



Lecturas Lactancia

Dic. 2002 No. 35

ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

El 18 de mayo de 2002, la 55 Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, adoptó la ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO¹. El texto completo de la EM está incluido en otro documento² y está disponible en http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ea5515.pdf. La EM es una guía para los países sobre aproximaciones específicas de mejoramiento de las prácticas de alimentación. No es un documento innovador, pero reafirma fuertemente el compromiso de implementar la Declaración de Innocenti, incluyendo el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la Iniciativa Hospitales Amigables de la Niñez. Claramente define, al igual que la resolución de la AMS 54.2 del año 2001, que la alimentación óptima es la lactancia materna, exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuada por dos años y más cuando se introducen alimentos complementarios adecuados y seguros. La EM considera que la buena nutrición es un componente esencial de la salud y de los derechos humanos de las mujeres y la niñez y un elemento clave de la reducción de la pobreza.

La EM tiene un nuevo énfasis en las condiciones de vida de las mujeres y la niñez en circunstancias especiales: infantes y niños y niñas pequeños/as desnutridos/as que necesitan acceso inmediato a más y mejores alimentos; infantes de bajo peso al nacer, para quienes la lactancia materna es particularmente crucial; infantes y niños y niñas que son víctimas de las emergencias naturales o humanas; mujeres infectadas con VIH, que necesitan adecuado consejo para tomar decisiones informadas sobre alimentación infantil que se adecuen a su situación y que requieren de apoyo práctico subsecuente; grupos en desventaja, como huérfanos y huérfanas y niños y niñas que viven en hogares adoptados, madres adolescentes, mujeres con discapacidades o en situación de dependencia, madres privadas de libertad y que pertenecen a grupos en situaciones de desventaja.

La EM fue adoptada unánimemente por todos los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud. Reafirma que los gobiernos tienen como obligación primaria formular, implementar,

² Asamblea Mundial de la Salud. Global strategy on infant and young child feeding. Resolution WHA A55.15, Geneva, 16 April 2002

monitorear y evaluar las políticas y planes nacionales y otorgarles recursos adecuados. En este sentido, la estrategia global representa un poderoso instrumento para la lucha y acción y puede ser utilizada por todas las partes concernidas. La EM reconoce también que el éxito en la implementación de intervenciones efectivas sólo puede lograrse si todas las partes contribuyen plenamente, entre éstas, las organizaciones internacionales, los cuerpos de profesionales de la salud, los empleadores, las autoridades educativas, los medios de comunicación y las ONG's incluyendo los grupos de apoyo comunitarios.

La EM contiene un párrafo especial, alrededor del cual se discutió acaloradamente durante la sesión de la Asamblea Mundial de la Salud, que se dedica a la producción y distribución de los alimentos procesados industrialmente. Reconoce que los alimentos complementarios de bajo precio, preparados localmente con ingredientes disponibles y utilizando tecnologías de producción de pequeña escala a nivel comunitario pueden llenar las necesidades nutricionales de infantes y niños/as pequeños/as (párrafo 16). La EM invita a las compañías a asegurar "que los alimentos procesados... cumplan con los estándares del Codex Alimentarius" y que "su conducta sea acorde con el Código Internacional y las subsecuentes y relevantes resoluciones de la AMS y medidas nacionales que hayan sido adoptadas para aplicar los anteriores" (párrafo 44). La EM también dice que las organizaciones internacionales deben facilitar el trabajo de los gobiernos para asegurarse "que el Código y subsecuentes y relevantes resoluciones de la AMS sean respetadas en los acuerdos políticos y negociaciones de los tratados comerciales" (párrafo 48); una clara advertencia sobre la posibilidad de que los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio puedan anteponerse a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Si la EM se transforma en acciones concretas por parte de los gobiernos y las partes involucradas, ésta puede lograr sus objetivos en el mediano y largo plazo. La participación amplia política y geográfica de los diversos actores debe asegurar un alto sentido de pertenencia y de compromiso. Pero lograr poner en práctica todas sus recomendaciones no es una tarea fácil y existen muchos obstáculos técnicos y políticos que deben superarse. Los gobiernos, agencias internacionales y ONG's necesitan recursos adicionales y mucho cuidado para asegurar que el involucramiento de los sectores comerciales cumpla con los principios de protección a la salud. El rol y los deberes de los diferentes actores siempre deben estar claramente definidos. Los grupos IBFAN, que han logrado con éxito introducir sus planteamientos en el desarrollo de la EM, deben contribuir a la protección de los intereses de los/as infantes y niños/as pequeños/as frente a los intereses comerciales de las corporaciones.

Lactancia Materna, por qué...

LACTANCIA MATERNA Y CRECIMIENTO INFANTIL

Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B, Hodnett E, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Vanilovich I. Breastfeeding and infant growth: biology or bias? Pediatrics 2002;110:343-7

¿Existe relación entre la lactancia materna prolongada y exclusiva y un menor peso y crecimiento en edad posterior? El estudio sugiere que más bien puede acelerar el crecimiento y lograr mayor peso en los primeros meses, sin ningún déficit detectado a los doce meses. Con un método de tanteo al azar conducido en Belarus (ver Lecturas Lactancia 31/32) 17,046 infantes saludables, de término, amamantados/as exclusivamente, y con peso mayor a 2500

gramos, fueron medidos en peso y talla al 1, 2, 3, 6, 9 y 12 mes. Se analizaron los datos según los grupos pero también combinando los dos grupos y comparando 1,378 infantes destetados/as durante el primer mes y aquellos/as amamantados/as durante los doce meses de seguimiento con aquellos amamantados/as exclusivamente por tres meses o más (n = 1271) o seis meses y más (n = 251). En el análisis de los grupos asignados al azar, el peso fue significativamente mayor en el grupo de intervención durante el primer mes de vida (por ej, donde se capacitó para la Iniciativa Hospitales Amigables de la Niñez), 4341 vs. 4280 gramos. La diferencia aumentó durante tres meses (6,153 vs. 6,047 gramos), disminuyó luego despacio y desapareció a los doce meses (10,564 vs. 10,571 gramos). La talla siguió un patrón similar. En el análisis del tipo de alimentación, los/as infantes destetados/as durante el primer mes fueron un poco más livianos/as y pequeños/as y su peso/edad y talla/edad, declinaron al primer mes, pero pronto alcanzaron a los otros grupos a los 6 meses y a los 12 meses fueron más pesados/as y grandes.

Simondon KB, Simondon F, Costes R, Delaunay V, Diallo A. Breastfeeding is associated with improved growth in length, but not weight, in rural Senegalese toddlers. *Am J Clin Nutr* 2001;73:959-67

Algunos estudios reportan que los niños y niñas destetados/as tardíamente muestran menor peso para su edad. ¿Se explica esto por su peso antes del destete o es la lactancia materna prolongada la causa del crecimiento dispar? El estudio muestra que la lactancia materna prolongada, de hecho, incrementa la longitud y que la correlación negativa entre peso/edad y duración de la lactancia materna se debe probablemente al destete temprano de infantes saludables y bien nutridos. Un grupo de 443 niños y niñas escogidos/as de dispensarios, a los dos meses de edad, fueron visitados/as en sus hogares con intervalos de 6 meses cuando tenían aproximadamente, entre uno y medio a tres años de edad. Se midió su peso, longitud, circunferencia del brazo, y grosor de la piel del tríceps. Se estudiaron los incrementos semestrales con relación a la lactancia materna (comparando niños/as amamantados/as con destetados/as) y por duración de la lactancia (y condiciones domésticas maternas). La duración media de la lactancia materna fue de 24.1 meses. A los tres años, el peso/edad fue mayor en aquellos/as infantes que fueron destetados/as tempranamente, pero esta asociación desapareció una vez que se ajustó la talla/edad del infante. Los incrementos en talla fueron significativamente mayores en ambos grupos al segundo y tercer año de vida en los/as niños/as amamantados/as por largo tiempo y tendía a ser mayor en los/as amamantados/as y menor en los/as destetados/as durante el segundo año de vida. En el tercer año de vida, los niños y niñas amamantados/as tenían un incremento mayor de talla con relación a los/as niños/as destetados/as en el sub-grupo con condiciones domésticas pobres. La lactancia materna no tuvo influencia significativa en el aumento de peso.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y CRECIMIENTO INFANTIL

Padmadas SS, Hutter I, Willekens F. Weaning initiation patterns and subsequent linear growth progression among children aged 2-4 years in India. *Int J Epidemiol* 2002 Aug;31(4):855-63

En la India, la malnutrición es un problema importante y la lactancia materna debe ser vista como una fuente esencial de nutrientes. Cerca del 47% de los/as infantes reciben suministros de alimentos complementarios a los seis meses de edad y después, y más del 50% de los/as niños/as menores de cuatro años tienen su crecimiento frenado. El estudio utiliza data cruzada de 6,285 niños/as en edades entre 2 y 4 años de la encuesta nacional de salud familiar de 1992-

1993. Analiza la asociación entre crecimiento detenido y destete. Los/as niños/as destetados/as a los seis meses de edad y después, tienen 57 a 88% más probabilidades de tener un crecimiento detenido con relación a aquellos/as que fueron destetados/as antes de los seis meses. El frenar el crecimiento aparecía considerablemente bajo en aquellos/as niños/as destetados/as a los tres meses y mostró una tendencia a aumentar después. El efecto persistía después de controlar las variables importantes demográficas, de salud, sociales y geográficas. Sin embargo, podría deberse a la casualidad: la naturaleza cruzada del estudio no permitía controlar el peso y la talla al destete.

WHO Working Group on the Growth Reference Protocol, WHO Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. Growth of healthy infants and the timing, type, and frequency of complementary foods. Am J Clin Nutr 2002;76:620-7

No existe evidencia del beneficio o del riesgo asociado al crecimiento con el momento de introducción de diferentes tipos y frecuencia de alimentos complementarios, en ningún tiempo específico entre 4 y 6 meses de edad, en infantes saludables, viviendo en ambientes sin problemas económicos y con bajas tasas de enfermedad. Esta conclusión se deriva de un estudio longitudinal sobre amenorrea lactacional y lactancia materna en siete países desarrollados. Las pequeñas diferencias en el crecimiento fueron significativas estadísticamente pero probablemente sin importancia biológica y se notaron en infantes a quienes se les había introducido la alimentación complementaria en diferentes momentos. El aumento de peso fue más sensible a las frecuencias de alimentación que lo que fueron el crecimiento en talla, pero las diferencias fueron pequeñas. Estos resultados, sin embargo, podrían no ser válidos para poblaciones viviendo en ambientes pobres.

LACTANCIA MATERNA Y SOBREPESO

Hediger ML, Overpeck MD, Kuczumski RJ, Ruan WJ. Association between infant breastfeeding and overweight in young children. JAMA 2001;285:2453-60

Si una madre es obesa, su hijo/a puede tener una mayor probabilidad de ser obeso/a también. La lactancia materna podría no ser tan efectiva para la prevención del sobrepeso infantil frente a los factores familiares, tales como los hábitos dietéticos y la actividad física. Los autores sacan estas conclusiones de un estudio de una muestra de 2,685 niños nacidos en Estados Unidos, con edades entre 3 y 5 años, con medidas de peso y talla e información sobre alimentación infantil. Una masa corporal entre 85 y 94 percentile fue considerada como sobrepeso y una masa corporal de 95 o más percentile fue considerada como obesidad. Después de ajustar algunos factores, existía un riesgo menor de 37% de sobrepeso para los/as niños/as amamantados/as comparados con aquellos/as que nunca fueron amamantados/as. No existía un riesgo reducido de obesidad y no existía una clara dependencia de dosis efecto de la duración o lactancia materna completa sobre el sobrepeso o la obesidad y por lo tanto, no tenía efecto. El más importante predictor de obesidad infantil fue el peso de la madre. La tasa de niños/as obesos/as casi se triplicó con el sobrepeso materno y se cuadruplicó con la obesidad materna.

Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA Jr, Berkey CS, Frazier AL, Rockett HR, Field AE, Colditz GA. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. JAMA 2001;285:2461-7

Los/as infantes que reciben más leche materna que fórmula infantil o que son amamantados/as por más largos períodos podrían tener un riesgo menor de tener sobrepeso en edades posteriores y adolescencia. Este es el resultado de un estudio con 8,186 niñas y 7,155 niños, con edades entre 9 y 14 años. El sobrepeso se definió como en el estudio anterior, pero en éste, aún controlando la masa corporal de la madre, los/as infantes amamantados/as estaban más protegidos contra la obesidad. Durante los primeros seis meses de vida, 62% fueron total o casi completamente amamantados/as, y 31% fueron casi totalmente alimentados/as con fórmula infantil. 48% fueron amamantados/as por lo menos durante siete meses, mientras que 31% fueron amamantados/as por tres meses o menos. A los 9 y 14 años, 5% de las niñas y 9% de los niños tenían sobrepeso. Entre aquellos/as que fueron total o casi completamente amamantados, en comparación con aquellos/as total o casi completamente alimentados/as con fórmula, el riesgo de sobrepeso fue 22% menor después de los ajustes por edad, sexo, madurez sexual, consumo energético, tiempo de ver televisión, actividad física, masa corporal de la madre, y otras variables reflejando factores sociales, económicos y de estilos de vida. Comparados/as con quienes habían sido amamantados/as por tres meses o menos, aquellos/as que fueron amamantados/as por lo menos durante siete meses tuvieron 20% menor riesgo de sobrepeso.

Armstrong J, Reilly JJ, Child Health Information Team. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet* 2002;359:2003-4

En Escocia, la lactancia materna se asocia con la reducción del riesgo de obesidad durante la infancia. Esta hipótesis se aprobó en 1998 y 1999 en una muestra de población de 32,200 niños/as escoceses estudiados/as a la edad de 39 a 42 meses. La obesidad se definió igual que en los estudios anteriores. La prevalencia de obesidad fue significativamente menor en un 30% en los/as infantes amamantados/as y la asociación persistió después de que se ajustaron variables como los status socio-económicos, peso al nacer y el sexo. El índice de masa corporal de la madre no fue controlado.

Lactancia Materna, cómo...

DECISIONES DE LA MADRE SOBRE INTRODUCCION DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS

Simondon KB, Costes R, Delaunay V, Diallo A, Simondon F. *Children's height, health and appetite influence mothers' weaning decisions in rural Senegal. Int J Epidemiol 2001;30:476-81*

En Senegal, el hábito de posponer el destete en niños/as con crecimiento detenido explican por qué los/as niños/as amamantados/as tienen menor altura por edad que los/as niños/as destetados/as. Esta es una de las conclusiones del estudio sobre las razones maternas para un destete temprano o tardío. Un grupo de 485 niños/as se investigó a las edades de 18-28 y 23-33 meses. Dos tercios de las madres entrevistadas de los/as niños/as amamantados/as menores de dos años dijeron que los destetarían cuando cumplieran dos años, mientras que para los/as niños/as amamantados/as de dos años la norma prevaleciente era que cuando estuvieran "altos/as y fuertes". Las principales razones para un destete antes de los dos años fueron que el niño/a comía bien de los alimentos familiares (60%), que el niño/a era fuerte y alto/a (46%) y por embarazo materno (35%). Las principales razones para un destete tardío, más allá de los dos años, fueron un niño/o "pequeño y débil" (33%), falta de alimentos (25%), enfermedad del

niño/a (24%) y que rechazaba la alimentación familiar (14%). Los/as niños/as amamantados/as por más de dos años lo fueron por ser “pequeños y débiles” y tenían menor talla/edad y mayor prevalencia de crecimiento detenido en comparación con aquellos/as amamantados/as tardíamente por otra razones.

CUMPLIMIENTO CON LAS RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL

Vaahtera M, Kulmala T, Hietanen A, Ndekha M, Cullinan T, Salin ML, Ashorn P. Breastfeeding and complementary feeding practices in rural Malawi. *Acta Paediatr* 2001;90:328-32

La planificación familiar y la educación mejoran el cumplimiento de las recomendaciones sobre alimentación infantil y reducen la incidencia de malnutrición infantil temprana. Esto lo muestra un estudio de un grupo de 720 recién nacidos/as en Malawi. Se realizaron entrevistas mensuales con los/as tutores indicando que la lactancia materna era universal durante 18 meses. A muchos/as bebés se les daba agua y otros suplementos después del nacimiento y las tasas de lactancia materna exclusiva fueron 19%, 8%, 2% y 0% a las edades respectivas de 1, 2, 3 y 4 meses. Los alimentos complementarios y familiares se introdujeron a una edad media de 2.5 y 6.3 meses, más temprano que lo recomendado. Un mayor cumplimiento con las recomendaciones nacionales se asociaba con un menor número de niños/as en la familia, mayor educación materna y otras variables socio-económicas y ambientales.

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL EN TANZANIA

Agnarsson I, Mpello A, Gunnlaugsson G, Hofvander Y, Greiner T. Infant feeding practices during the first six months of life in a rural area in Tanzania. *East Afr Med J* 2001;78:9-13

La recomendación para amamantar exclusivamente no se sigue en todas partes. Para analizar cómo las creencias, conocimientos y prácticas afectan la lactancia materna exclusiva, se realizó una encuesta casa a casa con 107 madres de Tanzania con hijos menores de siete meses. 64% se puso al pecho en el período de 2 a 11 horas. Alimentos pre-lactación se dieron aproximadamente a 25% de los/as infantes. El tipo de fluidos pre-lactancia fueron principalmente agua, glucosa en el hospital y agua simple en el hogar. 46% de las madres votaron el calostro. La duración media de la lactancia materna exclusiva fue de aproximadamente dos meses y de lactancia materna completa de cuatro meses. El promedio de duración de la lactancia materna exclusiva, a pesar de los niveles recomendados, es mayor que lo que muestran otros estudios en África y Tanzania. Esto probablemente se debe a los esfuerzos del personal hospitalario que recibieron especial capacitación sobre lactancia materna en años recientes.

... y BRASIL

Marques NM, Lira PIC, Lima MC, da Silva NL, Batista Filho M, Huttly SRA, Ashworth A. Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001;108:e66

En Brasil, la lactancia materna es común, pero la lactancia materna exclusiva es rara y de corta duración. Éste estudio trata de identificar los factores de riesgo que pueden utilizarse para desarrollar intervenciones. En cuatro pequeños pueblos del noreste de Brasil, se entrevistaron

364 madres a la hora del parto para conocer el apoyo doméstico, cuidado prenatal, prácticas de parto y otras intenciones con relación a la lactancia materna, uso de pacificadores e introducción de agua, té y otras leches.

Se recolectó información diaria sobre las prácticas de alimentación infantil dos veces por semana en visitas a los hogares desde los 0 a doce meses de edad. Casi el 100% de las madres amamantaron a sus infantes, pero muy pocos lo hicieron exclusivamente y durante la primera semana 80% ofreció té o agua y 56% utilizó pacificador. La duración media de la lactancia materna exclusiva fue de 0 días y la edad media para comenzar otras leches fue de 24 días. La duración media de la lactancia materna fue de 65 días en madres que comenzaron con otra leche durante el primer mes y 165 días para otras madres. Después de ajustar algunas variables, los principales factores asociados con la introducción de otras leches durante el primer mes fueron el uso del pacificador durante la primera semana, la intención de utilizar otra leche durante el primer mes, el dar agua o té durante la primera semana y el dejar el centro de maternidad antes de que comenzase la lactancia materna.

PREDICTORES DE UN CESE PREMATURO DE LA LACTANCIA MATERNA

Berra S, Rajmil L, Passamonte R, Fernandez E, Sabulsky J. Premature cessation of breastfeeding in infants: development and evaluation of a predictive model in two Argentinian cohorts: the CLACYD study, 1993-1999. Acta Paediatr 2001;90:544-51

Para identificar factores predictores de un destete temprano es muy útil utilizar la programación. Los siguientes pueden ser predictores de un cese prematuro de la lactancia materna (antes de los seis meses): la madre fue amamantada menos de seis meses, la lactancia materna de otros/as hijos/s previos/as fue menor de seis meses, la condición del primer hijo/a, el primer contacto madre-hijo/a ocurrió después de 90 minutos de vida y el tener un embarazo no planificado. Este es el resultado de un estudio de dos grupos de recién nacidos/as con un peso de 2000 gramos o más, un total de 700 bebés, de un hospital en Córdoba, Argentina, durante 1993 y 1995.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN GAMBIA

Semega-Janneh IJ, Bohler E, Holm H, Matheson I, Holmboe-Ottesen G. Promoting breastfeeding in rural Gambia: combining traditional and modern knowledge. Health Policy Plan 2001;16:199-205

En Gambia rural, la iniciación tardía de la lactancia materna, el suministrar alimentos antes de amamantar y el fracaso de la práctica de lactancia materna, son prácticas muy extendidas. En este estudio se utilizaron métodos cuantitativos para identificar las prácticas de alimentación infantil de 12 comunidades rurales. La data cualitativa indicó luego que las creencias y prácticas están fuertemente influenciadas por las creencias tradicionales y prácticas. Adultos/as, tanto hombres como mujeres, incluyendo esposos, mantienen muy vivas estas creencias. Los resultados también mostraron un no esperado apoyo a la alimentación con biberón, tanto entre adultos hombres como mujeres, que lo consideran parte del proceso de modernización. Una estrategia para promover la temprana iniciación de la lactancia materna, la utilización del calostro, y la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, debe ser incorporada a las creencias tradicionales y a las prácticas con mensajes modernos sobre alimentación óptima al pecho. Las prácticas y creencias tradicionales

mostraron en el estudio que puede utilizarse la sabiduría de la población sobre recién nacidos y estilos de vida. También puede incluir las prácticas tradicionales de las madres que se acompañan de sus hijos/as cuando van a trabajar a los campos.

EMBARAZOS NO PLANIFICADOS Y LACTANCIA MATERNA PROLONGADA

Chinebuah B, Perez-Escamilla R. Unplanned pregnancies are associated with less likelihood of prolonged breastfeeding among primiparous women in Ghana. J Nutr 2001;131:1247-9

Si el embarazo no es planificado, se puede esperar que la madre amamante menos, pero solamente si es primípara. Esto fue mostrado por un estudio que examinó la asociación entre intenciones de embarazo y de amamantamiento, para determinar si estos factores se modificaban paralelamente. El análisis se basó en una muestra de niños/as nacidos/as tardíamente, a los 13 y 36 meses, de mujeres participantes en la entrevista demográfica y de salud de Ghana. Las primíparas con embarazos planificados tuvieron una mayor media significativa en la duración de la lactancia materna con relación a aquellas con embarazos no planificados. (21.1 contra 18.5 meses). Entre las mujeres múltiparas, la duración media fue similar en ambos grupos (21.5 versus 21 meses).

FALTA DE APOYO SOCIAL PARA LA LACTANCIA MATERNA

McIntyre E, Hiller JE, Turnbull D. Attitudes towards infant feeding among adults in a low socioeconomic community: what social support is there for breastfeeding? Breastfeed Rev 2001;9:13-24

Para examinar las actitudes sobre alimentación infantil y experiencias de las madres, padres y abuelas, así como de la comunidad en general, este estudio analizó el rol del apoyo social y su influencia sobre la lactancia materna en un sector de bajo nivel socio-económico, en Australia del Sur. Una encuesta telefónica al azar se realizó con 3,400 adultos/as indicando que había muy poco apoyo a la lactancia materna en comparación con el biberón. Similares barreras con relación a la lactancia se encontraron en todos los grupos así como en la comunidad en general. Éstas barreras incluyeron el no amamantar en público, la supuesta conveniencia del biberón, la disconformidad de la madre con relación a la lactancia, el involucramiento del padre con la alimentación y la necesidad de la madre de tener una experiencia previa relacionada con la lactancia materna. Las estrategias de promoción y apoyo a la lactancia materna deben enfrentar estos temas y dirigirse a la comunidad en general y no tanto a los grupos específicos.

Preparado por Geneva Infant Feeding Association (GIFA), miembro de International Baby Food Action Network (IBFAN). Redacción: Marina Ferreira Rea, Adriano Cattaneo. Edición: Bob Peck. Traducido y adaptado al español por CEFEMINA / Coordinación IBFAN América Latina y Caribe.

**Puede solicitar copias impresas o electrónicas a cefemina@racsa.co.cr
tel/fax 506 / 224398 Apdo. Postal 5355, San José 1000, COSTA RICA.**