

La eficacia de los programas de intervención con padres para la promoción de la lactancia materna: una revisión sistemática

Effectiveness of intervention programs carried out with fathers for promoting breastfeeding: a systematic review

David Gómez López¹
Ramón Mendoza-Berjano^{2,3}

¹ Graduado en Psicología por la Universidad de Huelva (España)

² Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación. Universidad de Huelva

³ Grupo de Investigación Desarrollo de Estilos de Vida a lo largo del Ciclo Vital y Promoción de la Salud. Universidad de Huelva (España)



VOL. 51. Número 186 (2025)

ISSN 0211-7339

<http://dx.doi.org/10.33776/amc.v51i186.8400>

La eficacia de los programas de intervención con padres para la promoción de la lactancia materna: una revisión sistemática

Effectiveness of intervention programs carried out with fathers for promoting breastfeeding: a systematic review

Resumen:

Las actitudes y conocimientos del padre parecen ser fundamentales en la promoción de la lactancia materna (LM), según la evidencia empírica disponible. Por ello, los programas de fomento de la LM dirigidos específicamente a los padres, o bien conjuntamente a las madres y sus parejas, podrían tener sentido. El objetivo de esta revisión sistemática es valorar la eficacia de los programas de intervención con padres (o parejas de las madres) para promocionar la LM realizados en cualquier país del mundo. Se seleccionaron solo aquellos que tuvieran una evaluación basada en un diseño experimental o cuasiexperimental. De los 372 artículos iniciales encontrados en las bases de datos, un total de ocho fueron incluidos finalmente. En estos se evaluaron variables relacionadas con la práctica de la LM, la actitud y apoyo hacia la LM, la alimentación con leche de fórmula y la introducción de alimentos no lácteos. Casi todas las intervenciones mostraron ser eficaces en uno o más aspectos, por lo que se recomienda ampliar la experimentación de intervenciones de este tipo.

Palabras Claves:

lactancia materna, programas de intervención, padres, eficacia

Abstract:

The attitudes and knowledge of babies' fathers seem to be key in promoting breastfeeding (BF), according to the available empirical evidence. Consequently, programs to promote BF that are specifically aimed at fathers or jointly aimed at mothers and their partners may make sense. The aim of this systematic review was to assess the effectiveness of intervention programs carried out with fathers (or mothers' partners) for promoting BF in any country in the world. We selected only those that included an assessment based on an experimental or quasi-experimental design. Of the 372 articles initially found in the databases, eight were finally included. They assessed variables related to the practice of BF, attitudes towards and support of BF, formula feeding and the introduction of non-dairy food. Almost all interventions proved to be effective in one or more aspects, so we recommend enhancing the experimental implementation of this kind of interventions.

Keywords:

breastfeeding, intervention programs, fathers, effectiveness

Fecha de recepción: 6/2/2025

Fecha de aceptación: 1/4/2025

Correspondencia: David Gómez López. E-mail: david.gomez1@alu.uhu.es



1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la lactancia materna (LM) es la forma más adecuada de alimentación del bebé, que asegura su correcta nutrición y desarrollo (WHO, 2001a). La OMS recomienda iniciar la LM en la primera hora de vida del niño, alimentarlo exclusivamente con lactancia materna hasta los seis primeros meses y continuar luego la lactancia como mínimo hasta los dos años, introduciendo progresivamente alimentos complementarios a partir de los seis meses (Neves et al., 2021; OMS, UNICEF, 2003; WHO, 2001b). Esta recomendación está basada en la amplia evidencia existente sobre los beneficios de la lactancia materna tanto para el desarrollo físico, emocional y cognoscitivo filial, como para la salud y el bienestar de la propia madre, así como para favorecer el vínculo entre ambos.

En lo que se refiere al hijo, la LM está asociada a un menor riesgo de otitis media aguda, de gastroenteritis no específica, de infecciones graves del tracto respiratorio inferior, de dermatitis atópica, de asma infantil, de obesidad, de diabetes tipo 1 y tipo 2, de leucemia infantil, de síndrome de muerte súbita del lactante y de enterocolitis necrotizante (Horta et al., 2023; Ip et al., 2007). La lactancia materna estimula el desarrollo del sistema inmune (Rossato, 2008). El potencial de la lactancia materna para prevenir el sobrepeso y la obesidad en la infancia ha sido corroborado en múltiples estudios, lo que tiene particular relevancia en un contexto mundial de creciente prevalencia del exceso de peso en numerosos países (Arenz et al., 2004; OECD, 2021; Rito et al., 2019; WHO, 2022). Puede ser ilustrativo a este respecto que España fuera en 2015/17 el país de Europa con la mayor tasa de obesidad infantil (17,7%) y también fuera, junto con Italia y Malta, el país de Europa con la mayor tasa de niños que nunca habían sido amamantados (21%), según el estudio COSI de la OMS (Rito et al., 2019).

Por otra parte, se ha constatado que la LM favorece el desarrollo psicomotor en la infancia y en la adolescencia (Grace et al., 2017; Sánchez-Vincitore et al., 2024) y contribuye al establecimiento del apego filio-maternal y materno-filial (Chen et al., 2024; Norholt, 2020). Igualmente, existe evidencia de que la lactancia materna estimula el desarrollo cognitivo (Kramer et al., 2008; Sánchez-Vincitore et al., 2024), con efectos perdurables incluso en la adultez, al constatarse tanto en la infancia como en la adolescencia y en la etapa adulta que el cociente intelectual promedio de quienes fueron amamantados es significativamente más alto que el de quienes fueron alimentados con lactancia artificial (Victora et al., 2015; Victora et al., 2016).

Además de favorecer un desarrollo filial óptimo, también conlleva beneficios para la madre y para el conjunto de la unidad familiar. En la mujer reduce el riesgo de diabetes tipo 2 y de cáncer de mama y de ovario (Anstey et al., 2017; Ip et al., 2007; Victora, 2016), así como también reduce el riesgo cardiovascular (McNestry et al., 2024; Perrine et al., 2016). Por otra parte, la no lactancia materna o su abandono temprano favorecen la depresión postparto (Ip et al., 2007; Victora, 2016). A su vez, la LM está asociada a una mayor calidad de vida materna (Triviño-Juárez et al., 2016), así como a una mayor duración del sueño nocturno en las figuras parentales (Doan et al., 2007; Doan et al., 2014).

La prevalencia de la LM descendió drásticamente en numerosos países en el siglo XX (España, entre ellos). La Región Europea de la OMS es, de las seis regiones mundiales de la OMS, la que presenta una menor prevalencia de la lactancia materna exclusiva, seguida de Norte América (Neves et al., 2021; Williams et al., 2021). No obstante, en el conjunto del mundo entre 2000 y 2019 se ha observado un aumento significativo de la prevalencia a los seis meses en el caso de los países de renta alta (un incremento de 1,29 puntos porcentuales por año) (Neves et al., 2021).



Los datos disponibles sobre la prevalencia de la LM en el conjunto de España son escasos. La Encuesta Nacional de Salud de 2017 estimó que la prevalencia de la lactancia natural (no mixta ni artificial) en España era del 73,9% a las seis semanas, del 63,9% a los tres meses y del 39% a los seis meses de edad (ENSE, 2017). A su vez, en un estudio de cohorte de los nacidos en España entre abril de 2017 y marzo de 2018 sobre la prevalencia de la LM y sus determinantes, en el que han participado más de 200 pediatras de atención primaria, se ha estimado que la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) fue del 66,4% en la visita pediátrica de los 15 días y del 35,2% a los seis meses (Martín-Ramos et al., 2024).

Ya que la prevalencia de la LM en algunas regiones del mundo (en especial, en Europa y en Norte América, como se ha indicado) es muy inferior a la que debería darse según las recomendaciones de la OMS, su promoción requiere de actuaciones de apoyo multinivel con intervenciones implementadas a través de distintas vías, de manera que se favorezca que las madres se sientan motivadas, capacitadas y apoyadas para amamantar (Rollins et al., 2016). Sin embargo, no existe evidencia de que el apoyo profesional, tal como se viene prestando, suela resultar efectivo (Dennis, 2002; Lumbiganon et al., 2016), mientras que el asesoramiento de madres con experiencia sí parece serlo (Dennis, 2002). A su vez, se ha constatado que los miembros de la familia, especialmente el padre y la abuela, suelen tener una gran influencia y constituyen una fuente de apoyo para las madres en la toma de decisiones sobre la LM (Thuita et al., 2015). Los conocimientos y actitudes del padre o pareja de la madre parecen ser fundamentales para la promoción de la LM, por lo que algunos autores los consideran objetivos prioritarios de las intervenciones concebidas con este propósito (Brown y Davies, 2014; Rempel y Rempel, 2011; Swigart et al., 2017). A pesar de las evidencias, la bibliografía muestra que en general a los padres se les ha dejado de lado en la participación en programas para dicha promoción (Abbass-Dick y Dennis, 2017; Bennett et al., 2016), que suelen estar centrados en las madres. No obstante, parece que las intervenciones orientadas hacia los padres han sido algo más frecuentes en los últimos años (Tadesse et al., 2018). La clave aquí es averiguar si realmente están funcionando, en especial en el sentido de si están logrando que mejoren las tasas de iniciación y de continuación de la LM.

Los diseños experimentales o cuasiexperimentales con grupo de control, cuando son aplicables, permiten una evaluación rigurosa del impacto de las intervenciones (Mitchell-Box y Braun, 2013; Rockers et al., 2017). Por todo ello, se ha procedido a desarrollar una revisión sistemática de los programas de intervención en este campo realizados en el mundo, publicados en inglés o español, que han sido evaluados con alguno de estos tipos de diseños.

Objetivo

El objetivo de esta revisión es valorar la eficacia de los programas de intervención con padres para promocionar la LM llevados a cabo en cualquier país del mundo que hayan sido evaluados mediante un diseño experimental o cuasiexperimental y que hayan sido objeto de publicación en inglés o español.

Metodología

Fuentes de información

La búsqueda bibliográfica fue realizada en marzo de 2024, a través de las bases de datos *PsycInfo*, *Web of Science*, *PubMed* y *Psicodoc*, acompañada de una búsqueda manual a partir de las listas de referencias de los artículos recuperados. Los términos de búsqueda fueron: (*intervention OR promotion*) AND *program* AND *breastfeeding* AND (*father OR men*) y sus equivalentes en español.

Criterios de elegibilidad

Se incluyen todas aquellas investigaciones consistentes en la ejecución y evaluación de programas de intervención para padres o parejas de las madres donde uno de los objetivos principales sea la promoción de la LM. Se incluyen trabajos originales, publicados a partir de 2001, en acceso abierto, en inglés o español. Se incluyen tanto las intervenciones exclusivas como las no exclusivas para padres. Se excluyen otras revisiones sistemáticas, las intervenciones que no incluyan una evaluación del programa y la descripción de sus resultados y o bien que no tengan un diseño experimental o cuasiexperimental.

Proceso de revisión

El proceso de revisión constó de dos fases. En la primera, se insertaron los términos de búsqueda en las bases de datos. De las entradas obtenidas se revisó el título y se leyó el resumen para comprobar cuáles eran relevantes según los criterios de inclusión y exclusión, descartando las irrelevantes, y se eliminaron los artículos duplicados. En la segunda, de los artículos preseleccionados se leyó el texto completo para comprobar definitivamente cuáles se ajustaban a los objetivos del trabajo. Se añadieron además algunos artículos relevantes extraídos de sus referencias. Todos los trabajos que superaron esta segunda fase fueron incluidos en la revisión.

Análisis de la información

De cada documento se ha analizado la siguiente información: autores y año de publicación, nombre del programa, entidad promotora, localidad y país donde se ha realizado la intervención, descripción de la muestra, ámbito de la intervención, agentes de la intervención, objetivos, metodología y técnicas de intervención utilizadas, sistema de evaluación y resultados obtenidos. La síntesis de esta información se ha reflejado en una tabla donde cada columna corresponde con cada uno de estos aspectos.

Resultados

Al insertar los términos de búsqueda en las bases de datos se localizaron un total de 372 artículos (*PsycInfo* = 35, *Web of Science* = 129, *PubMed* = 208, *PsicoDoc* = 0). De estos, se revisó el título y se leyó el resumen para comprobar cuáles eran relevantes según los criterios de inclusión y exclusión. Se eliminaron además cinco artículos duplicados. Tras esta primera criba, 21 artículos resultaron

potencialmente relevantes. De estos se leyó el texto completo para comprobar definitivamente cuáles se ajustaban a los objetivos de la revisión. Dos artículos se añadieron manualmente desde las listas de referencias. Al final, se incluyeron ocho artículos en el estudio, que corresponden a otras tantas intervenciones. Este proceso se refleja en el diagrama de flujo de la Figura 1.

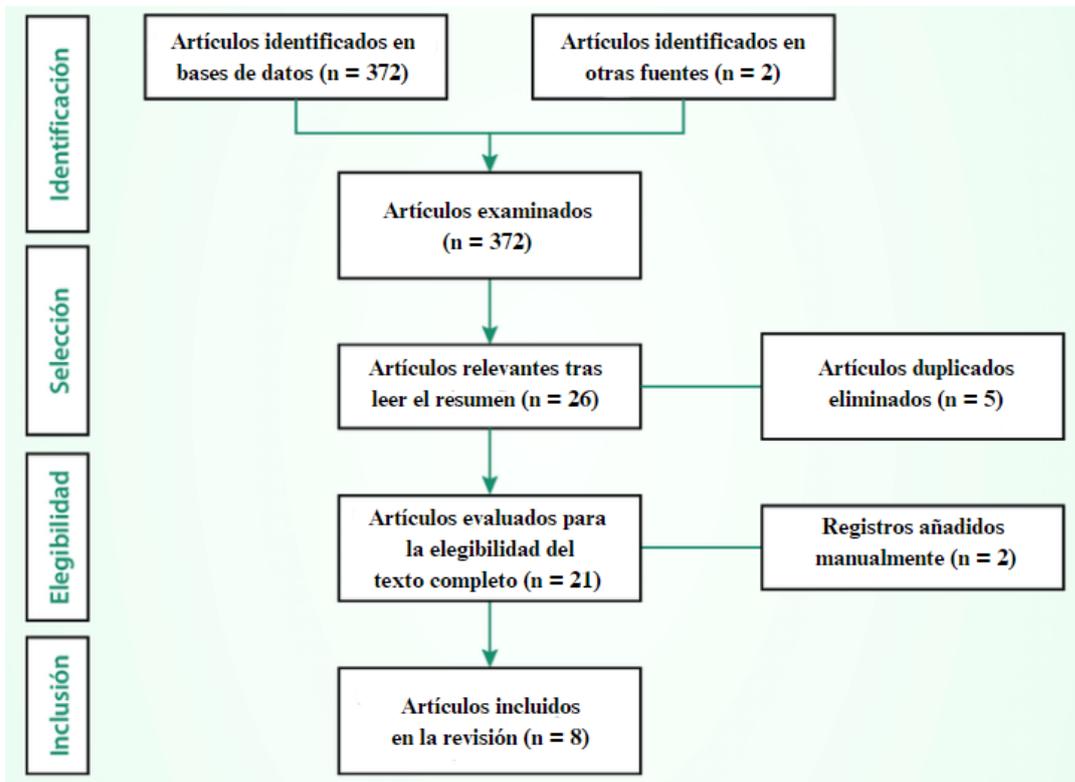


Figura 1.

Diagrama de flujo de la selección de artículos

Dos de las intervenciones se efectuaron en la misma provincia de Vietnam por la misma entidad (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019), aunque en distritos diferentes cada una. Otras dos se llevaron a cabo en Perth, Australia, también por la misma entidad, aunque dentro de programas distintos: *Father Infant Feeding Initiative* (FIFI) (Maycock et al., 2013) y *Parent Infant Feeding Initiative* (PIFI) (Scott et al., 2021). Dos intervenciones se realizaron en Irán: una en Karaj (Panahi et al., 2022) y otra en Teherán (Raeisi et al., 2014). A su vez, una fue llevada a cabo en el distrito de Demak, en la isla de Java, Indonesia (Susiloretni et al., 2013) y otra en la ciudad de Baltimore, EE. UU. (Wolfberg et al., 2004). Tan solo la intervención de Susiloretni et al. (2013) se ejecutó en un ámbito rural, siendo el resto ejecutadas en ciudades o contextos urbanos. La Tabla 1 ofrece información detallada de estos programas.

Tabla 1.

Descripción de los artículos analizados.

Autor (año), entidad promotora	Localidad, país	Diseño y muestra	Ámbito de intervención	Agentes de intervención	Objetivo de la intervención	Metodología y técnicas de intervención	Sistema de evaluación	Resultados
<p>Bich et al. (2016).</p> <p><i>Hanoi School of Public Health.</i></p>	<p>Provincia de Hai Duong, Vietnam.</p>	<p>Diseño cuasi experimental. Grupo de intervención (GI): N = 239 padres. Grupo control (GC): N = 230 padres.</p>	<p>Centro de salud con visitas a casa e intervención en el ámbito social y comunitario.</p>	<p>Trabajadores sanitarios, sociales y comunitarios.</p>	<p>Movilizar el apoyo paterno para la iniciación temprana de la lactancia materna (LM).</p>	<p>Se implementó una intervención de promoción de la LM centrada en la comunidad. El público objetivo eran los padres, la comunidad en general y los sistemas de atención sanitaria. En el GI, circunscrito a un distrito provincial, se realizaron actividades como la transmisión de mensajes clave través de medios de comunicación, asesoramiento mensual a grupos de padres, asesoramiento de trabajadores sanitarios en el domicilio y elaboración de eventos sociales. Estas actividades se realizaron en periodo prenatal y posnatal durante un año. En el distrito del GC no se llevó a cabo esta intervención.</p>	<p>Evaluación inicial y durante los 4 meses posteriores al parto, mediante entrevistas y cuestionarios a las madres. Las principales variables evaluadas fueron iniciación temprana de la LM (< 1h tras el parto) y alimentación pre-láctea.</p>	<p>La tasa de iniciación temprana de la LM fue del 81,2% en el GI vs. 39,6% en el GC. Los bebés del GI tenían 7,64 veces más probabilidad de ser alimentados en la primera hora tras el parto que los del GC, y 4,43 veces más probabilidad de no recibir alimentación pre-láctea que estos.</p>
<p>Bich et al. (2019).</p> <p><i>Hanoi University of Public Health.</i></p>	<p>Provincia de Hai Duong, Vietnam.</p>	<p>Diseño cuasi experimental. GI: N = 390 padres. GC: N = 412 padres.</p>	<p>Centro de Salud con visitas a casa e intervención en el ámbito social y comunitario.</p>	<p>Trabajadores sanitarios y matronas.</p>	<p>Movilizar el apoyo paterno para la iniciación temprana de la LM.</p>	<p>Se implementó una intervención de promoción de la LM centrada en la comunidad. El GI, circunscrito a un distrito provincial, recibió actividades como la transmisión de mensajes clave a través de medios</p>	<p>Evaluación inicial y al final del primer, cuarto y sexto mes tras el parto mediante cuestionarios a las madres. Las variables evaluadas fueron iniciación temprana de la LM y la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) al mes 1, 4 y 6.</p>	<p>Las madres del GI tenían mayor probabilidad de iniciación temprana de la LM que las del GC (GI: 49,2% vs. GC 35,8%). El porcentaje de madres que realizaban LME al mes 1, 4 y 6 era</p>

					<p>de comunicación; la distribución de materiales promocionales como folletos , tazas y camisetas; colocación de pósteres motivacionales en los centros sanitarios; entrenamientos grupales en los centros de salud; asesoramiento paterno durante el parto; asesoramiento en el domicilio durante el último trimestre de embarazo y a la semana, 6 semanas y 14 semanas tras el parto; fundación de un club de padres; elaboración de eventos sociales y creación de una página de Facebook del grupo de padres. Estas actividades se realizaron en periodo prenatal y posnatal durante 16 meses. Los trabajadores sanitarios y matronas que se encargaron del asesoramiento fueron entrenados en talleres de 2 días. En el distrito del GC no se realizó esta intervención. Los distritos seleccionados en la provincia de Hai Duong para el GI y GC fueron distintos de aquellos seleccionados en la investigación previa (Bich et al., 2016).</p>	<p>del 34,8, 18,7 y 1,9% respectivamente, en comparación con el 5,7, 4 y 0% respectivo del GC.</p>
--	--	--	--	--	---	--

<p>Maycock et al. (2013).</p> <p><i>Fathers Infant Feeding Initiative.</i></p> <p><i>School of Public Health and Curtin Health Innovation Research Institute, Curtin University.</i></p>	<p>Perth, Australia.</p>	<p>Diseño experimental. GI: N = 723 usuarios (358 padres y 365 madres). GC: N = 600 usuarios (298 padres y 302 madres).</p>	<p>Hospital, con entrega de materiales divulgativos a casa por correo.</p>	<p>Educadores masculinos no profesionales (iguales).</p>	<p>Aumentar las tasas de LM.</p>	<p>El GI recibió una sesión educativa prenatal especializada sobre LM, de dos horas de duración. Esta proporcionaba información sobre los beneficios de la lactancia para las madres y los niños, así como se comentaban las dificultades de dicha práctica. Además, tras el parto, se les entregó semanalmente durante seis semanas un paquete con materiales divulgativos impresos de lactancia. El GC solo recibió un programa de cuidado y educación prenatal general propio del hospital, al igual que el GI.</p>	<p>Evaluación inicial y a las 6 semanas tras el parto mediante cuestionarios a las madres. Se utilizó el <i>Iowa Infant Feeding Attitude Scale</i> (IIFAS) a los 6 meses tras el parto. Las variables evaluadas fueron actitud paterna hacia la LM, iniciación de la LM (sí/no) y prevalencia de la LME.</p>	<p>A las 6 semanas, la proporción de familias que practicaban la LM fue significativamente mayor en el GI que en el GC: 81,6 vs. 75,2%. Los niños del GI tenían 1,46 veces más probabilidad de iniciar la LM que el GC. Los hijos de padres de mayor edad y con más ingresos fueron más susceptibles de practicar la LM a las 6 semanas. La diferencia entre el GI y el GC en la prevalencia de la LME a las 6 semanas no fue significativa. A los 6 meses, la diferencia en las puntuaciones del IIFAS tampoco fueron significativas entre el GI y el GC.</p>
<p>Panahi et al. (2022).</p> <p><i>Midwifery and Reproductive Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.</i></p>	<p>Karaj, Irán.</p>	<p>Diseño experimental. GI: N = 38 padres. GC: N = 38 padres.</p>	<p>Centro de Salud.</p>	<p>La primera autora, F. Panahi.</p>	<p>Aumentar la prevalencia de LME en Irán y mejorar el conocimiento y la autoeficacia de las madres para dar el pecho.</p>	<p>En el GI se realizaron dos sesiones de educación y asistencia a la LM, de 40 minutos cada una, en un intervalo de una semana, durante la segunda y tercera semana de vida del neonato. Estas sesiones incluían a los padres con las madres. En el GC esta intervención se realizó solo a las madres.</p>	<p>Evaluación inicial y tras 4 meses de la intervención mediante cuestionarios y una entrevista. Las variables evaluadas fueron el apoyo paterno a la LM y la prevalencia de la LME.</p>	<p>El apoyo paterno a la LM creció en el GI (70,65 --> 92,8%) y decreció en el GC (76,45 --> 60,87%). Tras 4 meses, la prevalencia de la LME era de GI: 84,2% vs. GC: 44,7%.</p>
<p>Raeisi et al. (2014).</p> <p><i>Breastfeeding Research</i></p>	<p>Teherán, Irán.</p>	<p>Diseño experimental. GI: N = 50 padres.</p>	<p>Hospital.</p>	<p>No especificado.</p>	<p>Mejorar el programa de LM y promover la salud de los recién nacidos.</p>	<p>El GI recibió un curso de entrenamiento en LM de tres sesiones durante el periodo de embarazo,</p>	<p>Evaluación inicial y al mes, 3 meses y 6 meses después del parto mediante cuestionarios. Las variables evaluadas fueron la conciencia parental sobre la</p>	<p>Las madres relativas al GI mostraban un nivel de conciencia sobre la LM mayor que las del GC (GI: 103 ± 8,8</p>

<i>Center, Tehran University of Medical Sciences.</i>		GC: N = 50 padres.				mediante folletos. El GC no recibió intervención.	LM (0-120 puntos), la LM continuada y el apoyo paterno a las madres y su participación en la LM.	puntos vs. GC: 95,71 ± 4,1 puntos). A los 6 meses, el 94% de las madres relativas al GI seguían dando el pecho, vs. 76% del GC. En el GI el 94% de los padres mostraban un apoyo y participación continuada a la LM vs. el 60% de los padres del GC.
Scott et al. (2021). <i>Parent Infant Feeding Initiative.</i> <i>School of Population Health, Curtin University.</i>	Perth, Australia.	Diseño experimental. GI 1: N = 338 padres. GI 2: N = 397 padres. GI 3: N = 333 padres. GC: N = 358 padres.	Hospital y <i>mHealth</i> .	Educadores masculinos no profesionales iguales y una aplicación móvil.	Aumentar la duración de la LME para promover la salud de los neonatos y sus madres en Australia.	Se realizó un ensayo de diseño factorial de 4 grupos. El GI 1 recibió una clase prenatal de LM cara a cara exclusiva para padres, impartida por iguales, de 45 minutos de duración, donde se abordaban temas como el significado de “la nueva paternidad”, la importancia de la LM, sus barreras y facilitadores y estrategias de anticipación y resolución de problemas. Esta clase se recibía de manera complementaria a las clases prenatales de pareja regulares del hospital. Al GI 2 se le facilitó una aplicación móvil llamada <i>Milk Man</i> centrada en la promoción y enseñanza sobre LM. Esta contenía foros de conversación, acceso a una biblioteca virtual y enlaces a encuestas y webs de	Evaluación de referencia y a las 6 y 26 semanas tras el nacimiento mediante cuestionarios. Las principales variables evaluadas fueron iniciación de la LM (sí/no) y la duración de la LME. Las variables secundarias evaluadas fueron edad de introducción de la leche de fórmula, edad de introducción de alimentos complementarios, autoeficacia materna sobre la LM y apoyo paterno.	No se registraron diferencias significativas entre ninguno de los grupos en los resultados de ninguna de las variables principales o secundarias evaluadas.

						información externas. Se seguía una estrategia de ludificación. El acceso a esta aplicación estuvo disponible hasta 6 meses postparto. El GI 3 recibió ambos programas. El último grupo era el GC, que no recibió ninguna intervención especial, aparte de las clases prenatales en pareja.		
<p>Susiloretni et al. (2013).</p> <p><i>Nutrition Department, Semarang Health Polytechnic.</i></p>	Distrito de Demak, Java, Indonesia.	Diseño cuasi experimental. GI: N = 81 familias (81 padres, 81 madres y 81 abuelas). GC: N = 82 familias (82 padres, 82 madres y 82 abuelas).	Centro de Salud con visitas domiciliarias.	Profesionales sanitarios, miembros del <i>Food and Nutrition Team</i> , matronas, jefes locales y eruditos musulmanes.	Prolongar la duración de la LME en el contexto de Indonesia.	Las familias del GI formaron parte de un programa de intervención multinivel de 5 niveles (distrito, subdistrito, local, familiar e individual-materno). Los participantes de cada nivel fueron previamente entrenados por los del nivel anterior. Los del primer nivel fueron entrenados por profesionales sanitarios ajenos al distrito intervenido. A nivel familiar, se utilizaron técnicas de propugnación y entrenamiento de la LM en una sesión de 300 minutos previa al nacimiento. A nivel individual, las madres recibieron dos visitas de asesoramiento a domicilio de matronas entre la semana 4-8 y la 8-16 tras el parto. Las familias del GC no recibieron ningún tipo de	Evaluación de referencia y tras 8, 16 y 24 semanas después del nacimiento mediante cuestionarios. Algunas variables evaluadas fueron ayuda paterna a las madres para alimentar al bebé, duración de la LME, prevalencia de la LME tras 1, 8, 16 y 24 semanas y propensión a dar el chupete.	Los padres del GI proporcionaron menor ayuda para alimentar al bebé (GI: 17,3% vs. GC: 54,9%). La duración mediana de la LME fue de GI: 18 semanas vs. GC: ,1 semana. La prevalencia de la LME tras 1 semana desde el nacimiento era de GI: 75,3% vs. GC: 28,0%. - Tras 8 semanas, GI: 64,2% vs. GC: 14,6%. - Tras 16 semanas, GI: 50,6% vs. GC: 8,5%. - Tras 24 semanas, GI: 37,0% vs. GC: 3,7%. La propensión a dar el chupete fue menor en el GI (GI: 7,4% vs. GC: 26,8%).

						intervención. El programa completo duró 14 meses.		
Wolfberg et al. (2004). <i>Department of Obstetrics and Gynecology, Brigham and Women's Hospital, and Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School.</i>	Baltimore, Estados Unidos.	Diseño experimental. GI: N = 27 padres. GC: N = 32 padres.	Hospital.	Educador masculino no profesional (igual).	Alentar a los padres para que aboguen por la LM y apoyen a sus parejas en su decisión de dar el pecho.	Los padres del GI recibieron una clase prenatal de 2 horas sobre LM. Esta seguía una metodología informal. Fue impartida por un igual y se utilizaron técnicas y materiales interactivos tales como vídeos, role-playing y un grupo de discusión. Los padres del GC recibieron una clase similar con la misma metodología y el mismo educador, pero cuya temática era las habilidades parentales generales, que no incluía materia sobre LM.	Evaluación inicial y tras 2, 4 y 8 semanas tras el parto mediante llamadas telefónicas. Se evalúa la iniciación y duración de la LM.	Las madres cuyas parejas pertenecían al GI tenían más probabilidad de iniciar la LM (GI: 74% vs. GC: 41%). No existieron diferencias significativas entre los grupos respecto a la duración de la LM.



Tres intervenciones presentaban un diseño cuasiexperimental (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019; Susiloretni et al., 2013) y el resto tuvo un diseño experimental (Maycock et al., 2013; Panahi et al., 2022; Raeisi et al., 2014; Scott et al., 2021; Wolfberg et al., 2004). El programa de Scott et al. (2021) presentaba un diseño factorial de cuatro grupos, con un grupo control y tres grupos de intervención distintos (una intervención cara a cara, una intervención por aplicación móvil y una intervención mixta).

Tres de las intervenciones fueron exclusivas para los padres (Panahi et al., 2022; Scott et al., 2021; Wolfberg et al., 2004) y otras dos estuvieron dirigidas a ambos progenitores (Maycock et al., 2013; Raeisi et al., 2014). A su vez, dos programas contenían actividades exclusivas para los padres junto con una intervención de ámbito comunitario (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019). Así mismo, una intervención estuvo enfocada al ámbito familiar, actuándose con los padres, las madres y las abuelas de los neonatos (Susiloretni et al., 2013), aunque posteriormente también se realizó una intervención de enfoque individual exclusivamente con las madres.

La mitad de las intervenciones se realizaron en un ámbito hospitalario (Maycock et al., 2013; Raeisi et al., 2014; Scott et al., 2021; Wolfberg et al., 2004) y la otra mitad en centros de salud pública (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019; Panahi et al., 2022; Susiloretni et al., 2013). Tres programas contaban con visitas al domicilio (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019; Susiloretni et al., 2013). El programa de Scott et al., (2021), además de una intervención hospitalaria, incluyó técnicas de *mHealth* en dos de sus grupos. La *mHealth* o salud móvil hace referencia al uso de la tecnología móvil para el manejo de la salud y el bienestar de las personas. En el de Maycock et al., (2013) también se enviaron materiales divulgativos a casa por correo. En los programas de Bich et al. (2016) y Bich et al. (2019), que estaban centrados en la comunidad, se intervino, a su vez, en el ámbito social y comunitario.

Las sesiones educativas y de apoyo para la promoción de la LM fueron ejecutadas por distintos profesionales, según el caso: trabajadores sanitarios (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019; Susiloretni et al., 2013), trabajadores sociales y comunitarios (Bich et al., 2016), matronas (Bich et al., 2019; Susiloretni et al., 2013), educadores masculinos no profesionales, es decir, iguales (Maycock et al., 2013; Scott et al., 2021; Wolfberg et al., 2004), jefes locales (Susiloretni et al., 2013) o alguno de los autores del informe de la investigación (Panahi et al., 2022). En el programa de Susiloretni et al. (2013) también participaron eruditos musulmanes, que son figuras influyentes en la población predominantemente musulmana del distrito de Demak (Java, Indonesia). En uno de los documentos no se especifica quiénes fueron los agentes de la intervención (Raeisi et al., 2014).

Los grupos de intervención de todos los programas recibieron sesiones educativas o de asesoramiento grupales cara a cara, excepto uno de los grupos del programa de Scott et al. (2021), que solo recibió la intervención a través de *mHealth*. Otras técnicas de intervención utilizadas comprendieron un asesoramiento individual a los padres en el domicilio (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019), la difusión de mensajes clave a través de medios de comunicación (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019), la distribución de materiales divulgativos sobre LM (Bich et al., 2019; Maycock et al., 2013), la colocación de carteles (Bich et al., 2019), la celebración de eventos sociales (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019), la creación de clubs y una página de Facebook para los padres (Bich et al., 2019), un entrenamiento mediante folletos (Raeisi et al., 2014) y algunas actividades interactivas como role-playing y grupos de discusión (Wolfberg et

al., 2004). El programa de Susiloretni et al. (2013) fue el único que contó con asesoramiento individual para las madres.

Tres intervenciones se realizaron exclusivamente en periodo prenatal (Raeisi et al., 2014; Scott et al., 2021; Wolfberg et al., 2004). Tan solo una intervención se llevó a cabo exclusivamente tras el parto (Panahi et al., 2022). El resto se desarrollaron en periodo prenatal y posnatal (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019; Maycock et al., 2013; Scott et al., 2021; Susiloretni et al., 2013). Dentro del programa factorial de Scott et al. (2021), la intervención cara a cara se ejecutó exclusivamente en periodo prenatal, mientras que la de *mHealth* y la mixta se desarrollaron durante ambos periodos.

En el conjunto de estos ocho programas se evaluaron múltiples variables relacionadas con la LM. Las variables primarias evaluadas, aquellas que reflejan la práctica directa de la LM, fueron la iniciación de la LM (sí/no) (Maycock et al., 2013; Scott et al., 2021; Wolfberg et al., 2004), la iniciación temprana de la LM (antes de 1h tras el parto) (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019), la duración de la LM (Raeisi et al., 2014; Wolfberg et al., 2004), la prevalencia de la LME (Bich et al., 2019; Maycock et al., 2013; Panahi et al., 2022; Susiloretni et al., 2013) y la duración de la LME (Scott et al., 2021; Susiloretni et al., 2013). La prevalencia de la LME se evaluó en distintos momentos según el programa; la evaluación más temprana fue a la semana (Susiloretni et al., 2013) y como máximo, a los 6 meses.

Se evaluaron otras variables referentes a las actitudes y al apoyo hacia la LM: actitud paterna hacia la LM (Maycock et al., 2013), conciencia parental respecto a la LM (Raeisi et al., 2014), apoyo paterno a la madre (Panahi et al., 2022; Raeisi et al., 2014; Scott et al., 2021), participación paterna en la LM (Raeisi et al., 2014; Susiloretni et al., 2013), autoeficacia materna en relación con la LM (Scott et al., 2021), y propensión a dar el chupete (Susiloretni et al., 2013). Se define la participación paterna en la LM como cualquier ayuda paterna a la madre que facilite que esta pueda amamantar al bebé.

También se evaluaron variables secundarias sobre otras modalidades de alimentación, como son la edad de introducción de la leche de fórmula (Scott et al., 2021), la introducción de alimentos complementarios (Scott et al., 2021), y la alimentación pre-láctea (Bich et al., 2016). Esta última modalidad consiste principalmente en administrar al bebé leche de fórmula y agua con anterioridad a la primera toma de pecho (AliveyThrive, 2012). Ello resulta relevante en el contexto de Vietnam (Duong et al., 2004), donde está relacionada con prácticas culturales y concepciones erróneas sobre la LM temprana (Bandyopadhyay, 2009).

Respecto a las variables primarias, los resultados muestran un aumento significativo de la iniciación de la LM tras algunas intervenciones (Maycock et al., 2013; Wolfberg et al., 2004), aunque no tras una de ellas (Scott et al., 2021). Se produjo un aumento en la iniciación temprana de la LM (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019). La duración de la LM aumentó tras la intervención de Raeisi et al. (2014), pero no tras las de Wolfberg et al. (2004). La prevalencia de la LME aumentó significativamente tras la intervención de Bich et al. (2019) y la de Panahi et al. (2022), pero no tras la de Maycock et al. (2013). La duración de la LME aumentó tras la intervención de Susiloretni et al. (2013), pero no así tras las de Scott et al. (2021).

Respecto a otras variables evaluadas, el apoyo paterno a la madre aumentó tras la intervención de Panahi et al. (2022) y de Raeisi et al. (2014), pero no tras la de Scott et al. (2021). Ninguna de las variables restantes evaluadas en el de Scott et al. (2021) mejoraron tras sus



intervenciones: edad de introducción de la leche de fórmula, introducción de alimentos complementarios y autoeficacia materna relacionada con la LM. En uno de los programas no se encontraron mejoras en la actitud paterna hacia la LM (Maycock et al., 2013). Respecto a la participación paterna en la LM, se registra un aumento tras la intervención de Raeisi et al. (2014) y un descenso tras la de Susiloretni et al. (2013). El resto de las variables evaluadas mostraron una mejora significativa tras sus respectivas intervenciones: conciencia paterna respecto a la LM (Raeisi et al., 2014), menor propensión a dar el chupete (Susiloretni et al., 2013) y menor práctica de alimentación pre-láctea (Bich et al., 2016).

Discusión

El objetivo de esta revisión sistemática fue valorar la eficacia de los programas de intervención con padres (o parejas de las madres) para promocionar la LM llevados a cabo en cualquier país del mundo que hubieran sido evaluados mediante un diseño experimental o cuasiexperimental y que hubieran sido objeto de publicación en inglés o español.

Dado el reconocimiento de la figura paterna como figura relevante en el ámbito de la promoción de la LM, se podría esperar que hubiera habido muchas intervenciones focalizadas en favorecer la implicación de la figura paterna en la lactancia materna (Brown y Davies, 2014; Rempel y Rempel, 2011; Swigart et al., 2017; Thuita et al., 2015). Sin embargo, en esta revisión tan solo se han identificado ocho programas de intervención en todo el mundo con este objetivo desde el año 2001, que estuviesen rigurosamente evaluados y publicados en inglés o español. Ello podría ser señal de que no hay muchas intervenciones, pero también podría deberse a que se han usado criterios de búsqueda muy restrictivos, ya que, puesto que el foco de esta revisión es la eficacia rigurosamente evaluada, se ha considerado fundamental la exclusión de programas sin diseño experimental o cuasiexperimental. Como ya se ha comentado, se consideran estos diseños como los más indicados a la hora de evaluar la eficacia de los programas de intervención, cuando son aplicables (Mitchell-Box y Braun, 2013; Rockers et al., 2017). Por otra parte, quizás existan intervenciones publicadas en otros idiomas

Las intervenciones incluidas en esta revisión se localizaron en tres países asiáticos (Indonesia, Irán y Vietnam), uno de América del Norte (EE. UU.) y uno en Australia. Tras la búsqueda bibliográfica, no se encontró ninguna intervención realizada en un país europeo. Tampoco se encontraron artículos en español o relativos a intervenciones en países de habla hispana, aunque estuvieran publicadas en inglés. Este dato podría ser indicativo de la inexistencia de intervenciones con padres para la promoción de la LM en países hispanohablantes. Todo apunta a que la promoción de la LM con el padre o la pareja de la madre es un campo de estudio despreciado en el contexto europeo o en el ámbito hispanohablante, aunque también existe la posibilidad de que haya un sesgo de publicación, es decir, que existan programas que no hayan sido publicados por falta de resultados favorables o por falta de tiempo para redactar el informe por parte de los agentes implicados.

La generalidad de las intervenciones recogidas en esta revisión han demostrado ser efectivas en uno o más aspectos, excepto una. Así, se aprecian mejoras en las variables primarias: iniciación de la LM (Maycock et al., 2013; Wolfberg et al., 2004), iniciación temprana de la LM (Bich et al., 2016; Bich et al., 2019), duración de la LM (Raeisi et al., 2014) y duración (Susiloretni

et al., 2013) y prevalencia de la LME (Bich et al., 2019; Panahi et al., 2022). No obstante, algunas otras intervenciones no reflejan cambios significativos en algunas de estas variables (Maycock et al., 2013; Scott et al., 2021; Wolfberg et al., 2004). También se aprecian mejoras en las variables relativas al apoyo paterno (Panahi et al., 2022; Raeisi et al., 2014; Susiloretni et al., 2013). En conjunto, todo ello puede interpretarse como que las intervenciones focalizadas en fomentar el apoyo paterno a la LM son potencialmente eficaces, aunque como ya se ha comentado, puede existir un sesgo de publicación de programas ineficaces, si tienden a ser no publicados. No es posible clarificar aquí este punto, pero los positivos resultados obtenidos en casi todas las intervenciones reseñadas permiten suponer que los programas en este campo pueden ser efectivos.

En líneas generales, las intervenciones de Bich et al. (2016), Bich et al. (2019), Panahi et al. (2022), Raeisi et al. (2014) y Susiloretni et al. (2013) fueron las más eficaces respecto al aumento de las tasas de LM, que son las que fueron realizadas en países asiáticos. Además, respecto a las variables de actitud y apoyo paterno, las intervenciones más eficaces fueron las dos iraníes (Panahi et al., 2022; Raeisi et al., 2014). Este hecho invita a reflexionar sobre posibles factores culturales, sociales o económicos asociados a estas regiones que hayan podido favorecer el mejor desempeño de este tipo de intervenciones.

Se proponen una serie de sugerencias para futuros programas de intervención de promoción de la LM con padres. Por un lado, se recomienda la puesta en práctica de más intervenciones que cuenten con una evaluación rigurosa, es decir, basadas en diseños experimentales o cuasiexperimentales. Igualmente, podría interesar que hubiese una mayor elaboración de programas de intervención exclusivos para padres, en contraposición a aquellos orientados a ambos progenitores, ya que permitirían hacer una mejor valoración de la eficacia de la intervención con padres para promocionar la LM. Sus resultados serían más esclarecedores en este sentido, al no contar con la participación de la madre como variable de confusión. De todas formas, si se concibe la lactancia materna como un asunto de pareja, también resulta lógico que se trabaje conjuntamente con ambas figuras parentales en la promoción de la lactancia materna. Un diseño óptimo desde el punto de vista de la evaluación y valoración de la eficacia podría ser uno factorial de cuatro grupos, con un grupo control, un grupo de intervención exclusivo para madres, uno exclusivo para padres y cuarto grupo de intervención dirigido conjuntamente a madres y padres. Por otro lado, los resultados de la revisión resaltan la conveniencia de que se realicen este tipo de intervenciones en población europea, así como en poblaciones hispanohablantes en otras regiones del mundo. Los resultados de esta revisión invitan a pensar que estas intervenciones pueden ser efectivas, pero hasta la fecha ello se ha corroborado en contextos culturales y sociales de otras regiones del mundo, por lo que sería necesario ponerlas en práctica con padres europeos o hispanohablantes para poder corroborar su funcionamiento adecuado en nuestro continente.

Entre las fortalezas de esta revisión, figura la utilización en la búsqueda bibliográfica de dos idiomas extendidos, el inglés y el español, junto con el acceso a base de datos de gran envergadura, como son *Web of Science*, *PsycInfo*, *PubMed* y *Psicodoc*, además de haber considerado un periodo temporal extenso, del 2001 en adelante. Entre las limitaciones, se destaca la no inclusión de documentos bibliográficos que no estuviesen en acceso abierto y el



escaso detalle que ofrecen los artículos analizados a la hora de especificar los elementos que conforman la metodología del respectivo programa de intervención.

Conclusión

Los programas de intervención con padres para promocionar la LM pueden ser efectivos. No obstante, su número parece ser escaso y están poco extendidos geográficamente (en particular, en lo que se refiere al contexto europeo). Futuras investigaciones evaluando intervenciones de este tipo con distinto enfoque metodológico son necesarias para poder dilucidar cuáles son las fórmulas de intervención más efectivas en este campo, de manera que sea legítima su implementación general en la atención sanitaria.

Financiación

Los autores declaran que no han recibido financiación alguna para este estudio y que no existen conflictos de intereses.

Referencias

- Abbass-Dick, J. & Dennis, C. L. (2017). Breast-feeding Coparenting Framework: A New Framework to Improve Breast-feeding Duration and Exclusivity. *Family & Community Health*, 40(1), 28-31. [10.1097/FCH.0000000000000137](https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000137)
- Anstey, E. H., Shoemaker, M. L., Barrera, C. M., O'Neil, M. E., Verma, A. B. & Holman, D. M. (2017). Breastfeeding and Breast Cancer Risk Reduction: Implications for Black Mothers. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3S1), S40-S46. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.024>
- Arenz, S., Ruckerl, R., Koletzko, B. & von Kries, R. (2004). Breast-feeding and childhood obesity--a systematic review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 28(10), 1247-1256. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802758>
- Bandyopadhyay, M. (2009). Impact of ritual pollution on lactation and breastfeeding practices in rural West Bengal, India. *International Breastfeeding Journal*, 4, 2. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-4-2>
- Bennett, A. E., McCartney, D. & Kearney, J. M. (2016). Views of fathers in Ireland on the experience and challenges of having a breast-feeding partner. *Midwifery*, 40, 169-176. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.004>
- Bich, T. H., Hoa, D. T., Ha, N. T., Vui, IeT., Nghia, D. T. & Målqvist, M. (2016). Father's involvement and its effect on early breastfeeding practices in Viet Nam. *Maternal & Child Nutrition*, 12(4), 768-777. <https://doi.org/10.1111/mcn.12207>



- Bich, T. H., Long, T. K. & Hoa, D. P. (2019). Community-based father education intervention on breastfeeding practice-Results of a quasi-experimental study. *Maternal & Child Nutrition*, 15 Suppl 1(Suppl 1), e12705. <https://doi.org/10.1111/mcn.12705>
- Brown, A. & Davies, R. (2014). Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal & Child Nutrition*, 10(4), 510-526. <https://doi.org/10.1111/mcn.12129>
- Chen, C., Okawa, S., Okubo, R., Nakagawa, S. & Tabuchi, T. (2024). Risk factors for persistent versus episodic mother-to-infant bonding difficulties in postpartum women in a nationwide Japanese longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 349, 370-376. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.001>
- Dennis C. L. (2002). Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and neonatal Nursing: JOGNN*, 31(1), 12-32. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00019.x>
- Doan, T., Gardiner, A., Gay, C. L. & Lee, K. A. (2007). Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(3), 200-206. <https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000285809.36398.1b>
- Doan, T., Gay, C. L., Kennedy, H. P., Newman, J. & Lee, K. A. (2014). Nighttime breastfeeding behavior is associated with more nocturnal sleep among first-time mothers at one month postpartum. *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 10(3), 313-319. <https://doi.org/10.5664/jcsm.3538>
- Duong, D. V., Binns, C. W. & Lee, A. H. (2004). Breast-feeding initiation and exclusive breastfeeding in rural Vietnam. *Public Health Nutrition*, 7(6), 795-799. <https://doi.org/10.1079/phn2004609>
- ENSE. (2017). Encuesta Nacional de Salud de España. Determinantes de la salud. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/encuestaResDetall2017.htm>
- Grace, T., Oddy, W., Bulsara, M. & Hands, B. (2017). Breastfeeding and motor development: A longitudinal cohort study. *Human Movement Science*, 51, 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2016.10.001>
- Horta, B. L., Rollins, N., Dias, M. S., Garcez, V. & Pérez-Escamilla, R. (2023). Systematic review and meta-analysis of breastfeeding and later overweight or obesity expands on previous study for World Health Organization. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 112(1), 34-41. <https://doi.org/10.1111/apa.16460>
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T. & Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence report/technology assessment. 153, 1-186. <https://www.aeped.es/sites/default/files/1-outcomes.pdf>
- Kramer, M. S., Aboud, F., Mironova, E., Vanilovich, I., Platt, R. W., Matush, L., Igumnov, S., Fombonne, E., Bogdanovich, N., Ducruet, T., Collet, J. P., Chalmers, B., Hodnett, E.,



- Davidovsky, S., Skugarevsky, O., Trofimovich, O., Kozlova, L., Shapiro, S. & Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group (2008). Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 578-584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.578>
- Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J. & Hakimi, M. (2016). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD006425. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006425.pub4>
- Martín-Ramos, S., Domínguez-Aurrecochea, B., García Vera, C., Lorente García Mauriño, A. M., Sánchez Almeida, E. & Solís-Sánchez, G. (2024). Lactancia materna en España y factores relacionados con su instauración y mantenimiento: estudio LAYDI (PAPenRed) [Breastfeeding in Spain and the factors related to its establishment and maintenance: LAYDI Study (PAPenRed)]. *Atención Primaria*, 56(1), 102772. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102772>
- Maycock, B., Binns, C. W., Dhaliwal, S., Tohotoa, J., Hauck, Y., Burns, S. & Howat, P. (2013). Education and support for fathers improves breastfeeding rates: a randomized controlled trial. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 29(4), 484-490. <https://doi.org/10.1177/0890334413484387>
- McNestry, C., Crowley, R. K., O'Reilly, S. L., Kasemiire, A., Callanan, S., Delahunt, A., Twomey, P. J. & McAuliffe, F. M. (2024). Breastfeeding duration is associated with favorable body composition and lower glycoprotein acetyls in later life. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15484>
- Mitchell-Box, K. M. & Braun, K. L. (2013). Impact of male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 29(4), 473-479. <https://doi.org/10.1177/0890334413491833>
- Neves, P. A. R., Vaz, J. S., Maia, F. S., Baker, P., Gatica-Domínguez, G., Piwoz, E., Rollins, N. & Victora, C. G. (2021). Rates and time trends in the consumption of breastmilk, formula, and animal milk by children younger than 2 years from 2000 to 2019: analysis of 113 countries. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 5(9), 619-630. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00163-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00163-2)
- Nguyen, P. H., Keithly, S. C., Nguyen, N. T., Nguyen, T. T., Tran, L. M. & Hajeerhoy, N. (2013). Prelacteal feeding practices in Vietnam: challenges and associated factors. *BMC Public Health*, 13, 932. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-932>
- Norholt, H. (2020). Revisiting the roots of attachment: A review of the biological and psychological effects of maternal skin-to-skin contact and carrying of full-term infants. *Infant Behavior & Development*, 60, 101441. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101441>



- OECD. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Organización Mundial de la Salud, UNICEF. (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Panahi, F., Rashidi Fakari, F., Nazarpour, S., Lotfi, R., Rahimizadeh, M., Nasiri, M. & Simbar, M. (2022). Educating fathers to improve exclusive breastfeeding practices: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 22(1), 554. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07966-8>
- Perrine, C. G., Nelson, J. M., Corbelli, J. & Scanlon, K. S. (2016). Lactation and Maternal Cardio-Metabolic Health. *Annual Review of Nutrition*, 36, 627-645. <https://doi.org/10.1146/annurev-nutr-071715-051213>
- Raeisi, K., Shariat, M., Nayeri, F., Raji, F. & Dalili, H. (2014). A single center study of the effects of trained fathers' participation in constant breastfeeding. *Acta medica Iranica*, 52(9), 694-696.
- Rempel, L. A. & Rempel, J. K. (2011). The breastfeeding team: the role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 27(2), 115-121. <https://doi.org/10.1177/0890334410390045>
- Rito, A. I., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Hejgaard, T., García Solano, M., Fijałkowska, A., Sturua, L., Hyska, J., Kelleher, C., Duleva, V., Musić Milanović, S., Farrugia Sant'Angelo, V., Abdrakhmanova, S., Kujundzic, E., Peterkova, V., Gualtieri, A., Pudule, I., Petrauskienė, A., ... Breda, J. (2019). Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. *Obesity Facts*, 12(2), 226-243. <https://doi.org/10.1159/000500425>
- Rockers, P. C., Tugwell, P., Grimshaw, J., Oliver, S., Atun, R., Røttingen, J. A., Fretheim, A., Ranson, M. K., Daniels, K., Luiza, V. L. & Bärnighausen, T. (2017). Quasi-experimental study designs series-paper 12: strengthening global capacity for evidence synthesis of quasi-experimental health systems research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.03.034>
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., Victora, C. G. & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet (London, England)*, 387(10017), 491-504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- Rossato N. (2008). Lactancia maternal e inmunidad: nuevos aspectos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 106(5), 385-6.



- Sánchez-Vincitore, L. V., Cubilla-Bonnetier, D., Valdez, M. E., Jiménez, A., Peterson, P., Vargas, K. & Castro, A. (2024). The impact of ever breastfeeding on children ages 12 to 36 months: A secondary data analysis of the standardization study of the Dominican system for evaluating early childhood development. *Infant Behavior & Development*, 75, 101950. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2024.101950>
- Scott, J. A., Burns, S. K., Hauck, Y. L., Giglia, R. C., Jorgensen, A. M., White, B. K., Martin, A., Robinson, S., Dhaliwal, S. S., Binns, C. W. & Maycock, B. R. (2021). Impact of a Face-To-Face Versus Smartphone App Versus Combined Breastfeeding Intervention Targeting Fathers: Randomized Controlled Trial. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 4(2), e24579. <https://doi.org/10.2196/24579>
- Susiloretni, K. A., Krisnamurni, S., Sunarto, Widiyanto, S. Y., Yazid, A. & Wilopo, S. A. (2013). The effectiveness of multilevel promotion of exclusive breastfeeding in rural Indonesia. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 28(2), e44-e55. <https://doi.org/10.4278/ajhp.120425-QUAN-221>
- Swigart, T. M., Bonvecchio, A., Théodore, F. L., Zamudio-Haas, S., Villanueva-Borbolla, M. A. & Thrasher, J. F. (2017). Breastfeeding practices, beliefs, and social norms in low-resource communities in Mexico: Insights for how to improve future promotion strategies. *PloSone*, 12(7), e0180185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180185>
- Tadesse, K., Zelenko, O., Mulugeta, A. & Gallegos, D. (2018). Effectiveness of breastfeeding interventions delivered to fathers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 14(4), e12612. <https://doi.org/10.1111/mcn.12612>
- Thuita, F., Martin, S., Ndegwa, K., Bingham, A. & Mukuria, A. (2015). Engaging fathers and grandmothers to improve maternal and child dietary practices: Planning a community-based study in Western Kenya. *African Journal of Food, Agriculture, Nutrition and Development*, 15(5). <https://www.ajol.info/index.php/ajfand/article/view/128351>
- Triviño-Juárez, J. M., Nieto-Pereda, B., Romero-Ayuso, D., Arruti-Sevilla, B., Avilés-Gámez, B., Forjaz, M. J., Oliver-Barrecheuren, C., Mellizo-Díaz, S., Soto-Lucía, C. & Plá-Mestre, R. (2016). Quality of life of mothers at the sixth week and sixth month postpartum and type of infant feeding. *Midwifery*, 34, 230-238. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.003>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C. & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England)*, 387(10017), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Victora, C. G., Horta, B. L., Loret de Mola, C., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., Gonçalves, H. & Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet. Global Health*, 3(4), e199-e205. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)



- Williams, J., Kuttumuratova, A., Breda, J., Wickramasinghe, K., Zhiteneva, O. & Weber, M. W. (2021). Improving the lagging rates of breastfeeding. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 5(9), 606-607. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00189-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00189-9)
- Wolfberg, A. J., Michels, K. B., Shields, W., O'Campo, P., Bronner, Y. & Bienstock, J. (2004). Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(3), 708-712. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.05.019>
- World Health Organization (2001a). *Global strategy for infant and young child feeding. The optimal duration of exclusive breastfeeding.* https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54id4.pdf
- World Health Organization. (2001b). *WHA 54.2. Infant and young child nutrition.* 54^a World Health Assembly. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r2.pdf
- World Health Organization. (2022). *European Regional Obesity Report 2022.* WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>