

Tres problemas nutricionales emergentes en poblaciones en contexto de vulnerabilidad

Three emerging nutritional problems in populations in vulnerable contexts

Alena Valderrama-Guevara

Recibido 17 agosto 2022 / Enviado para modificación 13 diciembre 2022 / Aceptado 28 diciembre 2022

RESUMEN

La primera infancia es un periodo de extrema vulnerabilidad debido al desarrollo rápido de la arquitectura cerebral de los niños y niñas durante estos años. Es una ventana de oportunidad para proteger a los niños de las condiciones adversas teniendo en cuenta que las inequidades en salud en las poblaciones continúan incrementándose.

Esta revisión presenta tres problemas emergentes que contribuyen al incremento de estas inequidades en los niños y niñas durante la primera infancia: la ganancia excesiva de peso gestacional (GEPG) y la diabetes gestacional, la vulnerabilidad de las madres lactantes a la comercialización agresiva de sucedáneos de la leche materna (SLM) y la alfabetización en salud.

Se exponen estrategias para el medio clínico para intervenir en estas tres condiciones: un enfoque de la GEPG que considere las determinantes de la salud, conocer el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche Materna (SLM) así como su impacto sobre la protección de la lactancia materna, y se presentan las precauciones universales para alfabetización en salud.

Finalmente, se insiste en la necesidad de enfoques holísticos y en la complementariedad de enfoques individuales y poblacionales para disminuir las brechas de las inequidades en salud en los niños durante la primera infancia.

Palabras Clave: Primera infancia; vulnerabilidad; ganancia excesiva de peso gestacional; sucedáneos de la leche materna; alfabetización en salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

RESUMEN

Early childhood is an extremely vulnerable period due to the rapid development of children's brain architecture during those years. It is a window of opportunity to protect children from adverse conditions, considering that health inequities within populations continue to increase.

This review presents three emerging problems that contribute to the increase in these inequities in children during early childhood: excessive gestational weight gain (GWG), the vulnerability of mothers to the aggressive marketing of breast milk substitutes industry and health literacy.

Strategies in the clinical setting are exposed to taking action: an approach that considers the determinants of health in excessive GWG, be aware of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and its impact on the protection of breastfeeding and the universal health literacy precautions.

It also highlights the need for holistic approaches and the complementarity of individual and populational approaches to reduce gaps in early childhood health inequities.

Key Words: Early childhood; vulnerability; excessive gestational weight gain; breast milk substitutes; health literacy (*source: MeSH, NLM*).

La primera infancia, a partir de la concepción, es un periodo de extrema vulnerabilidad debido al desarrollo rápido de la arquitectura cerebral de los niños durante estos años (1). Es en esta ventana de oportunidad donde se debe proteger a

AV: MD. Pediatra. Esp. Salud Pública y Medicina Preventiva. Investigadora y Profesora Adjunta, Hospital Universitario Materno Infantil (CHU), Sainte-Justine. Escuela de Salud Pública, Universidad de Montreal. Quebec, Canadá.
alena.valderrama.med@sss.gouv.qc.ca



los niños de las condiciones adversas y de potenciales agresores que podrían dejar secuelas en el desarrollo del niño a mediano y a largo plazo (2). Sin embargo, no todos los niños están expuestos con la misma intensidad a la adversidad y a factores de riesgo para la salud, pues algunos son más vulnerables a estos riesgos. La vulnerabilidad es el cúmulo de factores de riesgo a lo largo de las trayectorias de vida de los individuos, vulnerabilidad que incrementa el riesgo de enfermar o de no alcanzar el pleno potencial de desarrollo (3). Ciertamente, el mayor de estos factores de riesgo es la pobreza (4). Otros niños en contexto de vulnerabilidad son las familias y los niños de pueblos originarios, los niños en situación de discapacidad y los niños de familias monoparentales o racializadas, entre otros.

Las disparidades extremas en ingresos y riqueza tienen consecuencias negativas para la salud de las personas que viven por debajo del umbral de la pobreza. Las inequidades en la salud aparecen cuando los sistemas dan lugar a "una distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio, los recursos y el acceso a los recursos entre los distintos grupos que conforman la sociedad" (5). Estas inequidades de salud entre las poblaciones en contexto de vulnerabilidad donde también hay niños y el resto de la población, son injustas y evitables.

El objetivo de esta revisión es presentar tres temas emergentes que incrementan estas inequidades de salud:

1. La ganancia excesiva de peso gestacional y la diabetes gestacional;
2. La vulnerabilidad de las madres lactantes a la comercialización agresiva de sucedáneos de la leche materna y
3. La alfabetización en salud.

1. La ganancia excesiva de peso gestacional y la diabetes gestacional

El incremento de peso insuficiente en las gestantes y el retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) siguen siendo un problema vigente. Sin embargo, la ganancia excesiva de peso gestacional (GEPG) ha recibido poca atención a pesar de su alta prevalencia y de su impacto en la salud de las madres y de sus niños a corto, mediano y largo plazo (6). Esta afección ha estado particularmente desatendida entre las gestantes en situación de vulnerabilidad como aquellas en situación de pobreza.

En realidad, la prevalencia de la obesidad se triplica en América Latina, así como las condiciones que están asociadas a ella (7). Una de ellas es la diabetes gestacional, la cual afecta al 14 % de los embarazos (8). Las consecuencias de la diabetes gestacional sin tratamiento sobre las madres son conocidas, por ejemplo, hasta una mitad de ellas pueden desarrollar diabetes tipo II y enfermedades cardiovasculares prematuras dentro de los diez años posteriores al parto. Las consecuencias para los

niños son también conocidas pues tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad, diabetes de tipo II de aparición temprana y enfermedad cardiovascular más tarde (6).

En este contexto de pandemia de obesidad, la prevalencia de la GEPG también incrementa. Es así como más de la mitad de las gestantes tienen una GEPG. En realidad, más de la mitad de las mujeres comienzan el embarazo ya con exceso de peso y son ellas quienes tienen aún más riesgo de una GEPG. Este hecho está asociado con un abanico de complicaciones obstétricas y perinatales y de enfermedades crónicas a mediano y a largo plazo, tanto para la madre como para el niño. Estas son: la preeclampsia, el parto por cesárea, la macrosomía, la diabetes materna tipo II, pero también un mayor riesgo de desarrollar obesidad materna e infantil y enfermedades metabólicas crónicas más adelante en la vida del niño (9).

En realidad, debido a las determinantes sociales asociadas a la diabetes gestacional y a la GEPG, estas condiciones son más frecuentes en gestantes de bajos recursos económicos o en contexto de vulnerabilidad (10).

Es así como, por un lado, los factores de riesgo más importantes para la GEPG son: el conocimiento insuficiente sobre las recomendaciones y consecuencias de una ganancia de peso inadecuada durante el embarazo, problemas de salud mental como la depresión perinatal y la menor satisfacción con el peso corporal. Y, por otro lado, los factores protectores son la consejería sobre este tema y el soporte de los profesionales de la salud y la autoeficacia hacia un peso saludable (11).

Las evidencias científicas sobre las intervenciones eficaces para prevenir la GEPG en contexto de vulnerabilidad son insuficientes. En realidad, las intervenciones destinadas a controlar la ganancia de peso durante el embarazo como la promoción del incremento de la actividad física y de las dietas saludables son ineficaces debido a múltiples barreras existentes en estas gestantes.

Es por eso que se necesitan enfoques globales que tengan en cuenta los determinantes sociales del sobrepeso y de la ganancia excesiva de peso durante el embarazo (12,13). De otro modo, es un gran reto entender el problema en su complejidad y por consiguiente proponer soluciones que produzcan cambios. Estas soluciones deben incluir: la seguridad alimentaria, el cuidado de la salud mental, la satisfacción con la imagen corporal y el soporte social, entre otros, además del cuidado y seguimiento obstétrico habituales.

2. La vulnerabilidad de las madres lactantes a la comercialización agresiva de sucedáneos de la leche materna

La lactancia materna es la norma biológica para la alimentación de los lactantes. Los beneficios de la lactancia son múltiples y no son discutidos (14). Sin embargo, un

tema que no se menciona suficientemente es la relación entre la lactancia materna y el establecimiento y posterior desarrollo de la microbiota y el microbioma en el recién nacido y el lactante (15). El conocimiento de que la leche materna contiene células y microorganismos vivos es relativamente reciente y es la razón por la cual no puede ser reemplazada por ningún sucedáneo. En realidad, la leche materna es una fuente importante de bacterias comensales, mutualistas o probióticas para el intestino infantil y contendría un microbioma propio y único. Por ende, un recién nacido consumiría hasta 8×10^5 bacterias al día y esta sería la segunda fuente integral de microbios después de la microbiota vaginal proporcionada en el caso de los niños nacidos por parto vaginal (15).

La influencia de estos microorganismos para dar forma a la microbiota intestinal del recién nacido es innegable y tiene efectos positivos a corto, mediano y largo plazo sobre la salud y el desarrollo del niño, pero también sobre funciones digestivas, inmunitarias y neurológicas del niño (15,16). Por lo tanto, este es otro argumento para no suplementar precozmente y favorecer la lactancia precoz y la lactancia exclusiva y prolongada.

Sin embargo, pese a todas estas evidencias científicas, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aproximadamente solo el 50% de los recién nacidos son amamantados dentro de la primera hora después de nacer

y menos del 37% de los niños de 6 meses son amamantados exclusivamente en promedio en América Latina y el Caribe (17). La suplementación precoz es muy grande. Y, una vez más, son las madres en contexto de vulnerabilidad quienes suplementan o abandonan la lactancia más rápido (18), pues existen múltiples barreras para la lactancia exclusiva y prolongada en madres en contexto de vulnerabilidad como la falta de soporte (19) y la mayor vulnerabilidad a la influencia de la industria de sucedáneos de la leche materna (SLM) (20,21).

Primeramente, en cuanto al apoyo a la lactancia materna, únicamente 28% de los países en América latina y el Caribe tienen 14 semanas o más de licencia por maternidad. Y solamente 18 de 35 países de la región ponen en práctica parcial o totalmente medidas legales para implementar el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna (7).

El Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna es una política sanitaria internacional adoptada por la OMS en 1981. Tiene como objetivo contribuir a la nutrición saludable y adecuada de los niños protegiendo y promoviendo la lactancia materna y asegurando el uso adecuado de los SLM, cuando sea necesario, a través de la información, el mercadeo y la distribución adecuados (22). La Tabla 1 resume el significado del Código: qué regula y a quiénes se dirige.

Tabla 1. El Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche Materna (SLM)

Es una política para los sucedáneos de la leche materna: biberones y tetinas, cereales infantiles y cualquier otro alimento comercializado o presentado como apto o sustituto parcial o total de la leche materna
Regula:
<ul style="list-style-type: none"> • La publicidad de productos al público o profesionales de la salud • La distribución de muestras gratuitas a madres, familias y profesionales de la salud • La promoción de productos (p. ej., carteles) en los establecimientos de salud • Las fotos de niños u otras fotos o textos que puedan idealizar el uso de preparados lácteos • Las declaraciones de propiedades saludables o nutricionales falsas
¿A quiénes se dirige?
<ul style="list-style-type: none"> • Gobiernos • Industria (la industria de alimentos para bebés) • Profesionales de la salud • Organizaciones no gubernamentales (ONG) • Organizaciones de consumidores

Nota: Organización Mundial de la Salud (OMS). Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna: preguntas frecuentes (actualización de 2017).

Sin embargo, el impacto de la comercialización de SLM en las decisiones y prácticas de alimentación infantil está bien documentado, así como las prácticas agresivas de *marketing* utilizadas por esta industria. Estas prácticas tienen un impacto negativo mayor en la salud de los niños y niñas, las mujeres y las familias, sobre todo en aquellas vulnerables (21). La aplicación e implementación del código es compleja y las violaciones al Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna son muy frecuentes

(23). Muchos profesionales de la salud desconocen el alcance del Código, así como su impacto para proteger a las familias de este *marketing*.

Por ende, como profesionales de la salud tenemos y debemos estar informados familiarizados con la política y sus posibles violaciones. La Tabla 2 propone una herramienta de auto evaluación para evaluar las acciones compatibles con el Código. El Código y la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño son las herramientas más eficaces para promover, apoyar y proteger la lactancia materna.

Tabla 2. Herramienta de autoevaluación para reconocer acciones compatibles con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (slm)

• Independencia de la industria de SLM
• No se recibieron beneficios en efectivo o en especie de esta industria
• Declaración de posibles conflictos de intereses con la industria
• La lactancia materna es presentada como el modo de alimentación más seguro y adecuado a las necesidades del niño
• La información dada a los padres no idealiza el uso de productos cubiertos por el Código o muestran que estos productos son equivalentes o superiores a la lactancia materna
• La terminología utilizada para referirse a los SLM es adecuada (“preparación comercial para lactantes”, en lugar de “leche artificial”, “leche en polvo” o “leche de fórmula”)
• El uso de SLM y biberones se aborda durante las intervenciones individuales
• Cuando se habla de la alimentación con biberón con los padres, la información proporcionada incluye explicaciones de los riesgos de uso incorrecto, así como de las posibles consecuencias para la lactancia
• Cuando se habla del chupete, la información proporcionada incluye explicaciones sobre las posibles consecuencias en amamantamiento de los niños nacidos a término
• Visibilidad limitada de los SLM
• Imágenes que incluyen productos cubiertos por el Código solo se utilizan en el marco de capacitaciones para el uso seguro de estos productos y solo si son necesarios para la comprensión
• No se otorga visibilidad a una marca fabricante o distribuidor comercial de productos cubiertos por el Código

Nota: Mouvement Allaitement du Québec (traducción libre).

3. La alfabetización en salud: lo que es claro para usted solo lo es para usted

La alfabetización en salud (*health literacy*, en inglés) es reconocida como una determinante de la salud (24). Este término se refiere a la motivación y a las habilidades de las personas para acceder, comprender, evaluar y utilizar la información para tomar decisiones informadas sobre su salud (25). La alfabetización limitada en salud se asocia con menor adhesión al tratamiento, peores resultados de salud y mayores costos de atención médica (24). Las personas en contexto de vulnerabilidad tienen más riesgo de tener niveles menores de alfabetización en salud (26).

Este determinante recibe mayor atención últimamente y se busca ofrecer instrumentos a los profesionales de la salud para incrementar la alfabetización en salud de los pacientes en la cotidianidad clínica, lo cual es fundamental (27).

El acto clínico es también un proceso de comunicación para dar información. En este proceso, los profesionales de salud deben hacerse la pregunta: ¿Qué deben saber y que deben hacer los pacientes cuando salgan del consultorio? De modo que, enseguida, deben prepararse para

ofrecer esa información tomando las precauciones universales de alfabetización en salud.

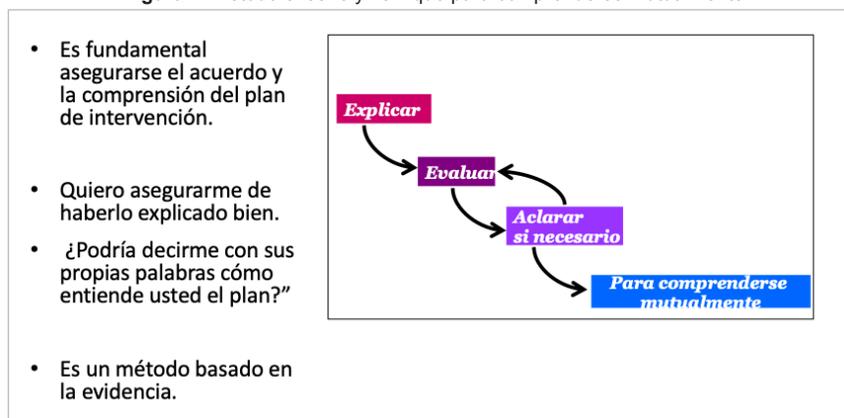
¿Cuáles son las precauciones universales para alfabetización en salud?

Las precauciones universales para alfabetización en salud son los pasos que toman los profesionales de la salud cuando asumen que todos los pacientes pueden tener dificultades para comprender la información de salud (28).

Las precauciones universales de alfabetización en salud tienen como objetivo simplificar la comunicación con todos los pacientes y confirmar su comprensión, con el fin de minimizar el riesgo de incomprensiones.

El método enseñe y verifique (*teach-back*, en inglés) es un método para asegurarse de que la comprensión del plan de intervención o tratamiento propuestos fue apropiada. De hecho, la eficacia del método ha sido demostrada (29). La Figura 1 muestra el proceso de este método. La Tabla 3 muestra siete recomendaciones a tener en cuenta para la comunicación oral efectiva de profesionales de la salud con sus pacientes.

Figura 1. Método enseñe y verifique para comprenderse mutuamente



Nota: Agency for Healthcare Research and Quality 2020 (traducción libre y adaptada).

Tabla 3. Siete recomendaciones para la comunicación oral de profesionales de la salud con sus pacientes

1. Use un lenguaje sencillo
2. Limite la información (3-5 puntos claves)
3. Sea específico y concreto, no general
4. Use el método enseñe y verifique (confirme haber sido comprendido)
5. Demuestre
6. Repita y resume
7. Evalúe la necesidad de apoyo social)

Nota: Agency for Healthcare Research and Quality 2020 (traducción libre y adaptada).

Esta revisión expone tres temas emergentes que incrementan las inequidades sociales de salud y propone intervenciones que podrían contribuir a reducir las brechas. En realidad, los clínicos que trabajan alrededor de la salud de la madre y de los niños pequeños pueden contribuir a reducir las brechas de las inequidades en salud.

Ciertamente, el concepto de la salud relacional sugiere estrategias para la cotidianidad clínica en este contexto. Este concepto de salud relacional se refiere a la capacidad de desarrollar y mantener relaciones seguras, estables y enriquecedoras (SSNR, por sus siglas en inglés) con nuestros pacientes, sobre todo con aquellos en contextos de vulnerabilidad. Estas relaciones previenen la activación extrema o prolongada del sistema de respuesta al estrés y podrían actuar como un amortiguador contra la adversidad. Finalmente, podría también promover las habilidades necesarias para ser resilientes en el futuro (30).

Además de lo que los clínicos pueden hacer, es necesario recordar la necesidad de las intervenciones en la población para reducir las inequidades de salud. Estas intervenciones se pueden dividir en dos grandes grupos:

1. Estrategias de subsidios económicos a familias en contextos de pobreza.
2. Estrategias para reducir la exposición a condiciones de vida desfavorables (inseguridad alimentaria) y/o comportamientos no saludables (consumo de tabaco, etc.) con estrategias para poblaciones en contextos de vulnerabilidad. Por ejemplo, los programas que promuevan el desarrollo de la primera infancia y los programas de visita domiciliaria para hacer seguimiento y darle soporte a mujeres embarazadas en contextos de vulnerabilidad.

En conclusión, se necesita un enfoque holístico del desarrollo y de la nutrición infantil. Por ende, los programas para promover el desarrollo óptimo de los niños son más efectivos y tienen más impacto si son parte de un paquete coordinado de servicios para las familias, incluyendo el cuidado infantil, el acceso a viviendas saludables y al transporte, las oportunidades de empleo y de atención médica y el apoyo nutricional (31). En todos estos programas, es esencial apoyar la relación padres-niños. Sin embargo,

las intervenciones gubernamentales son más útiles para reducir las inequidades en salud y la pobreza ♠

Agradecimientos: A la doctora Isabelle Michaud-Letourneau por su contribución con referencias bibliográficas clave para la escritura de este artículo.

REFERENCIAS

1. National Scientific Council of the Developing Child. Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain [Internet]. Center on the Developing Child at Harvard University. 2005 [citado 29 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://shorturl.at/pquyP>.
2. Shonkoff JP, Cameron J, Duncan GJ, Fox NA, Greenough WT, Gunnar MR, et al. Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development [Internet]. Center on the Developing Child at Harvard University. 2007 [citado 29 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://shorturl.at/iIASU>.
3. Halfon N, Larson K, Lu M, Tullis E, Russ S. Lifecourse health development: past, present and future. *Matern Child Health J* [Internet]. 2014 [citado 29 de agosto de 2021]; 18(2):344–365. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1346-2>.
4. Chen E, Martin AD, Matthews KA. Trajectories of socioeconomic status across children's lifetime predict health. *Pediatrics* [Internet]. 2007 [citado 29 de agosto de 2021]; 120(2):e297-303. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2006-3098>.
5. Wilkinson R, Marmot M. Les déterminants sociaux de la santé les faits [Internet]. Ginebra: OMS; 2000 [citado 8 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://shorturl.at/orvM7>.
6. Guelinckx I, Devlieger R, Beckers K, Vansant G. Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition. *Obesity Reviews* [Internet]. 2008 [citado 2 de octubre de 2022]; 9(2):140–150. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00464.x>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional, América Latina y el Caribe 2016: Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición [Internet]. Santiago: OPS; 2017 [citado 2 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/gNR12>.
8. Wang H, Li N, Chivese T, Werfalli M, Sun H, Yuen L, et al. IDF Diabetes Atlas: Estimation of Global and Regional Gestational Diabetes Mellitus Prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's Criteria. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2022 [citado 2 de octubre de 2022]; 183:109050. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109050>.
9. Siega-Riz AM, Siega-Riz AM, Loraia B. The Implications of Maternal Overweight and Obesity on the Course of Pregnancy and Birth Outcomes. *Matern Child Health J* [Internet]. 2006 [citado 2 de octubre de 2022]; 10(1):153–156. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10995-006-0115-x>.
10. Herring SJ, Nelson DB, Davey A, Klotz AA, Dibble LV, Oken E, et al. Determinants of excessive gestational weight gain in urban, low-income women. *Womens Health Issues* [Internet]. 2012 [citado 2 de octubre de 2022]; 22(5):e439–446. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.05.004>.
11. Dipietro JA, Millet S, Costigan KA, Gurewitsch E, Caulfield LE. Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 2003 [citado 2 de octubre de 2022]; 103(10):1314–1319. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(03\)01070-8](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(03)01070-8).
12. Garay SM, Sumpston LA, Pearson RM, John RM. Risk factors for excessive gestational weight gain in a UK population: a biopsychosocial model approach. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 [citado 2 de octubre de 2022]; 21:43. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03519-1>.

13. Hill B, Skouteris H, McCabe M, Fuller-Tyszkiewicz M. Body image and gestational weight gain: a prospective study. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2013 [citado 2 de octubre de 2022]; 58(2):189–194. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00227.x>.
14. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* [Internet]. 2016 [citado 2 de octubre de 2022]; 387(10017):491–504. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2).
15. Lyons KE, Ryan CA, Dempsey EM, Ross RP, Stanton C. Breast Milk, a Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health. *Nutrients* [Internet]. 2020 [citado 2 de octubre de 2022]; 12(4):1039. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu12041039>.
16. Moreno del Castillo MC, Valladares-García J, Halabe-Cherem J, Moreno del Castillo MC, Valladares-García J, Halabe-Cherem J. Microbioma humano. *Revista de la Facultad de Medicina (México)* [Internet]. 2018 [citado 2 de octubre de 2022]; 61(6):7–19. Disponible en: <https://doi.org/10.22201.fm.24484865e.2018.61.6.02>.
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades [Internet]. Washington: OPS; 2016 [citado 2 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/bmqT1>.
18. Simard I, O'Brien HT, Beaudoin A, Turcotte D, Damant D, Ferland S, et al. Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of Quebec. *J Hum Lact* [Internet]. 2005 [citado 2 de octubre de 2022]; 21(3):327–337. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0890334405275831>.
19. Newhook JT, Ludlow V, Newhook LA, Bonia K, Goodridge JM, Twells L. Infant-feeding among low-income women: the social context that shapes their perspectives and experiences. *Can J Nurs Res* [Internet]. 2013 [citado 2 de octubre de 2022]; 45(3):28–49. Disponible en: <https://shorturl.at/ksJX0>.
20. Piwoz EG, Huffman SL. The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices. *Food Nutr Bull* [Internet]. 2015 [citado 2 de octubre de 2022]; 36(4):373–386. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0379572115602174>.
21. How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding [Internet]. Ginebra: WHO; 2022 [citado 2 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/jCPW9>.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: preguntas frecuentes (actualización de 2017) [Internet]. Ginebra:OMS; 2017 [citado 2 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/sux14>.
23. World Health Organization. The international code of marketing of breast-milk substitutes: frequently asked questions on the roles and responsibilities of health workers [Internet]. WHO; 2020 [citado 2 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/puyBl>.
24. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health* [Internet]. 2021 [citado 2 de octubre de 2022]; 42:159–173. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>.
25. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012 [citado 2 de octubre de 2022]; 12:80. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
26. Chiarelli L. The impact of low health literacy on chronic disease prevention and control. Calgary:Canadian Public Health Association; 2006.
27. Agency of Health Literacy Universal Precautions Toolkit. Health Literacy [Internet]. 2nd ed. United States of America: Agency of Health Literacy Universal Precautions Toolkit; 2015 [citado 2 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/gnrEL>.
28. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit [Internet]. 2nd ed. United States of America: AHRQ; 2015 [citado 2 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/IMPW8>.
29. Yen PH, Leasure AR. Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Fed Pract* [Internet]. 2019 [citado 15 de marzo de 2021]; 36(6):284–289. Disponible en: <https://shorturl.at/fiBZ2>.
30. Garner A, Yogman M. Committee on psychosocial aspects of child and family health sodabp council on early childhood. Preventing Childhood Toxic Stress: Partnering With Families and Communities to Promote Relational Health. *Pediatrics* [Internet]. 2021 [citado 2 de octubre de 2022]; 148(2):e2021052582. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052582>.
31. Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Normand J, et al. The effectiveness of early childhood development programs. *American Journal of Preventive Medicine* [Internet]. 2003 [citado 2 de octubre de 2022]; 24(3):32–46. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00655-4](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00655-4).