

CAPÍTULO VI. ESTADO DE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO DESCRITAS SEGÚN LOS ESTÁNDARES DEL FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA

INTRODUCCIÓN

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) promueve las buenas prácticas de alimentación y nutrición del niño con edades menores de 2 años como la intervención primordial de salud para asegurar primero el crecimiento y desarrollo infantiles (con especial énfasis en el neurodesarrollo), y una vida plena, saludable y productiva en las edades posteriores. Consecuente con este principio, la UNICEF ha lanzado la “Campaña de los primeros 1000 días” a fin de divulgar entre los Estados miembros del Sistema de las Naciones Unidas la importancia de la lactancia materna exclusiva (LME) a libre demanda durante los primeros 6 meses de vida del niño, y la correcta implementación y conducción de la alimentación complementaria.

El Proyecto IssAndes brindó una oportunidad única para describir las prácticas corrientes de alimentación y nutrición del niño menor de 2 años de edad según los estándares provistos por la UNICEF.¹⁻² La Tabla 1 muestra el estado de la lactancia materna en las provincias visitadas según la edad del niño encuestado. Las prácticas óptimas de alimentación del recién nacido no están únicamente relacionadas con la exclusividad y duración de la lactancia materna, sino también con el inicio temprano de la misma, inmediatamente después del nacimiento. El 67.6% de las madres entrevistadas informaron haber brindado leche materna a sus hijos inmediatamente del nacimiento, lo que implica además que tuvieron un contacto temprano con su hijo. Según la Encuesta ENDEMAIN' 2004, el 26.4% de las madres participantes amamantó a sus hijos en la primera hora después del parto.³ No obstante, preocupa que el 32.4% restante de las madres no tuvieron contacto temprano en la primera hora de nacido con el niño a través de la lactancia materna, sobre todo si se considera que la demora en el inicio de la lactancia materna después de la primera hora del nacimiento incrementa el riesgo de mortalidad neonatal, y en particular, de las muertes debidas a la infección.⁴

El estado del inicio temprano de la lactancia materna tan pronto como nace el niño podría ser el resultado de la influencia de 2 factores que podrían incluso superponerse. El entorno en que ocurre el nacimiento podría determinar tal estado. Una gran proporción de nacimientos en el Ecuador ocurre en los hospitales. Luego, las prácticas del personal de salud que atiende a la madre inmediatamente después del parto no estarían orientadas a propiciar el inicio de la lactancia desde el momento del nacimiento, o máximo dentro de la media hora siguiente al parto. Para el cumplimiento de este estándar se requiere que el personal de salud presente en el parto, incluso antes de la salida de la placenta, coloque al recién nacido sobre el pecho de su madre, facilitando así el contacto madre-hijo. El único impedimento para ello sería la ocurrencia de complicaciones médicas u obstétricas que lo imposibilite.¹⁻²

Tabla 1. Estado de la lactancia materna en las provincias visitadas. Se presenta el porcentaje de niños que fueron amamantados en el día anterior a la visita de los encuestadores según la edad y la provincia de domicilio.

Indicador	Provincia			Todas las provincias
	Chimborazo	Tungurahua	Cotopaxi	
<i>Inicio temprano de la lactancia materna</i>				
Niños nacidos en los últimos 24 meses	93	51	44	188
Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro de la hora siguiente al nacimiento	65.6	74.5	63.6	67.6
<i>Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses</i>				
Lactantes con edades entre 0 – 5 meses	5	2	6	13
Lactantes con edades entre 0 – 5 meses que recibieron solamente leche materna en el día anterior a la visita	100.0	50.0	33.3	61.5
• Lactantes con edades entre 0 – 1 mes de edad	1	0	1	2
• Lactantes con edades entre 0 – 1 meses que recibieron solamente leche materna en el día anterior a la visita	100.0	0.0	0.0	50.0
• Lactantes con edades entre 2 – 3 meses de edad	0	1	1	2
• Lactantes con edades entre 2 – 3 meses que recibieron solamente leche materna en el día anterior a la visita	0.0	0.0	100.0	50.0
• Lactantes con edades entre 4 – 5 meses de edad	4	1	4	9
• Lactantes con edades entre 4 – 5 meses que recibieron solamente leche materna en el día anterior a la visita	100.0	100.0	25.0	66.7
<i>Lactancia materna continuada después de los 6 meses de edad</i>				
Niños con edades entre 12 – 24 meses	45	24	20	89
Niños con edades entre 12 – 24 meses que fueron amamantados durante el día anterior	73.3	62.5	60.0	67.4
• Niños entre 12 – 15 meses de edad	21	11	9	41
• Niños entre 12 – 15 meses de edad que fueron amamantados durante el día anterior	100.0	90.9	100.0	97.6
• Niños entre 20 – 23 meses de edad	24	13	11	48
• Niños entre 20 – 23 meses de edad que fueron amamantados durante el día anterior	50.0	38.5	27.3	41.7

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie de estudio: 188.

El contacto entre la madre y el hijo debe ser *piel-a-piel* y mantenerse el mayor tiempo posible, al menos durante una hora de forma ininterrumpida. La mayoría de los recién nacidos permanecen quietos durante un tiempo variable después del nacimiento, y solamente comienzan a mostrar signos que reflejan que están listos para lactar al cabo de 20 – 30 minutos. El contacto temprano *piel-a-piel* estimula la liberación de la oxitocina, ayuda a la expulsión de la placenta, reduce el riesgo de hemorragia y promueve el vínculo emocional entre la madre y su niño.¹⁻² El que el niño no haya tenido este contacto, y que la demora en la lactancia materna sea mayor de una hora, como se ha observado en esta investigación, sugiere que el recién nacido ha recibido otros líquidos diferentes de la leche materna (los denominados pre-lácteos) que incrementan el riesgo de diarreas, alergias e infecciones y alergias, particularmente si son administrados antes de que el lactante haya recibido el calostro.

La demora en el inicio de la lactancia materna podría también deberse a la calidad de la producción láctea. Existen dos hormonas que afectan al pecho materno de manera directa: la prolactina y la oxitocina. Cuando el lactante succiona el pecho materno, los impulsos sensoriales viajan del pezón hacia el cerebro. Como respuesta, el lóbulo anterior de la glándula pituitaria secreta prolactina mientras el lóbulo posterior secreta oxitocina. Ambas hormonas inician y sostienen la producción láctea.

Se ha de recordar que la leche no es secretada durante el embarazo debido a que la progesterona y los estrógenos (las hormonas del embarazo) bloquean la acción de la prolactina. Después del parto, los niveles de progesterona y de estrógenos disminuyen rápidamente, la producción de prolactina deja de ser bloqueada, y en consecuencia se inicia la secreción de leche.

Los niveles séricos de prolactina alcanzan un máximo aproximadamente a los 30 minutos después del inicio de la succión, de manera que su efecto más importante es producir leche para la siguiente mamada. Cuanto más el lactante succiona y estimula el pezón, más prolactina se produce y, por lo tanto, más leche. Luego, factores psicoafectivos, patológicos u otros pueden alterar el funcionamiento normal de estas hormonas, y retrasar en consecuencia la producción de leche materna.

Otra de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNICEF para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran asentadas en la *Estrategia Mundial*, es la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (o lo que es lo mismo, 180 días). Para lograr esta meta se han provisto varias estrategias. Sin embargo, las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria están muy difundidas. A nivel mundial se ha estimado que solamente el 34.8% de los lactantes recibe lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Por el contrario, la mayoría de ellos recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses de vida.⁵

Según datos aportados por la OMS,⁶ la lactancia exclusiva en los niños con edades entre 0 – 5 meses en el Ecuador es del 40.0%, la lactancia complementaria con otros alimentos en los niños de 6 – 9 meses de edad es del 77%, la lactancia continuada en los niños de 12 – 15 meses de edad es del 62%, y la lactancia continuada para los niños de 20 – 23 meses es del 23%. La contrastación de los resultados de esta encuesta contra estos antecedentes denota que en las provincias investigadas se mantiene una práctica adecuada de lactancia materna.

El 61.5% de las madres investigadas brinda a sus hijos lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Cuando se analiza este indicador según los grupos etarios se observa que el 50.0% de las madres de niños menores de 3 meses les brinda lactancia materna exclusiva, mientras que este porcentaje es del 66.7% entre los niños con 4 – 5 meses de edad. Estos hallazgos deben constituirse en señal de alerta, pues provienen de madres de áreas rurales de bajos recursos socioeconómicos y con un marcado deterioro de la calidad de vida individual y familiar. En esas

condiciones, la lactancia materna exclusiva representa para sus hijos una herramienta de supervivencia que protege especialmente de las infecciones gastrointestinales. Según los nuevos patrones de crecimiento de la OMS, los infantes que son alimentados con lactancia materna exclusiva experimentan un crecimiento más rápido durante los primeros 6 meses de vida.

Las revisiones de los estudios realizados en países en desarrollo demuestran que los niños que no reciben lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida tienen una probabilidad 6 – 10 veces mayor de morir en esta etapa de vida cuando se les compara con los niños que son alimentados con leche materna. Muchas de estas muertes son causadas por la diarrea y la neumonía, que son más frecuentes y comportan mayor gravedad entre los niños lactados con leches artificiales. Otras infecciones agudas, como la otitis media, la meningitis por *Haemophilus influenzae* y las infecciones del tracto urinario, son menos comunes y menos graves entre los niños alimentados con lactancia materna.⁷

A largo plazo, los niños alimentados durante estas edades con leches artificiales tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades de base inmunológica como el asma bronquial y la Diabetes tipo 1. La alimentación artificial también ha sido asociada con un mayor riesgo para desarrollar leucemia durante la niñez.⁸ Las razones expuestas justifican ampliamente todos los esfuerzos que se realicen en el país en pro de la lactancia materna exclusiva.

Transcurridos los primeros 6 meses de vida extrauterina, la intensidad de los ritmos de crecimiento y desarrollo son tales que el niño puede afrontar el riesgo de sufrir de estados deficitarios de hierro que pueden llegar hasta la anemia. Después de los 6 meses de edad, para el lactante alimentado solamente con el pecho materno se torna progresivamente más difícil cubrir sus requerimientos con la leche de la madre. Luego, se recomienda que se comiencen a introducir alimentos diferentes de la leche materna en la alimentación de los niños después de los 6 meses de edad. Además, aproximadamente hacia los 6 meses la mayoría de los lactantes ha alcanzado el desarrollo suficiente que les permite recibir otros alimentos. En el país, entre el 60.0 – 79.0% de los niños con edades entre los seis y nueve meses de edad reciben alimentos complementarios oportunos a su edad.⁵ Si no se introducen comidas complementarias a los 6 meses, o si se administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado. El período vital que abarca desde los 6 hasta los 23 meses de edad es el momento donde se observa la incidencia máxima de retraso del crecimiento, deficiencias de micronutrientes, y enfermedades infecciosas.⁹

Tabla 2. Estado de la introducción de alimentos complementarios en los lactantes de 6 – 8 meses de edad. Se presenta el porcentaje de niños que recibieron alimentos de diversa textura y consistencia en el día anterior a la visita de los encuestadores según la edad y la provincia de domicilio.

Indicador	Todas las provincias			Todas las provincias
	Chimborazo	Tungurahua	Cotopaxi	
Tamaño	11	7	3	21
Lactantes con edades entre 6 – 8 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves durante el día anterior	81.8	57.1	100.0	76.2

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie de estudio: 21.

Uno de los principios de orientación para la alimentación complementaria es que la madre continúe brindando la lactancia materna de manera frecuente y a libre demanda hasta los 2 años de edad mientras inicia la alimentación complementaria a partir de los 6 meses. En el momento de la conducción de este estudio, el 97.6% de los niños que tenía edades entre 12 – 15 meses de vida se encontraba recibiendo lactancia materna. También se constató que a edades mayores existe una menor proporción de niños y niñas que reciben lactancia materna, situación que es acorde con las recomendaciones alimentarias emitidas en virtud de las cuales la lactancia materna es sustituida progresivamente por la alimentación propia de un niño en edad preescolar. A diferencia de la lactancia materna continuada hasta los 15 meses, en las edades superiores a los 18 meses la lactancia materna puede ser contraproducente, ya que reemplaza un tiempo de comida en el que el niño debe recibir otros alimentos.

En lugares donde el saneamiento ambiental es deficiente, como es el caso de las provincias estudiadas, esperar más allá de los 6 meses para introducir los alimentos complementarios podría reducir la exposición a enfermedades transmitidas por los alimentos. Sin embargo, debido a que a esta edad los lactantes inician la exploración activa del medio en el que viven, se exponen a contaminantes microbianos que existen en el suelo y los objetos, incluso sin recibir alimentos complementarios. Por lo tanto, se mantiene que la edad recomendada para introducir los alimentos complementarios es a los 6 meses.¹⁰

Tabla 3. Estado de la diversidad alimentaria de la dieta de los niños con edades mayores de 6 meses. Se presenta el porcentaje de niños que recibieron alimentos de 4 (o más) grupos alimentarios en el día anterior a la visita de los encuestadores según la edad y la provincia de domicilio.

Indicador	Provincia			Todas las provincias
	Chimborazo	Tungurahua	Cotopaxi	
Niños de 6 – 23 meses de edad	88	49	38	175
Niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de ≥ 4 grupos alimentarios durante el día anterior	85.2	87.8	89.5	86.9
• Niños de 6 – 11 meses de edad	24	14	10	48
• Niños de 6 – 11 meses de edad que recibieron alimentos de ≥ 4 grupos alimentarios durante el día anterior	75.0	78.6	90.0	79.2
• Niños de 12 – 17 meses de edad	33	14	12	59
• Niños de 12 – 17 meses de edad que recibieron alimentos de ≥ 4 grupos alimentarios durante el día anterior	84.8	92.9	83.3	86.4
• Niños de 18 – 23 meses de edad	31	21	16	68
• Niños de 18 – 23 meses de edad que recibieron alimentos de ≥ 4 grupos alimentarios durante el día anterior	93.5	90.5	93.8	92.6

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie de estudio: 175.

La Tabla 2 muestra el estado de la introducción de los alimentos complementarios con la leche materna en los lactantes de 6 – 8 meses de edad. El 76.2% de las madres entrevistadas administraron a los lactantes con edades entre 6 – 8 meses alimentos de consistencia sólida, semisólida o suave. Surge entonces la necesidad de orientarlas a través de mensajes educativos sobre la consistencia de las preparaciones ofrecidas para que contengan un adecuado balance de energía y nutrientes. Además, las madres deben ser educadas sobre la cantidad y frecuencia con la que deben ser ofrecidos los alimentos de acuerdo a la edad. Todos éstos son aspectos importantes para asegurar un consumo adecuado de macro- y micro-nutrientes, con especial énfasis en el hierro, la vitamina A, el zinc y el calcio.

La alimentación complementaria debe observar también el principio de la variedad. Junto con la lactancia materna continuada, es necesario brindar al niño una variedad de alimentos para que cubra sus necesidades nutricionales.

La Tabla 3 muestra el estado de la diversidad alimentaria de la dieta de los niños con edades mayores de 6 meses. El 86.9% de las madres entrevistadas manifestó haber brindado al niño más de 4 grupos de alimentos en el día anterior a la visita. Los alimentos básicos locales, como la papa y las harinas refinadas de cereales, que constituyen fuente de energía metabólica en forma de carbohidratos, fueron los brindados de preferencia. Conforme aumenta la edad del niño, se incrementa asimismo el número de madres que le brindaron a sus hijos 4 (o más) tipos de alimentos. En el subgrupo de los niños con edades entre 18 – 23 meses, el 92.6% de las madres diversificaron la dieta infantil mediante la inclusión de alimentos de origen animal.

Se observó una brecha respecto de las necesidades de hierro y el aporte de alimentos considerados como fuentes del mineral, y ello justificaría ampliamente la entrega de alimentos fortificados con hierro por parte de organizaciones no gubernamentales que actúan en las provincias, o el propio Estado ecuatoriano, a fin de evitar la presencia de anemia ferropénica.

Los alimentos de origen animal son una buena fuente de proteína, hierro y zinc. En el caso del huevo, es un aporte inestimable de proteínas y de vitamina A. A pesar de ello, estos alimentos fueron consumidos solo por un porcentaje reducido de niños. Los productos lácteos como la leche, el queso y el yogur, considerados todos como buenas fuentes de calcio, proteínas, energía y vitaminas del complejo B, fueron consumidos por el 68.0% de los infantes examinados.

De todo lo anterior se desprende que, si bien las madres administran más de 4 grupos de alimentos a sus hijos, la variedad no necesariamente se vincula con la calidad, por lo que, una vez más, se justifica la necesidad de orientar a las madres y las familias sobre la importancia del ofrecimiento de diversos alimentos que cubran los requerimientos nutricionales al mismo tiempo que garantizan el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños.

La Tabla 4 muestra el estado de la frecuencia mínima diaria de comidas y la dieta mínimamente aceptable en los niños con edades entre 6 – 23 meses. El 63.4% de los niños y niñas reciben alimentos por lo menos 3 veces al día. Solo faltaría definir la densidad energética de esas comidas, debido a que en los niños amamantados al pecho, incluso después de la introducción de alimentos complementarios, la lactancia materna continúa siendo una fuente crítica de nutrientes. La leche materna aporta el 50.0% de las necesidades de energía del lactante hasta el año de edad, y hasta un tercio durante el segundo año de vida. La leche materna continúa aportando nutrientes de mayor calidad que los dados con los alimentos complementarios, que además requieren ser nutricionalmente seguros y administrados de manera apropiada para que cubran las necesidades de energía y de nutrientes.

Tabla 4. Estado de la frecuencia mínima de comidas y la dieta mínimamente aceptable en los niños con edades entre 6 – 23 meses. Se presenta el porcentaje de niños en cada estrato según la provincia de domicilio.

Indicador	Provincia			Todas las provincias
	Chimborazo	Tungurahua	Cotopaxi	
Tamaño	88	49	38	175
<i>Frecuencia mínima de comidas</i>				
Niños con edades entre 6 – 23 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo (o más) de veces durante el día anterior	62.5	65.3	63.2	63.4
<i>Dieta mínimamente aceptable</i>				
Niños con edades entre 6 – 23 meses de edad que tuvieron por lo menos la diversidad alimentaria mínimamente aceptable y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior	47.7	46.9	42.1	46.3

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie de estudio: 175.

Es imperativo aumentar el número de veces de consumo de alimentos conforme va creciendo el niño, pues a mayor edad se necesita mejorar la cantidad total de alimentos consumidos por día, los que adicionalmente deben ser divididos o fraccionados durante todo el día, fraccionamiento en el que siempre se debe incluir por lo menos dos tomas de leche. La poca capacidad gástrica del lactante, unido a los altos requerimientos de energía y nutrientes que se deben cubrir durante los primeros meses de vida, exigen el cumplimiento de la recomendación que determina que el número diario de comidas en estos niños no sea inferior a tres.⁵ En consecuencia, el estudio reveló que solo el 46.3% de los niños consumieron más de 4 grupos de alimentos con una frecuencia de tres veces al día.

Como se ha afirmado reiteradamente a lo largo de este reporte, el hierro es fundamental para el crecimiento y desarrollo infantiles, incluido el neurodesarrollo. Luego, interesó examinar los aportes de hierro que son hechos con los alimentos complementarios. La Tabla 5 muestra el consumo de alimentos ricos en hierro y/o fortificados con este mineral en los niños con edades entre 6 – 23 meses. El 66.3% de los niños con 6 – 23 meses de edad recibieron durante el día anterior a la visita de los encuestadores un alimento rico en hierro, o un alimento especialmente diseñado para lactantes y niños pequeños que estaba fortificado con hierro, o un alimento que fue fortificado en el hogar con un producto que incluía hierro.

Sin embargo, en el resto de los niños y niñas que el día anterior no consumieron alimentos fuentes de hierro, o no tuvieron acceso a alimentos fortificados el riesgo de una anemia ferropénica está latente, más aún si esta conducta alimentaria se prolonga en el tiempo. Cabe indicar que la prevalencia máxima de la anemia por carencia de hierro ocurre entre los 6 – 24 meses de edad, lo que coincide con el crecimiento rápido del cerebro y la consiguiente explosión de habilidades cognitivas y motoras en el infante.

Tabla 5. Estado del consumo de alimentos ricos en hierro y/o fortificados con el mineral en los niños con edades entre 6 – 23 meses. Se presenta el porcentaje de niños en cada estrato según la edad y la provincia de domicilio.

Indicador	Provincia			Todas las provincias
	Chimborazo	Tungurahua	Cotopaxi	
Niños de edades entre 6 – 23 meses	88	49	38	175
Niños con edades entre 6 – 23 meses que durante el día anterior recibieron un alimento rico en hierro, o un alimento especialmente diseñado para lactantes y niños pequeños que estaba fortificado con hierro, o un alimento que fue fortificado en el hogar con un producto que incluía hierro	55.7	77.614	76.3	66.3
• Niños de edades entre 6 – 11 meses	24	14	10	48
• Niños de edades entre 6 – 11 meses que durante el día anterior recibieron un alimento rico en hierro, un alimento especialmente diseñado para lactantes y niños pequeños que estaba fortificado con hierro, o un alimento que fue fortificado en el hogar con un producto que incluía hierro	66.7	71.4	70.0	68.8
• Niños de 12 a 17 meses de edad	33	14	12	59
• Niños de 12 a 17 meses de edad que durante el día anterior recibieron un alimento rico en hierro, o un alimento especialmente diseñado para lactantes y niños pequeños que estaba fortificado con hierro, o un alimento que fue fortificado en el hogar con un producto que incluía hierro	51.5	85.7	66.7	62.7
• Niños de 18 a 23 meses de edad	31	21	16	68
• Niños de 18 a 23 meses de edad que durante el día anterior recibieron un alimento rico en hierro, o un alimento especialmente diseñado para lactantes y niños pequeños que estaba fortificado con hierro, o un alimento que fue fortificado en el hogar con un producto que incluía hierro	51.6	76.2	87.5	67.6

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie de estudio: 175.

Se ha de recordar siempre que aquellas deficiencias del mineral que sean leves o poco graves en esta edad, aun cuando sean corregidas, reducen en forma permanente la destreza manual del niño, limita su capacidad de concentración, y debilita su capacidad de memoria.¹¹⁻¹²

Es importante que a estos niños se les realicen pruebas específicas para la detección de los estados deficitarios de hierro, pues una alimentación pobre en hierro biodisponible en el período más susceptible al déficit del mineral, como sucede en el grupo investigado, puede desencadenar en esta forma anemia tan extendida y de tan alta prevalencia en nuestro país. Las acciones para prevenir el riesgo de la anemia por deficiencia de hierro son importantes, especialmente porque se conoce ampliamente que no hay certeza sobre la reversibilidad de sus efectos a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 2: Measurement. WHO/UNICEF/USAID/AED/ UCDAVIS/IFPRI. Washington, DC: 2010. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599290eng.pdf>. Fecha de última visita: 30 de Noviembre del 2016.
2. World Health Organization. Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding policy brief. Geneva: 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149022/1/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf. Fecha de última visita: 2 de Diciembre del 2016.
3. Encuesta ENDEMAIN Demográfica de Salud Materno Infantil. Informe Nacional. Iniciativa mundial sobre tendencias en lactancia materna. Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social. Ministerio de Salud Pública. República del Ecuador. Quito: 2008.
4. Organización Mundial de la Salud. Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia de la Naciones Unidas. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Geneva: 2003.
5. Unidad de Nutrición, Salud de la Familia y Comunidad. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington DC: 2003.
6. Encuesta ENDEMAIN Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Situación de salud de los pueblos indígenas del Ecuador. Lactancia materna y nutrición. República del Ecuador. Quito: 2006.
7. Bahl R, Frost C, Kirkwood BR, Edmond K, Martinez J, Bhandari N, Arthur P. Pautas de alimentación del lactante y riesgos de defunción y hospitalización en la primera mitad de la lactancia: Estudio multicéntrico de cohortes. Bull World Health Organ 2005;83:418-26.
8. Kwan ML, Buffler PA, Abrams B, Kiley VA. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: A meta-analysis. Public Health Rep 2004;119:521-35.
9. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review. Adv Exp Med Biol 2004;554:63-77.
10. Akre J. Infant feeding: The physiological basis. Bull World Health Organ 1990;67(Suppl):S7-S108.
11. Rebozo Pérez JG, Jiménez Acosta S, Gay Rodríguez J, Cabrera A, Sánchez MA. Anemia en un grupo de niños de 14 a 57 meses de edad, aparentemente sanos. Rev Cubana Salud Pública 2003;29:128-31.
12. Gigato Mesa E. La anemia ferropénica. Diagnóstico, tratamiento y prevención. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2015;25:371-89.