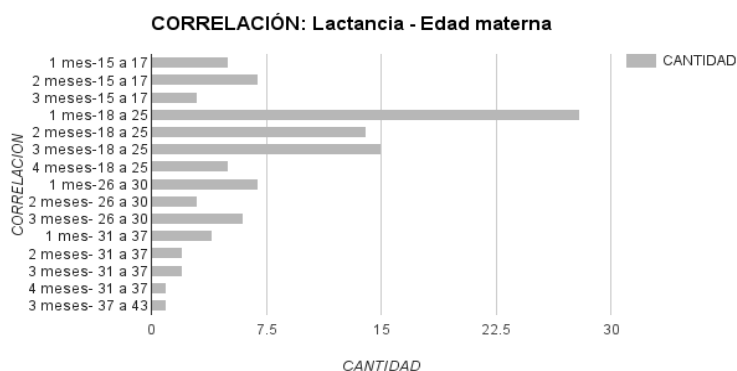


Gráfico No. 10.

Con relación al número de hijos se evidenció, según como lo muestra el gráfico No. 11, durante el tiempo de la lactancia el mayor número de maternas (72) fue quienes sólo tenían un hijo.

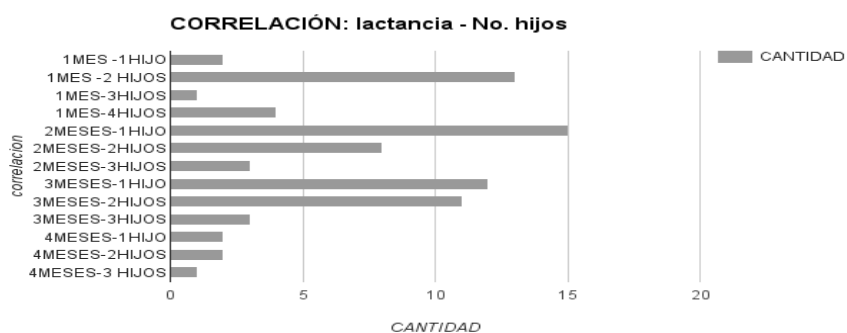


Gráfico No. 11.

Con respecto de las maternas que retornaron a su trabajo o no trabajaban en relación con el tiempo de lactancia el gráfico No. 12 muestra, que el mayor porcentaje 24.1% es de las maternas que retoman el trabajo en un mes en comparación con el 12.1% de quienes lactan y no trabajan.

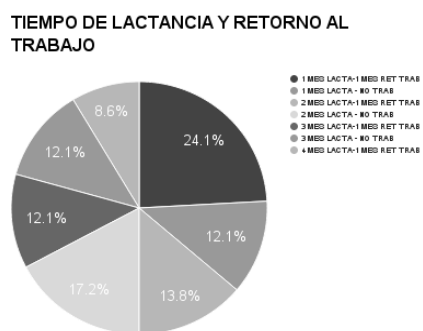


Gráfico No. 12.

Capítulo V

5.- DISCUSIÓN

La prolongación de la lactancia materna en estudios realizados por varios investigadores la relacionan directamente con la actitud y el conocimiento que la madre tiene hacia esta actividad. Por esta razón se han diseñado varias escalas que permiten evaluar estos dos aspectos en las maternas con el fin de generar estrategias para lograr que la lactancia sea exclusiva como mínimo por 6 meses como lo determina la OMS.

Entre las escalas que miden la actitud y el conocimiento de las maternas hacia la lactancia se encuentra la *IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE* (De la Mora & Russell, 1999), la cual fue validada para el idioma español por Jácome y Jiménez (2014) en un grupo poblacional de estrato alto 5 y 6 de maternas de la Clínica del Country. Para completar el proceso de validación de esta escala, se evalúa su validez en un grupo de maternas de estrato bajo 1 y 2 para determinar la capacidad de predicción de la misma con respecto a la prolongación de la lactancia materna.

En Colombia según la encuesta ENDS 2010, el 88% de las mujeres colombianas inician lactancia en el hospital, pero para los 2 meses, sólo el 63% y a los 5 meses sólo el 24% continúan lactando. Todo lo anterior a pesar del interés por parte de las políticas públicas en promocionar las ventajas de la lactancia para la pareja lactante, incluyendo los objetivos propuestos para el Desarrollo del Milenio como meta la lactancia hasta los 24 meses.

Se puede considerar entonces que las capacitaciones y la educación permanente que se generan desde los hospitales como La Victoria y el Materno Infantil, que son instituciones certificadas como Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia (IAMI) no son suficientes para el éxito de la lactancia.

Durante el proceso de la investigación fundamentada en todos los preceptos teóricos para la recolección de los datos, se evidenció que algunas de las preguntas de la encuesta requieren de aclaración como la número 4 y la número 11, que algunas maternas demuestran bajas

habilidades para la comprensión escrita y otras no manejan el código escrito, además que las preguntas de carácter negativo como la número 2, son calificadas por las maternas a través de la escala Likert como neutra.

Los resultados de la validez interna según el Alfa de Cronbach fue de 0.348, un valor muy bajo, el cual se ve incrementado a 0.537 al eliminar la pregunta 2. Estos resultados llegan a evidenciar que en este grupo poblacional de estrato socio económico bajo la actitud y conocimiento, variables que mide la escala de IOWA, no son determinantes para la prolongación de la lactancia materna. Se aprecia que las maternas del rango de edad entre 18 y 25 años son el mayor número, que la unión libre es el estado civil mayor establecido, la escolaridad mayor es de secundaria y un gran número no labora. Estas condiciones sociales y culturales evidencian que el mayor tiempo de lactancia está dado durante el primer mes luego del parto y que se prolonga por más tiempo en las maternas que tienen sólo un hijo. En cuanto al tiempo de lactancia al retomar el trabajo no hay mayor brecha teniendo en cuenta que la mayor parte de la población no labora.

Cabe entonces reconocer que la problemática de la prolongación de la lactancia materna es multifactorial dentro de una sociedad compleja, cambiante, y es por ello que la lactancia se debe considerar desde un modelo ecológico, en donde existen interrelaciones a diferentes niveles que modifican la actitud ante el hecho de lactar, influenciando en la duración de la lactancia y en la exclusividad de la misma.

El reconocimiento de la actitud de la mujer hacia la lactancia puede ser relativa según las creencias y la experiencia la cual predispone a reaccionar de una manera determinada. En este grupo poblacional al parecer el primer acercamiento hacia la experiencia de la lactancia es crucial para su prolongación, ya que el rango de edad es muy joven, en donde son muy receptivas hacia las ventajas que brinda esta actividad para el bebé, pero que sin embargo, de cómo sea su experiencia puede verse reflejado en que a mayor edad y con mas experiencia al tener más hijos, la actividad de lactar disminuye en el tiempo.

Capítulo VI

6.- CONCLUSIONES

Con la pregunta inicial de esta investigación: si existe homogeneidad de los constructos y consistencia interna de la *IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE* independiente del estado socio económico poblacional para evaluar la actitud materna hacia la lactancia?

Se encontró la necesidad de cambiar semánticamente algunas preguntas. De igual manera cambiar las preguntas de carácter negativo. La validez interna según el índice de Alfa de Cronbach dió muy bajo, pero puede aumentarse al eliminar las preguntas de carácter negativo.

El índice de Alfa de Cronbach mejora con las madres con un solo hijo, y menores de 24 años, en las mayores y con más hijos este da muy bajo, y no se modifica si tienen trabajo o no. En el análisis factorial, primero total y luego llevándolo con sólo dos items (conocimiento y actitud), no se observa mayor modificación a lo determinado por el índice de Alfa de Cronbach.

Lo anterior lleva a reflexionar que para este grupo poblacional la actitud y conocimiento no son relevantes para la prolongación de la lactancia, sino la actitud y experiencia, inicialmente evidenciada en los resultados arrojados en este estudio.

Ello lleva a pensar la posibilidad que la medición de la actitud en esta población podría estar modificada por la experiencia y quizás no por el conocimiento o la actitud, por tanto se considera muy importante hacer una evaluación cualitativa con objeto de explorar el componente social en este grupo poblacional.

REFERENCIAS

Aguayo, M J., Arena, A J., Blásquez, G J., et all. (2008). Manual de Lactancia Materna. Primera Edición ed. Colombia: Panamericana.

Archabald, K., Lundsberg, L., Triche, E., Norwitz, E., Illuzzi, J. (2011). Women's prenatal concerns regarding breastfeeding: are they being addressed? J Midwifery Womens Health Jan-Feb; 56(1): 2-7.

Avery, AB., Magnus, JH. (2011) Expectant fathers' and mothers' perceptions of breastfeeding and formula feeding: a focus group study in three US cities. J Hum Lact. USA.

Carbonell, J; Carbonell, M y González Martín, N (2012) Las Familias en el siglo XXI: Una mirada desde el Derecho. Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto de investigaciones jurídicas. Serie: Estudios Jurídicos, Núm. 205. Coordinadora México. Editorial: Elvia Lucía Flores Ávalos. México.

Datta, J., Graham, B., y Wellings, K. (2012). The role of fathers in breastfeeding: Decision-making and support.; 20:159-167. USA.

De la Mora, A., Russell, D., Dungy, C., Losch, M., y Dusdiecker, L. (1999) The Iowa Infant Attitude Scale. J Appl Soc Psychol; 29: 2362-2380.

Eidelman, AI. (2012) Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics Breastfeeding Policy Statement. Breastfeed Med. Oct;7(5):323-324.

Fonseca, F., Heredia, A.P., Ocampo, P., Forero, Y. (2011) Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, ENSIN 2010. Primera Edición ed.: ICBF; Bogotá, Colombia.

Grassley, J., Eschiti, V. (2008) Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? Birth Dec;35(4):329-335. USA.

Hall, WA., Hauck, Y. (2007) Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: A quasi-experimental study. 2007;44(786):795.

Ho, YJ., McGrath, JM. A (2011) Chinese version of Iowa Infant Feeding Attitude Scale: reliability and validity assessment. Int J Nurs Stud Apr;48(4):475-478.Canada ISSN: 0020-7489

Hoddinot, O., Craig, L., Britten, J., McInnes, R. (2012) A serial qualitative interview study of infant feeding experiences :idealism meets realism. BMJ OPEN 2012;2:e000504. Inglaterra. ISSN 2044-6055

Jácome, A. y Jiménez, R. (2014). Validación de la Escala Iowa Infant Feeding Attitude Scale. Revista Pediátrica: Elsevier. EU / /2014/Universidad del bosque Bogota

Larsen JS, Hall EO, Aagaard H. (2008). Shattered expectations: when mothers' confidence in breastfeeding is undermined--a metasynthesis. Scand J Caring Sci Dec;22(4):653-661.

Ledesma et all. (2002). Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos. Revista Psico-USF, v. 7, n. 2, p. 143-152, Jul./Dez. 2002. Recuperado: 1 de diciembre de 2015. <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v7n2/v7n2a03>

Lutter, CK., y Morrow, AL. (2013). Protection, promotion, and support and global trends in breastfeeding. Adv Nutr Mar 1;4(2):213-219.

McInnes R, Chambers J. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. 2008;62:407-427.

McLachlan, F. (2010) Women's views and experiences of breast feeding: positive, negative or just good for the baby? Midwifery 2010;26:116-125.

Méndez, C. , & Vélez, R. (2001). Metodología diseño y desarrollo del proceso de investigación. McGraw Hill. Colombia: Bogotá.

Ojeda, G., Ordoñez, M., Ochoa, LF. (2010). Duración de la Lactancia Materna, motivos de suspensión e intensidad diaria de amamantamiento. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 10. 2010th ed. Bogota: Profamilia; 2010. p. 275-278.

Ortega-García, J.A. et al. (2014) / "Factores ambientales relacionados con la duración de la lactancia: estudio de seguimiento a 1 año". Acta Pediatr Esp. 2015; 73(4): 97-104

Sánchez, Y.V & Reyes, C. (2006). Metodología y diseños en la investigación científica. Editorial Visión Universitaria. Perú: Lima.

Tennant, R., Wallace, LM., Law, S. 2006) Barriers to breastfeeding: a qualitative study of the views of health professionals and lay counsellors. Community Pract May;79(5):152-156.

ANEXOS

ESCALA DE ALIMENTACIÓN INFANTIL DE IOWA

Para cada una de las siguientes afirmaciones por favor indique su grado de acuerdo o desacuerdo escogiendo el número que se acerque más a su opinión de acuerdo con la siguiente escala:

1= Muy en desacuerdo (MD) 2 = En desacuerdo (D) 3 = Neutral (N) 4 = De acuerdo (A) 5 = Muy de acuerdo (MA)

	MD	D	N	A	MA
*1. El beneficio de la leche materna sólo dura hasta cuando él bebé es alimentado al seno	1	2	3	4	5
*2. Dar leche de fórmula es más beneficioso que dar leche materna.	1	2	3	4	5
3. El amamantar aumenta el lazo afectivo entre el bebé y su madre	1	2	3	4	5
*4. La leche materna es deficiente en hierro.	1	2	3	4	5
5. Los bebés alimentados con leche de fórmula tienen mayor riesgo de obesidad que con la leche materna	1	2	3	4	5
*6. La leche de fórmula es mejor opción si la madre planea trabajar fuera de casa.	1	2	3	4	5
7. Las madres que alimentan a su bebé con fórmula se pierden de una de las grandes alegrías de la maternidad.	1	2	3	4	5
*8. Las mujeres no deberían amamantar en lugares públicos tales como restaurantes.	1	2	3	4	5
9. Los bebés alimentados con leche materna son más saludables que los alimentados con leche de fórmula.	1	2	3	4	5
*10. La leche materna tiene menos nutrientes al ser comparada con leche de fórmula.	1	2	3	4	5
*11. Los padres se sienten excluidos si la madre amamanta.	1	2	3	4	5
12. La leche materna es el alimento ideal para los bebés.	1	2	3	4	5
13. La leche materna se digiere más fácilmente que la fórmula.	1	2	3	4	5
*14. La leche de fórmula es tan saludable para el bebé como lo es la leche materna.	1	2	3	4	5
15. Darle la leche del seno al bebé es más beneficioso que alimentar con leche de fórmula.	1	2	3	4	5
16. La leche materna es menos costosa que la leche de fórmula.	1	2	3	4	5
*17. Una madre que bebe alguna bebida alcohólica no debería amamantar a su bebé en ese momento.	1	2	3	4	5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: ADAPTACION CULTURAL DE LA *IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE* EN ESPAÑOL EN UN GRUPO POBLACIONAL COLOMBIANO

Usted y su hijo(a) están invitados a participar en un estudio de investigación propuesto por la CLINCA DEL COUNTRY y UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA, como estudio institucional, con la participación de los siguientes investigadores: Alvaro Jácome, Comité de Lactancia Materna Clínica del Country, Grupo Universidad Iberoamericana. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria.

1. Usted y su hijo(a) pueden retirarse del estudio cuando lo deseen, sin que esto implique perjuicio alguno para ustedes.
2. Ninguna persona participante de este estudio recibirá beneficios económicos por su participación.
3. El presente estudio no tiene ningún interés económico particular.
4. Todos los datos recolectados serán registrados y manejados BAJO ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD, y nadie aparte de los directamente implicados tendrá acceso a los mismos.
5. Cualquier información adicional, no dude en escribir al siguiente correo: alvarjacome@gmail.com o llamar al Doctor Álvaro L Jácome O, cel. 300 608 7628. O al comité de Lactancia de la Clínica del Country

EXPLICACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

INTRODUCCIÓN:

La lactancia materna es la forma ideal de alimentación durante los primeros 6 meses de edad del bebe, pero este propósito no es real dentro de las condiciones de vida actuales, se requiere realizar estudios en nuestro medio que permitan conocer las circunstancias, conocimientos y actitudes de las mujeres y la sociedad en si sobre el tema con objeto de crear estrategias adecuadas para cumplir con esta meta.

OBJETIVO:

Evaluar si existen diferencias en las respuestas a la *IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE* en una población de mujeres en un medio social SISBEN 2, 3 en la ciudad de Bogotá, Colombia

PROCEDIMIENTO:

Usted colaborara contestando un formulario de 17 preguntas sobre el tema, le tomara 10 minutos, posteriormente será llamada seis semanas después, para conocer la forma de alimentación en su bebe.

RIESGOS E INCOMODIDADES:

El presente estudio no representa riesgo dado que no se realizara ninguna intervención, solamente es su colaboración en la respuesta de la encuestas, los datos personales que se toman es para realizar una segunda encuesta para conocer la forma de alimentación que tiene Ud., en su

bebe a las seis semanas de edad. Los datos se manejarán estrictamente para desarrollar la encuesta.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y PRECAUCIONES:

Al formar parte de este estudio, ustedes se comprometen a contestar el cuestionario y a colaborar nuevamente a las seis semanas con la encuesta telefónica que se realizará-

RESPONSABILIDAD DEL INVESTIGADOR:

Los investigadores se comprometen a proteger los datos y resolver cualquier duda que tengan.

MANEJO DE RESULTADOS:

Los resultados serán manejados bajo estricta confidencialidad y el investigador principal no revelará sus nombres (los datos serán manejados bajo un código). En caso de que los datos sean publicados en una revista científica, no se revelarán nombres de personas participantes en el estudio ni de sus familias.

AUTORIZACION Y FIRMAS

Acepto voluntariamente a participar en esta investigación y declaro que se me han explicado los objetivos y métodos, al igual que me han respondido las preguntas e inquietudes de manera satisfactoria.

Yo _____

Identificado con CC No. _____

Fecha _____

Firma _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma del investigador _____

Testigo 1 _____

Testigo 2 _____