

Evaluación de las conductas de lactancia materna y las prácticas de alimentación complementaria de las madres turcas y las madres refugiadas sirias

Özhan Orhan^a , Hüseyin Elçi^b 

RESUMEN

Objetivos: el objetivo de este estudio fue comparar la lactancia y los factores relacionados (edad, nivel educativo, edad al momento del primer embarazo, etc.) y las prácticas de alimentación complementaria de las madres refugiadas sirias y las madres turcas.

Materiales y métodos: este estudio descriptivo y comparativo analizó las características nutricionales de los bebés de 9 a 60 meses de edad cuyas madres fueran turcas o refugiadas sirias que asistieron al Hospital Público de Kızıltepe entre enero y julio de 2022.

Resultados: se incluyó a 204 madres (126 turcas y 78 sirias). La edad promedio de las madres turcas era $27,60 \pm 5,17$ años y la de las refugiadas sirias, $28,91 \pm 5,62$ años, sin una diferencia significativa entre ambos grupos ($p: 0,091$). La lactancia materna posparto fue del 91,3 % y la duración de la lactancia fue de 12 meses (0-24) en las ciudadanas turcas, mientras que, en las refugiadas sirias, fue del 84,6 % y 9 meses (0-24), respectivamente (consumo de leche materna, $p: 0,144$; tiempo de consumo, $p: 0,161$; sin diferencias estadísticas). El 23,8 % de las ciudadanas turcas y el 5,1 % de las refugiadas sirias recibieron capacitación sobre la lactancia, con una diferencia significativa entre ambos grupos ($p: 0,001$).

Conclusión: en los grupos de refugiadas, las prácticas de nutrición infantil y materna se ven alteradas. En colaboración con las organizaciones locales e internacionales y los organismos estatales que ayudan a los grupos de refugiados se podrían mejorar las prácticas de nutrición materno-infantil y reducir las brechas.

Palabras clave: refugiadas; lactancia materna; alimentación complementaria; trastornos de la nutrición infantil.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10083>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10083.eng>

Cómo citar: Orhan Ö, Elçi H. Evaluación de las conductas de lactancia materna y las prácticas de alimentación complementaria de las madres turcas y las madres refugiadas sirias. *Arch Argent Pediatr* 2024;122(2):e202310083.

^a Departamento de Pediatría, Mardin Artuklu Üniversitesi, Mardin, Turquía; ^b Departamento de Pediatría, Hospital Público de Kızıltepe, Mardin, Turquía.

Correspondencia para Hüseyin ELÇİ: huseyinerci@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 24-5-2023

Aceptado: 6-7-2023



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

La leche materna suele considerarse la nutrición más adecuada para el crecimiento y el desarrollo de los recién nacidos y los bebés, ya que satisface todas las necesidades del lactante durante los primeros 6 meses de vida. Tanto el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que todos los niños menores de 2 años deben tener la oportunidad de consumir alimentos nutritivos en el período ideal.¹ Los primeros 1000 días de vida de una persona son el período más importante a la hora de garantizar que reciba la cantidad adecuada de nutrientes. Este período comienza con el embarazo de la madre y continúa hasta que el niño cumple 2 años. La leche materna es un ingrediente crucial para la salud y el desarrollo de los niños durante este período de “ventana crítica”. La leche materna contiene vitaminas, minerales, enzimas y anticuerpos en un nivel suficiente para satisfacer todas las demandas del lactante en los primeros 6 meses de vida.² Por esto, la OMS y UNICEF destacan la importancia de amamantar exclusivamente a los lactantes durante los primeros 6 meses de vida o, de ser necesario, durante los primeros cuatro meses, sin darles agua. También recomiendan empezar con la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de vida y continuar con la lactancia hasta los 2 años.³

Desde el inicio de la guerra civil en Siria en 2011, millones de sirios han huido a través de la frontera con Turquía y se han quedado allí hasta la actualidad. Según los datos de la Dirección General de Migración (General Directorate of Migration Management, GDMM) (2022), el año 2021 será el año en que el mayor número de sirios recibió protección temporal en Turquía. Según los datos más recientes, del 30 de agosto de 2022, en Turquía actualmente viven 3 685 839 de sirios.⁴ Se ha demostrado que las crisis humanitarias aumentan la mortalidad infantil entre 2 y 70 veces, incluso en poblaciones por lo demás sanas. En este tipo de situaciones, las condiciones higiénicas se deterioran, surgen problemas para obtener alimentos, las infecciones de transmisión hídrica suponen un riesgo potencial para la vida humana y las mujeres y los niños sufren efectos negativos, tanto físicos como psicológicos. Por lo tanto, la nutrición de los niños menores de 5 años está en riesgo; se está haciendo un uso incorrecto de los sucedáneos de la leche materna y se interrumpen las prácticas

de alimentación complementaria.^{5,6} En todas las situaciones de crisis y catástrofe que ocurrieron hasta el presente, se registraron patrones de desnutrición debidos a la distribución inadecuada de sucedáneos de la leche materna.⁷⁻⁹

Se destaca que los efectos positivos de la lactancia materna en estas condiciones son dos veces superiores a los efectos positivos de la lactancia materna en condiciones óptimas. Se afirma que proporcionar una nutrición adecuada a los niños de 0 a 2 años de edad puede salvar sus vidas durante las catástrofes y emergencias.¹⁰ Es necesario que los grupos afectados por catástrofes y emergencias tengan acceso a los alimentos, reciban ayuda en efectivo cuando sea necesario, reciban alimentos nutritivos especiales cuando se trata de grupos vulnerables, que los niños de 0 a 2 años de edad reciban una nutrición adecuada y equilibrada y que se prevengan y traten las carencias nutricionales, las deficiencias de micronutrientes y la desnutrición aguda. Esta información se obtuvo del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Se destaca la necesidad de proporcionar información relevante en materia de seguridad alimentaria y nutrición, así como de hacer análisis y programas.¹¹ Para lograr este objetivo, se hace hincapié en que las organizaciones no gubernamentales que participan en los estudios de apoyo a la nutrición materno-infantil deben trabajar en coordinación entre sí, que las autoridades del país y el gobierno local deben ser incluidos en las acciones, que se informe y brinde apoyo a quienes trabajan en el territorio para que determinen con precisión la situación actual y seleccionen y lleven a cabo las actividades necesarias.¹² Es importante que las autoridades del país y el gobierno local participen en las acciones. En lo que respecta a la nutrición, los grupos más desfavorecidos en tiempos de crisis y emergencia, como los que sufren los grupos de refugiados, son los bebés de 0 a 2 años de edad. El objetivo de este estudio fue comparar la lactancia materna y los factores relacionados (edad, nivel educativo, edad al momento del primer embarazo, etc.) y las prácticas de alimentación complementaria de las madres refugiadas sirias y las madres turcas nativas.

MÉTODOS

Esta investigación es un examen descriptivo y comparativo de las características nutricionales de lactantes de 9 a 60 meses de edad cuyas

madres eran turcas y refugiadas sirias. Se administró presencialmente a las madres un cuestionario en el que se les preguntaba sobre sus conocimientos y prácticas sobre la leche materna y la lactancia.

Se protegieron la identidad y la información médica de las participantes conforme a los criterios de la Declaración de Helsinki.

La muestra del estudio estuvo conformada por madres que acudieron al Hospital Público de Kızıltepe (un hospital de atención especializada para toda la población) entre enero y julio de 2022 y que cumplían los criterios de inclusión (madres turcas y sirias con hijos de 9 a 60 meses de edad que se ofrecieron como voluntarias para participar en el estudio). Los criterios de exclusión eran niños con enfermedades crónicas y niños adoptados.

Se obtuvo la aprobación del estudio del comité de ética en investigación de la Junta

de Investigación Clínica de la Mardin Artuklu Üniversitesi, bajo el número 66603. Asimismo, se protegieron la identidad y la información médica de las participantes conforme a los criterios de la Declaración de Helsinki. Antes de iniciar la recolección de datos, se obtuvieron el permiso de las oficinas administrativas y el consentimiento informado de las participantes en el estudio.

Análisis estadístico

Se usó el programa SPSS versión 24.0, de IBM, para el análisis estadístico de los datos del estudio. Se usó la prueba χ^2 para analizar la relación entre los rasgos de la categoría y los grupos. En cuanto a la estadística descriptiva, se indican la media, la desviación estándar y la mediana para las variables numéricas, y el número y el porcentaje para las categóricas. En el análisis estadístico, un valor de $p < 0,05$ se consideró significativo.

TABLA 1. Características demográficas de las participantes

Características demográficas	Turquía (n: 126)	Siria (n: 78)	p
Edad (años; media \pm DE)	27,60 \pm 5,17	28,91 \pm 5,62	0,091
Nivel educativo			
Analfabeta	20 (15,9)	48 (61,5)	<0,001
Alfabetizada	106 (84,1)	30 (38,5)	
Cantidad de hijos, media \pm DE	2,88 \pm 1,58	3,20 \pm 1,54	0,164
Edad en años al momento del primer embarazo, media \pm DE	20,30 \pm 3,15	20,76 \pm 4,18	0,366
Cantidad de residentes en el hogar, mediana (mín.-máx.)	6 (3-20)	5 (3-10)	0,011
Tabaquismo, n (%)	30 (23,8)	43 (55,1)	<0,001
Edad en meses del niño acompañado, media \pm DE	25,16 \pm 12,56	21,07 \pm 11,37	0,020
Bebés de sexo femenino, n (%)	59 (46,8)	38 (48,7)	0,793
Cantidad de hijos, mediana (mín.-máx.)	2 (1-7)	3 (1-7)	0,125
Duración en días de estancia en la unidad de cuidados intensivos, n (%)	61 (48,4)	27 (34,6)	0,053
Tipo de parto, normal, n (%)	59 (46,8)	46 (59)	0,092
Ingesta de leche materna, n (%)	115 (91,3)	66 (84,6)	0,144
Duración en meses de lactancia, mediana (mín.-máx.)	12 (0-24)	9 (0-24)	0,161
Primera toma dentro de los 30 minutos, n (%)	81 (64,3)	46 (59)	0,447
Calostro, n (%)	94 (74,6)	54 (69,2)	0,403
Momento de introducción de alimentos complementarios, meses, mediana (mín.-máx.)	6 (0-24)	6 (0-24)	0,064
Quienes recibieron educación sobre la lactancia, n (%)	30 (23,8)	4 (5,1)	0,001
Control médico durante el embarazo, n (%)	108 (85,7)	48 (61,5)	<0,001
Uso de chupete, n (%)	64 (50,8)	44 (56,4)	0,435
Uso de biberón, n (%)	65 (51,6)	48 (61,5)	0,165
Leche materna	101 (80,2)	37 (47,4)	
Agua azucarada	13 (10,3)	24 (30,8)	
Primera comida del bebé, n (%)			
Agua	2 (1,6)	0	
Alimento para bebés	10 (7,9)	17 (21,8)	<0,001
Frecuencia de alimentación regular, n (%)	81 (64,3)	43 (55,1)	0,193

RESULTADOS

Durante el período del estudio, se inscribieron 251 madres con niños de 9 a 60 meses de edad. De ellas, 32 madres (19 turcas y 13 sirias) se negaron a participar en el estudio y 15 niños tenían una enfermedad crónica. Se incluyó a 204 madres en el estudio.

En la *Tabla 1*, se indican las características demográficas de las participantes del estudio. La edad promedio de las madres turcas era $27,60 \pm 5,17$ años y de las refugiadas sirias, $28,91 \pm 5,62$ años ($p: 0,091$). En ambos grupos, en relación con el nivel educativo, se observó que el 61,5 % de las refugiadas sirias y el 15,9 % de las ciudadanas turcas eran analfabetas ($p < 0,001$).

La cantidad promedio de hijos fue mayor en las refugiadas sirias que en las ciudadanas turcas, aunque no fue una diferencia estadísticamente significativa ($3,20 \pm 1,54$ frente a $2,88 \pm 1,58$; $p: 0,164$, respectivamente). También se observó una edad similar al momento del primer embarazo en ambos grupos (turcas: $20,30 \pm 3,15$; sirias: $20,76 \pm 4,18$; $p: 0,366$). La cantidad de personas que convivían en el hogar fue significativamente mayor en el grupo de turcas que en el de refugiadas sirias (turcas: 6 [3-20], sirias: 5 [3-10], $p: 0,011$). El tabaquismo fue significativamente mayor en las ciudadanas turcas (55,1 % frente al 23,8 %, respectivamente, $p < 0,001$). La media de la edad de los niños acompañados al momento de la inscripción en el estudio era de $25,16 \pm 12,56$ meses (9-60 meses) en las ciudadanas turcas y de $21,07 \pm 11,37$ meses (9-58 meses) en las refugiadas sirias; se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos

($p: 0,020$).

La lactancia materna posparto fue del 91,3 % y la duración de la lactancia fue de 12 meses (0-24) en las ciudadanas turcas, mientras que, en las refugiadas sirias, fue del 84,6 % y 9 meses (0-24), respectivamente (consumo de leche materna, $p: 0,144$; tiempo de consumo, $p: 0,161$; sin diferencias estadísticas).

El 23,8 % de las ciudadanas turcas y el 5,1 % de las refugiadas sirias recibieron capacitación sobre la lactancia materna, con una diferencia significativa entre ambos grupos ($p: 0,001$). Además, se observó una diferencia significativa en los controles médicos durante el embarazo entre las madres turcas y las sirias, 85,7 % y 61,5 %, respectivamente ($p < 0,001$).

No se observaron diferencias entre ambos grupos en cuanto al sexo de los hijos, el tipo de parto, la hospitalización en cuidados intensivos después del parto, la lactancia en los primeros 30 minutos después del parto, la ingesta del calostro, el tiempo hasta el inicio de la alimentación complementaria, el uso de chupete, el uso de biberón y la frecuencia de la alimentación del lactante.

El primer alimento que se ofreció a los bebés fue la leche materna, con un índice alto (80,2 %), y el agua azucarada en segundo lugar (10,3 %) en las ciudadanas turcas, mientras que los índices fueron del 47,4 % y el 30,8 % en las refugiadas sirias.

En la *Figura 1*, se resumen las perspectivas de las participantes sobre sus preferencias a la hora de cambiar a la alimentación complementaria. A medida que las participantes añadieron

FIGURA 1. Opiniones de las participantes sobre sus preferencias después de cambiar a los alimentos complementarios

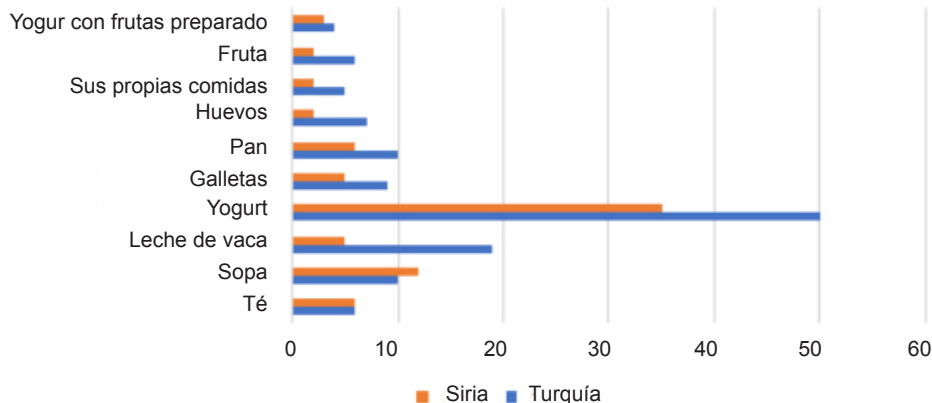


FIGURA 2. Perspectivas de las participantes acerca de la significancia de la lactancia

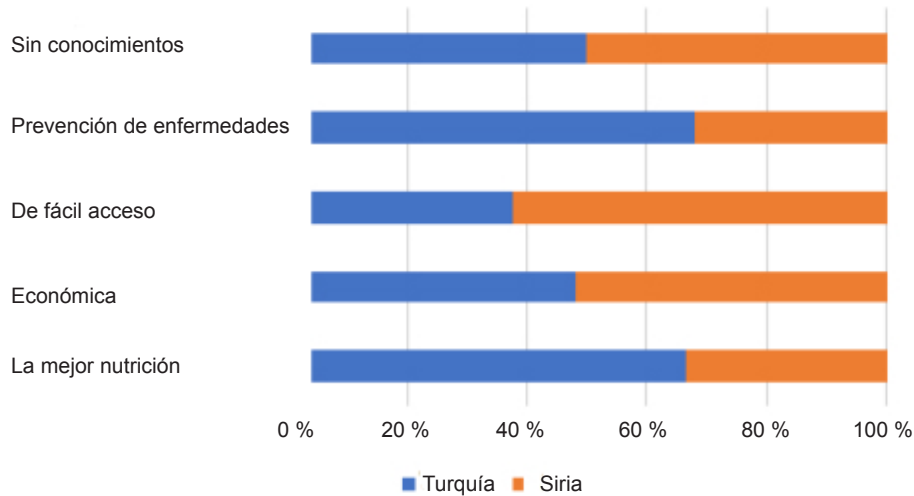
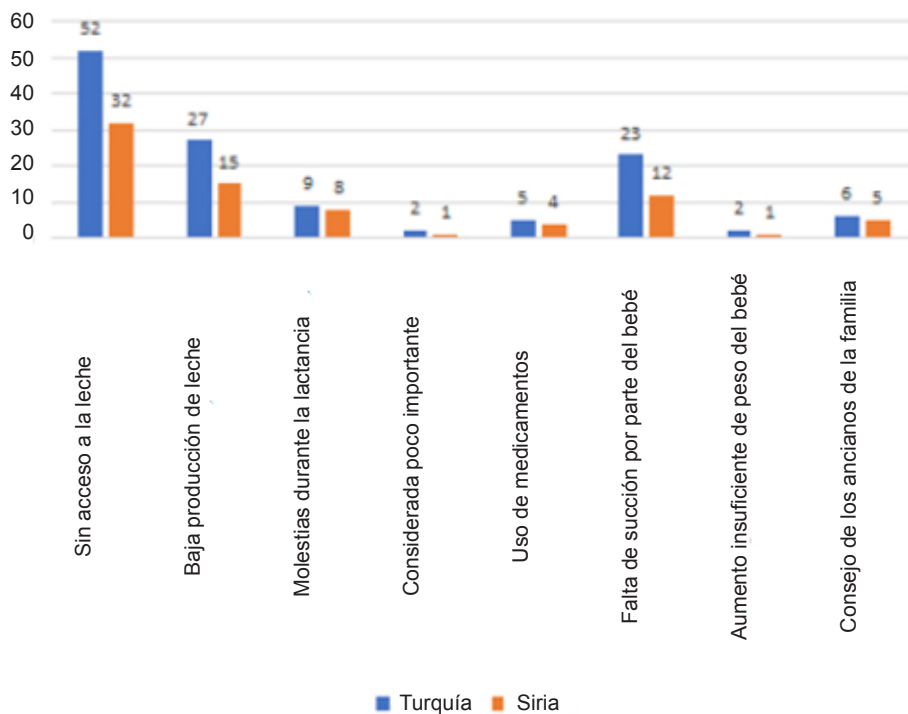


FIGURA 3. Opiniones de las participantes sobre el motivo para no amamantar



los alimentos complementarios, las ciudadanas turcas prefirieron las galletitas, la leche de vaca y la sopa.

La *Figura 2* muestra las perspectivas de las participantes acerca de la significancia de la lactancia. Según las participantes turcas, la lactancia significaba “prevención de enfermedades y una mejor nutrición”, respectivamente, mientras que las sirias dijeron que era “de más fácil acceso y económica”.

En la *Figura 3* se resumen las opiniones de las participantes sobre los motivos para no amamantar. Se determinó que las perspectivas más frecuentes de las participantes para no hacerlo eran “que no tenían leche, que la producción de leche era baja y que el bebé rechazaba el pecho”, respectivamente, según las madres turcas y las sirias.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta las prácticas en todo el mundo, 3 de cada 5 niños no son amamantados en la primera hora de vida.¹³ Los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida constituyen solo el 40 % de la población mundial.^{14,15} Mientras que dos de cada tres madres amamantan a sus bebés hasta el año de edad, la tasa de lactancia disminuye al 45 % en los primeros 2 años de vida.¹⁶

No se observaron diferencias entre ambos grupos en cuanto al sexo de los hijos, el tipo de parto, la hospitalización en cuidados intensivos después del parto, la lactancia en los primeros 30 minutos después del parto, la ingesta del calostro, el tiempo hasta el inicio de la alimentación complementaria, el uso de chupete, el uso de biberón y la frecuencia de la alimentación del lactante. La proporción de bebés sirios cuyo puntaje Z de peso corporal para la edad estaba por debajo de -2 DE se registra en el Informe de la Encuesta Demográfica y de Salud de Turquía (Turkey Demographic and Health Survey, TDHS) (2018) de la siguiente manera: 4,2 % en bebés menores de 6 meses; 6,3 % en bebés de 6-8 meses; 4,5 % en bebés de 9-11 meses; 2,7 % en bebés de 12-17 meses y 2,8 % en bebés de 18-23 meses.¹⁷ Entre los lactantes sirios, se observó que la proporción de sexo masculino con bajo peso corporal para la edad era mayor. La tasa de lactantes cuyo peso corporal para la edad era inferior a -2 DE por debajo del puntaje Z requerido para la edad era mayor en las madres con un nivel educativo bajo y un índice de masa corporal inferior a 18,5 kg/m².¹⁸ En un estudio en el que se investigaron las prácticas alimentarias de los niños de 0 a 2 años de edad en Líbano tras la crisis, a la pregunta de por qué se recurría a la leche maternizada, el 50 % de las madres afirmaron que por el estrés; el 40 %, por su limitado acceso a los alimentos y la insuficiencia de alimentos nutritivos; y el 9 %, por no encontrar el momento adecuado para amamantar. Al mismo tiempo, también se demostró que algunos motivos por los que se alimenta a los bebés con leche maternizada son el hecho de que las madres ya no puedan amamantar debido al trauma, la recomendación del médico de usar leche maternizada y el rechazo del bebé al pecho.¹⁹ En un estudio publicado en Bangladesh en 2019, se afirmaba que las madres decían que alimentaban a sus bebés con leche maternizada porque tenían

dificultades para amamantarlos, porque pensaban que la leche maternizada era beneficiosa y porque se lo recomendaban familiares, parientes o un profesional de la salud.²⁰ En estudios realizados en Etiopía y Vietnam, la tasa de administración de alimentos/bebidas distintos de la leche materna a los bebés nacidos por cesárea en los 3 primeros días después del parto fue superior a la de los bebés nacidos por parto normal.²¹

Según los datos del TDHS de 2013, mientras que la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses en Turquía fue del 30,1 %, esta tasa se registró como del 41,0 % en el informe del TDHS de 2018.^{18,22} En un estudio llevado a cabo en madres sirias en Şanlıurfa, se informó que la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses era del 53,6 %.²³ En el estudio de Yüzgüllü y col., se observó que la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses era del 37 % en los niños turcos.²⁴ A escala mundial, las regiones con la tasa más baja de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes son Asia Oriental y el Pacífico, con un 29 %, seguidas de África Oriental y Septentrional, con un 31 %.²⁵ Según una encuesta de UNICEF, durante los primeros 6 meses de vida, el 57 % de los lactantes de la India, el 74 % de los de Bagdad y el 75 % de los de Nigeria e Indonesia fueron amamantados exclusivamente.²⁶ Solo el 32,91 % de las madres de este estudio amamantaron exclusivamente a sus hijos durante los primeros 6 meses. Aunque el 98,89 % de los lactantes tomaron leche materna en algún momento de su vida, aproximadamente solo el 12 % de ellos reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. El primer alimento que se ofreció a los bebés fue la leche materna, con un índice alto (80,2 %), y el agua azucarada en segundo lugar (10,3 %) en las ciudadanas turcas, mientras que los índices fueron del 47,4 % y el 30,8 % en las refugiadas sirias.

Según los datos del TDHS de Turquía de 2018, el 74 % de los niños de entre 6 y 23 meses de edad consume queso, el 73 % consume yogur, el 74 % consume frutas y el 77 %, verduras. La carne, el pescado y las aves son los alimentos que menos consumen los niños de 6 a 23 meses de edad.¹⁸ En una encuesta realizada con grupos de personas sirias, el 81,9 % de los bebés mayores de 5 meses consumía un alimento del grupo del pan y los cereales; el 84,1 %, un alimento de la categoría de los lácteos; el 30,4 %, carne, aves o pescado; el 34 %, legumbres y

oleaginosas y el 56,4 %, huevos.²⁷ Los alimentos más apreciados por las madres turcas en este estudio fueron las galletas, el yogur, la leche de vaca y el pan; en cambio, los alimentos más apreciados por las madres sirias fueron las galletas, la leche de vaca y la sopa.

Incluso en sociedades sanas, en la experiencia mundial se ha demostrado que la mortalidad infantil se multiplica entre 2 y 70 veces en condiciones de crisis humanitarias. En estas situaciones, las condiciones sanitarias se deterioran, surgen problemas de acceso a los alimentos, las infecciones de transmisión hídrica pueden ser potencialmente mortales, las mujeres y los niños sufren graves consecuencias físicas y psicológicas y, por lo tanto, la nutrición de los niños de 0 a 2 años de edad está en peligro.⁵ Se menciona que proporcionar una nutrición adecuada a los niños de 0 a 2 años de edad puede salvar sus vidas durante las catástrofes y emergencias; los efectos favorables de la lactancia en estas situaciones son dos veces mayores que en condiciones óptimas.¹⁰ Aunque la administración de leche maternizada a los lactantes de 0 a 2 años de edad puede parecer una solución, debe usarse solamente como último recurso.⁵ En este estudio, se estableció que las opiniones de las participantes sobre la importancia de la lactancia materna son principalmente la “prevención de enfermedades y una nutrición óptima”, mientras que las refugiadas sirias la consideran “de fácil acceso y económica”.

CONCLUSIONES

Se debe hacer más para fomentar la concientización de las madres sobre temas como la nutrición durante el embarazo y la lactancia, la nutrición y la diversidad de alimentos en los niños pequeños y cómo mejorar los comportamientos en las comunidades de refugiados y en la comunidad local. Como formas de ayuda, se ofrece a las madres terapia individual y asesoramiento grupal. Para identificar las barreras que impiden una nutrición adecuada y equilibrada, prácticas adecuadas de lactancia materna, lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y prácticas adecuadas de alimentación complementaria y para tomar medidas correctas y eficaces, es necesario ampliar los conocimientos sobre la alimentación en las personas refugiadas y en los grupos locales y llevar a cabo estudios de campo prácticos. ■

Agradecimientos

Los autores quisieran agradecer al supervisor del área de hospitalización pediátrica, el enfermero Murat Çetin, por su apoyo con la investigación. Los autores también quisieran agradecer a todas las participantes que aceptaron ser parte del estudio.

REFERENCIAS

1. World Bank. Repositioning nutrition as central to development: a strategy for large-scale action. Washington DC: The World Bank; 2006.
2. United Nations Children's Fund. Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period. NICEF Programming Guidance. New York: UNICEF, 2020. [Fecha de acceso: 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/93981/file/Complementary-Feeding-Guidance-2020.pdf>
3. World Health Organization. Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2009.
4. T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı. Geçici korumamız altındaki Suriyeliler. Ankara, 2022. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2022] Disponible en: <https://www.goc.gov.tr/gecici-korumamiz-altindaki-suriyeliler>
5. ACF (Action Contre la Faim) International. Infant and young child feeding in emergencies. 2015. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.actionagainsthunger.org/app/uploads/2022/09/ACF_IYCF-E_Position_Paper_Final.pdf
6. United Nations High Commissioner for Refugees, United Nations Children's Fund, World Food Programme, World Health Organization. Food and nutrition needs in emergencies. 2002. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2022] Disponible en: <https://fscluster.org/sites/default/files/documents/foodnutrition.pdf>
7. Anderson FW, Morton SU, Naik S, Gebrian B. Maternal mortality and the consequences on infant and child survival in rural Haiti. *Matern Child Health J.* 2007;11(4):395-401.
8. DeYoung S, Suji M, Southall G. Maternal perceptions of infant feeding and health in the context of the 2015 Nepal earthquake. *J Hum Lact.* 2018;34(2):242-52.
9. Shaker-Berbari L, Ghattas H, Symon AG, Anderson AS. Infant and young child feeding in emergencies: organizational policies and activities during the refugee crisis in Lebanon. *Matern Child Nutr.* 2017;14(3):e12576.
10. World Health Organization. Infant and young child feeding in emergencies: operational guidance for emergency relief staff and programme managers. 2017. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2022] Disponible en: <https://www.unhcr.org/media/infant-and-young-child-feeding-emergencies-operational-guidance-emergency-relief-staff-and>
11. UNHCR. Global Strategy for Public Health: A UNHCR Strategy 2014-2018. [Fecha de acceso: 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.unhcr.org/media/global-strategy-public-health-unhcr-strategy-2014-2018-public-health-hiv-and-reproductive>
12. UNHCR (United Nations Refugee Agency), Save the Children. Infant and young child feeding in refugee situations: a multi-sectoral framework for action. 2018. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2022] Disponible en: <https://www.unhcr.org/media/infant-and-young-child-feeding-refugee-situations-multi-sectoral-framework-action>
13. World Health Organization. 3 in 5 babies not breastfed in the first hour of life. [Fecha de acceso: 11 de octubre

- de 2022] Disponible en: <https://www.who.int/news-room/detail/31-07-2018-3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life>
14. World Health Organization. Infant and young child feeding. 2021. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2022] Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 15. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*. 2003;361(9376):2226-34.
 16. Emergency Nutrition Network. Maternal nutrition in emergencies: summary of the state of play, key gaps and recommendations. 2013. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2022] Disponible en: <https://www.enonline.net/attachments/1429/maternal-nutrition-technical-paper-final.pdf>
 17. Medecins Sans Frontieres. International Activity Report. 2019. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.msf.org/international-activity-report-2019>
 18. Türkiye Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik; 2018. [Fecha de acceso: 12 de julio de 2023]. Disponible en: www.hips.hacettepe.edu.tr
 19. Hwalla N, Naja F, Fossian T, Zebian D, Nasreddine L. Infant feeding practices and challenges: A pilot-study in Lebanon. *FASEB J*. 2013;27(S 1):1060.5.
 20. Rahman A, Akter F. Reasons for formula feeding among rural Bangladeshi mothers: a qualitative exploration. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211761.
 21. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding; a guide for the medical profession. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.
 22. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması. Ankara, Türkiye: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK; 2015. [Fecha de acceso: 13 de julio de 2023]; Disponible en: <https://www.openaccess.hacettepe.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11655/23342/ilerianaliz.pdf?sequence=1>
 23. Karuç S. Suriyeli sığınmacı annelerin 0-2 yaş grubu çocuklarının beslenme özelliklerinin incelenmesi. [Tesis de maestría]. Şanlıurfa: Harran University; 2019. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2022] Disponible en: <http://acikerisim.harran.edu.tr:8080/jspui/bitstream/11513/2430/1/618384.pdf>
 24. Yüzügüllü DA, Aytaç N, Akbaba M. Annelerin ilk altı ay sadece anne sütü verme durumlarına etki eden etmenlerin incelenmesi. *Türk Pediatri Ars*. 2018;53(2):96-104.
 25. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2019: Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world. New York: UNICEF, 2019. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2022] Disponible en: <https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children-2019>
 26. United Nations Children's Fund. Progress for Children: Achieving the MDGs with equity. New York: UNICEF, 2010. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2022] Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/progress-for-children-achieving-the-mdgs-with-equity-number-9-september-2010/>
 27. United Nations Children's Fund, United States Agency for International Development. Report on the knowledge, attitudes and practices (KAP) survey: Infant and young child feeding (IYCF). Aleppo, Idlib and Hama governorates, Syria 2017. [Fecha de acceso: 11 de octubre de 2022] Disponible en: <https://www.humanitarianresponse.info/ru/operations/whole-of-syria/document/report-knowledge-attitudes-and-practices-kap-survey-infant-and>