



Impacto del confinamiento por COVID-19 en la duración y prácticas de la lactancia materna en mujeres lactantes de la Ciudad de México

Impact of COVID-19 confinement on the duration and practices of breastfeeding in lactating women in Mexico City

Perla Desiree Hernández Alcántara,^{*,‡} Ramón Peñaloza Aguilar,[§]
Lázaro Morales Reyes,[¶] Alberto Orozco Gutiérrez^{*,‡}

Citar como: Hernández APD, Peñaloza AR, Morales RL, Orozco GA. Impacto del confinamiento por COVID-19 en la duración y prácticas de la lactancia materna en mujeres lactantes de la Ciudad de México. Acta Med GA. 2024; 22 (4): 275-280. <https://dx.doi.org/10.35366/117515>

Resumen

Introducción: existen pruebas sólidas que respaldan la promoción de la lactancia materna, el contacto piel a piel, el alojamiento conjunto y el respaldo comunitario para lograr una lactancia materna exitosa. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto en estos aspectos. El objetivo de este estudio fue describir el efecto de la pandemia en la duración y las prácticas de lactancia materna en mujeres lactantes. **Material y métodos:** se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal y analítico mediante un cuestionario en línea entre junio a diciembre de 2022. **Resultados:** se analizaron 328 cuestionarios de madres lactantes. La duración más común de la lactancia fue de 13 a 24 meses, seguida de 25 meses y 1 a 3 meses. El 57.6% de las madres informaron dificultades en el proceso de lactancia, y el 7.91% señaló complicaciones en sus bebés relacionadas con la lactancia. El 71.62% de las madres recibió apoyo de diversas fuentes, y la duración promedio de la lactancia en este grupo fue de 12.32 meses. **Conclusión:** este estudio revela un aumento significativo en la duración de la lactancia materna durante la pandemia en esta población.

Palabras clave: COVID-19, lactancia materna, lactancia materna mixta, cuidado postparto, cuidado postnatal.

Abstract

Introduction: substantial evidence supports breastfeeding promotion, skin-to-skin contact, rooming-in, and community support for successful breastfeeding. However, the COVID-19 pandemic has had an impact on these aspects. This study aimed to describe the pandemic's effect on the duration and practices of breastfeeding in lactating women. **Material and methods:** a cross-sectional observational and analytical study was conducted using an online questionnaire between June to December 2022. **Results:** 328 questionnaires from breastfeeding mothers were analyzed. The most common duration of breastfeeding was 13 to 24 months, followed by 25 months and 1 to 3 months. 57.6% of mothers reported difficulties in the breastfeeding process, and 7.91% reported complications in their babies related to breastfeeding. 71.62% of mothers received support from various sources, and the average duration of breastfeeding in this group was 12.32 months. **Conclusion:** this study reveals a significant increase in the duration of breastfeeding during the pandemic in this population.

Keywords: COVID-19, breastfeeding, mixed breastfeeding, postpartum care, postnatal care.

* Departamento de Neonatología. Hospital Angeles Pedregal. Ciudad de México.

‡ Curso de Subespecialización en Neonatología. Facultad Mexicana de Medicina. Universidad La Salle. Ciudad de México.

§ Departamento de Pediatría. Hospital Angeles Pedregal. Ciudad de México.

¶ Departamento de Estadística e Informática. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. México.

Correspondencia:

Dra. Perla Desiree Hernández Alcántara
Correo electrónico: perladesireehdz@gmail.com

Aceptado: 30-11-2023.

www.medigraphic.com/actamedica



Abreviaturas:

COVID-19 = enfermedad por coronavirus 2019 (*coronavirus disease 2019*).

ENSANUT = Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

LM = lactancia materna.

LME = lactancia materna exclusiva.

SARS-CoV-2 = síndrome respiratorio agudo grave por coronavirus 2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*).

INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró la emergencia sanitaria mundial como una pandemia debido al coronavirus 2019 (COVID-19). El primer caso de COVID-19 se detectó en México el 27 de febrero de 2020. El 30 de abril, 64 días después de este primer diagnóstico, el número de pacientes aumentó exponencialmente, alcanzando un total de 19,224 casos confirmados y 1,859 (9.67%) fallecidos.^{1,2}

La pandemia causada por COVID-19 ha afectado a todas las dimensiones de la atención en salud, entre ellas el aseguramiento de la lactancia materna exclusiva y su promoción. En México, de acuerdo con el análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) Continua 2021 y 2022 en mujeres de 14-59 años y sus hijos/as menores de 24 meses, el 33.6% de niñas y niños menores a seis meses recibió lactancia materna exclusiva (LME). El 27.2% de niñas y niños menores a 24 meses no recibió LME durante los primeros tres días de vida y fue alimentado con fórmula comercial infantil u otro líquido.³

A pesar de la escasa información publicada desde su inicio, sobre la transmisión vertical materno-infantil a través de la leche materna, en múltiples países se vieron afectadas las prácticas que favorecen inicialmente la lactancia materna (LM) al no contar con pruebas maternas negativas de COVID-19. Más adelante se demostró que no existe evidencia que revele la presencia de SARS-CoV-2 en muestras de leche materna, siendo sometidas a análisis con técnicas de qRT-PCR para SARS-CoV-2 sin éxito.⁴⁻⁶ No obstante, existen reportes de anticuerpos maternos (80% de ellas y en altas concentraciones) y hasta por seis meses, anti-SARS-CoV-2 (IgA) en madres previamente infectadas con el coronavirus; por tanto, es imperativo considerar que este tipo de transmisión no se produce. En consecuencia, la LM debe iniciarse precozmente ya que los beneficios de la leche materna superan el riesgo de amamantar en pandemia por COVID-19, y en caso de sospecha o infección materna debe incluirse medidas generales para evitar contagiar al infante. Sólo en caso de cuadros clínicos severos en la madre se recomienda la alimentación con leche materna de forma indirecta, la LM no debe suspenderse, la madre y su bebé no deben

separarse, no debe interrumpirse el contacto piel con piel y la lactancia debe iniciarse lo antes posible.⁷⁻¹¹

De acuerdo con datos recopilados, se estima que alrededor del mundo, anualmente 78 millones de recién nacidos no reciben amamantamiento en la primera hora; en Latinoamérica el 38% de los niños tuvieron LME hasta los seis meses. Comparativamente un estudio global en donde analizaron los comportamientos de la LME en 194 países, el 40% la recibieron, de estos sólo 23 países reportaron índices de LME por sobre el 60%, siendo Bolivia, Burundi y Cabo Verde los más beneficiados.¹² La pandemia de COVID-19 nos mostró cómo los enfoques para la formulación de políticas, ya sea en el contexto de COVID-19 u otras enfermedades infecciosas, deben considerar el equilibrio total de riesgos.¹³

MATERIAL Y MÉTODOS

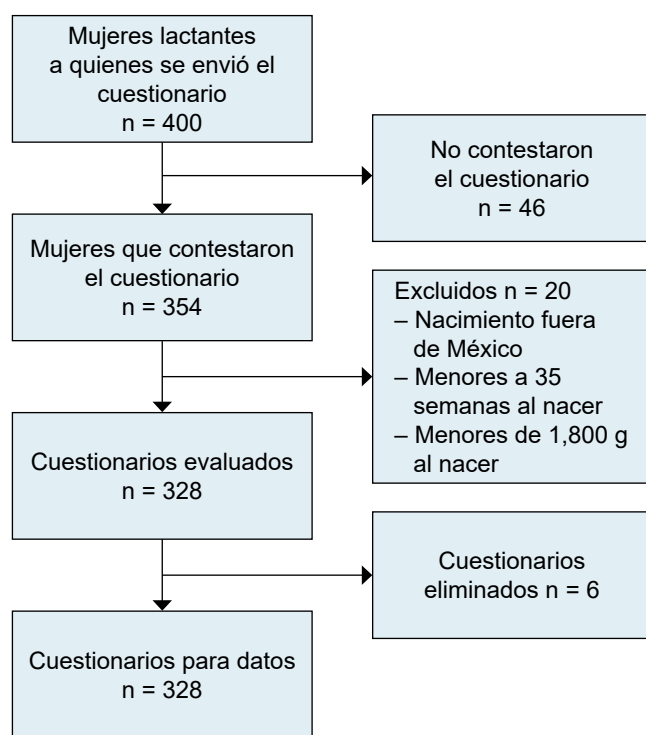
Estudio observacional de corte transversal y analítico efectuado a partir de un cuestionario en línea a madres lactantes de niños con edad de 12 a 24 meses, que se atendieron en la consulta privada de Hospital Angeles Pedregal. Debido a la pandemia, los cuestionarios se enviaron a los correos electrónicos, a las madres que acudieron al consultorio entre junio a diciembre de 2022. El cuestionario contiene una sección para información demográfica y datos generales; prácticas de lactancia en el hospital de atención y prácticas de lactancia en casa. Las preguntas del cuestionario fueron formuladas después de la revisión de la literatura en cuanto a las recomendación e indicadores de lactancia materna. Antes de su aplicación y llevar a cabo estudio piloto, el cuestionario fue validado en cuanto a su contenido a través de juicio y expertos, quienes determinaron la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia del cuestionario construido. La información se trasladó a una base de datos en Excel y posteriormente se analizaron con el programa SPSSv25. Se utilizaron pruebas estadísticas como χ^2 y la prueba t de Student para una muestra. La investigación fue aprobada por los comités de ética e investigación del Hospital Angeles Pedregal.

RESULTADOS

Se incluyeron 328 cuestionarios para el análisis de datos (*Figura 1 y Tabla 1*).

El 59% de las madres mencionó haber tenido contacto piel con piel como parte de las prácticas hospitalarias de lactancia, el 50.55% ofreció lactancia en la primera hora de vida, practicar el alojamiento conjunto 64.87% y supervisión de técnica de lactancia 63.95%. Respecto al tipo de alimentación, se ofreció seno materno exclusivo en 28.34%, alimentación mixta en 61.54% y sólo un

Figura 1: Se muestra el diagrama STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational studies, in Epidemiology*).¹⁴ Se enviaron 400 cuestionarios y finalmente se analizaron 328.



10.04% fórmula infantil de manera exclusiva. En 57.6% presentaron complicaciones para lactar en casa, 56.08% complicaciones maternas y 7.91% complicaciones en los recién nacidos. Las complicaciones reportadas en los recién nacidos fueron deshidratación y pérdida de peso (sin requerir hospitalización), 17 y cinco ameritaron manejo hospitalario en la primera semana de vida. El 71.62% manifestó recibir apoyo de varias fuentes (médico pediatra, ginecólogo, familia, asesoras en lactancia, o internet y redes sociales). De las mujeres que trabajaban, el 39.92% respondió contar con normatividad laboral que apoya la lactancia materna (Tabla 2).

El periodo de lactancia más común abarcó desde 13 hasta 24 meses, representando 34.1% de las muestras. El segundo periodo fue de 25 meses o más, con 17.7%, seguido por un tercer periodo de lactancia más común que osciló entre uno y tres meses, que representó 17.4% del total (Figura 2).

Para el análisis de la medida de asociación entre variables, se empleó la prueba de χ^2 , agrupándose los datos en tres categorías, 0-6 meses (31.7%), 7-11 meses (16.5%) y 12-25 meses (51.8%) para cada categoría. Por último, se realizó una comparación estadística de la media de 3.28 meses, reportado en la literatura antes de la pandemia, realizándose una prueba t de Student para una muestra,

con un valor de t de 20.96 con 327 grados de libertad, resultando una $p < 0.000$. La media resultante fue de 12.32 meses, lo que indica que, en promedio, las mujeres encuestadas informaron una duración de la lactancia materna de 12.32 meses. Esto sugiere que la pandemia tuvo un impacto positivo en la duración promedio de la lactancia para esta población.

En la correlación entre la duración de la LM y el tipo de alimentación proporcionada al lactante se obtuvo significancia estadística ($p < 0.005$). De 0 a 6 meses: el mayor porcentaje de lactantes recibieron alimentación mixta, con un total de 202, con fórmula infantil 33 y seno materno exclusivo 93. En el análisis comparativo de la duración de la LM durante el periodo de confinamiento con la presencia de dificultades en el entorno doméstico para la lactancia, se identificó significancia estadística (p

Tabla 1: Características sociodemográficas. N = 328.

Edad, (años)	n (%)
< 20	4 (1.2)
20 a 29	45 (13.7)
30 a 39	197 (60.1)
40 a 49	82 (25.0)
Escolaridad	
Secundaria	8 (2.4)
Preparatoria	27 (8.3)
Licenciatura	121 (36.9)
Maestría	172 (52.4)
Estado civil	
Soltera	31 (9.4)
Casada	201 (61.3)
Unión libre	96 (29.3)
Ocupación	
Hogar o trabajo no remunerado	61 (18.6)
Trabaja desde casa	72 (22.0)
Trabaja fuera de casa	195 (59.4)
Número de hijos	
1	161 (49.1)
2	142 (43.3)
3	23 (7.0)
4	2 (0.6)
Hospital de nacimiento	
Hospital privado	242 (73.5)
IMSS	44 (13.4)
ISSSTE	14 (4.3)
SSA	20 (6.1)
Otros	9 (2.7)

IMSS = Instituto Mexicano del Seguro Social. ISSSTE = Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. SSA = Secretaría de Salud.

Tabla 2: Prácticas de lactancia frente a la duración de la lactancia materna. N = 328.

	0-6 meses n (%)	7-11 meses n (%)	> 12 meses n (%)	%	p*
Hospitalarias					
Contacto piel con piel	53 (16.1)	33 (10.0)	108 (32.9)	59.0	4.321
Lactancia en la primera hora de vida	52 (15.8)	29 (8.84)	85 (25.91)	50.55	0.323
Alojamiento conjunto	63 (19.2)	33 (10.0)	117 (35.67)	64.87	2.585
Supervisión de técnica de lactancia materna	64 (19.5)	31 (9.45)	115 (35.0)	63.95	2.494
Tipo de alimentación					0.000
Seno materno exclusivo	17 (5.18)	10 (3.04)	66 (20.12)	28.34	
Alimentación mixta	69 (21.0)	37 (11.28)	96 (29.26)	61.54	
Fórmula infantil únicamente	18 (5.48)	7 (2.13)	8 (2.43)	10.04	
En casa					
Dificultades en casa para dar lactancia materna	70 (21.34)	31 (9.45)	85 (25.91)	56.7	0.019
Complicaciones en la madre	65 (19.81)	32 (9.75)	87 (26.52)	56.08	3.620
Complicaciones en el bebé	5 (1.52)	5 (1.52)	16 (4.87)	7.91	8.161
Apoyo para continuar con lactancia materna	53 (16.15)	43 (13.1)	139 (42.37)	71.62	0.050
Normatividad de lactancia en el trabajo	34 (10.36)	22 (6.7)	75 (22.86)	39.92	5.062

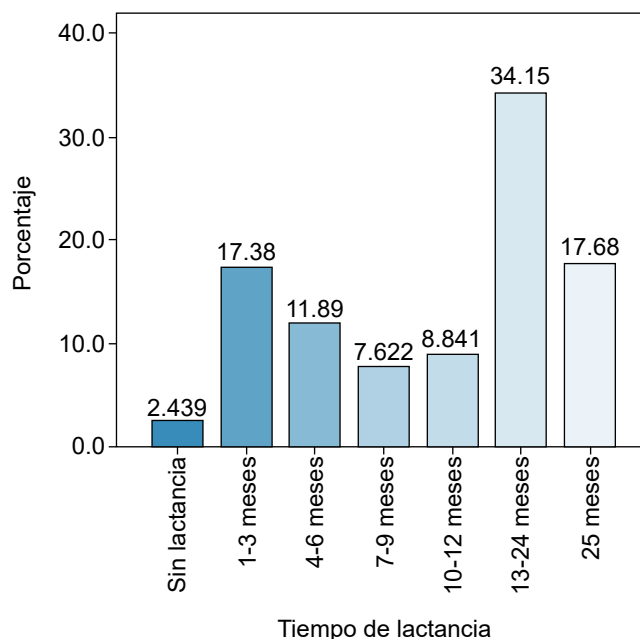
* Prueba de χ^2 .

< 0.005). A pesar de que cerca de 43% de las madres lactantes refirieron no presentar dificultades, por lo menos 57% sí las presentó. Al analizar la duración de la LM con el apoyo que recibieron durante el periodo de confinamiento, también se encontró significancia estadística ($p < 0.005$) (Tabla 2). Es importante destacar que el análisis comparativo no permite establecer una relación causal directa entre estas correlaciones.

DISCUSIÓN

Los resultados de este análisis indican que la prevalencia de la LM en menores de seis meses mostró una tendencia al aumento, pasando de 28.6% en 2018-2019 según la ENSANUT previa a la pandemia, a 31.7%, y alcanzando 33.6% en la última encuesta de ENSANUT 2021-2022.³ Sin embargo, sigue estando por debajo de las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud.¹⁵ Este incremento puede deberse a un efecto positivo de la pandemia por COVID-19. A pesar de la incertidumbre inicial sobre la transmisión vertical del COVID-19, existía evidencia de que la leche de las madres infectadas con el SARS-CoV-2 contiene anticuerpos IgA que protegen contra la enfermedad. Aunque este estudio no profundizó en la razón por la que las madres eligen la LM en medio de riesgos percibidos.¹⁶

En un estudio realizado por Ceulemans y colaboradores, con una muestra de 3,823 lactantes, el 53% fue

Figura 2: Duración de la lactancia materna en mujeres lactantes de la Ciudad de México durante la pandemia por COVID-19.

alimentado exclusivamente con LM. El 91% de las madres informó que la alimentación de sus hijos no se vio alterada por la pandemia; sin embargo, 82% de las madres que modificaron la alimentación señalaron aumento en la

frecuencia de tomas debido a las restricciones de confinamiento y al deseo materno de protección inmunológica frente al COVID-19. Además, 55% consideró prolongar el periodo de LM debido a la pandemia.¹ Hull y asociados realizaron una encuesta en Australia y encontraron que 48% de las madres consideraban la leche materna como fuente de protección inmunológica y que la mayoría de las preocupaciones no estaban relacionadas directamente con el COVID-19. Estas preocupaciones incluían problemas comunes como la baja producción de leche en relación con el peso del recién nacido, dolor en los senos y pezones, y mastitis.¹⁶

En cuanto a las prácticas de LM, se observó que al menos 60% de las madres llevaron a cabo el contacto piel con piel, el alojamiento conjunto y la supervisión de la técnica de LM. Sin embargo, se detectó que solamente la mitad de las madres proporcionó lactancia materna en la primera hora de vida. Esto podría estar relacionado con el hecho de que la mayoría de las madres recibieron atención en hospitales privados y, en un principio, los protocolos de atención obstétrica no estaban bien establecidos. Esta disminución en la práctica de la LM en la llamada 'hora dorada' sigue siendo un aspecto relevante.¹⁷ El porcentaje observado es inferior al 58% informado en América Latina, pero se asemeja a las cifras reportadas en África (50%) y es significativamente menor que lo registrado en Europa del Este (36%).¹⁸

Aunque el confinamiento en sí no se relacionó estadísticamente con incremento en la duración de la LM, Brown y Shenker identificaron que el aumento del tiempo disponible para concentrarse en la alimentación del recién nacido resultó especialmente útil en casos de problemas con el agarre. Además, la reducción en el número de visitas familiares limitó los comentarios y comentarios no deseados, lo que permitió una mayor privacidad. La presencia de la pareja en casa durante el confinamiento también facilitó una distribución equitativa de las responsabilidades de cuidado y fortaleció el vínculo entre la pareja y el bebé. A través de este apoyo, se difundió información sobre los beneficios de la lactancia y la seguridad de ofrecerla, lo que influyó en el mantenimiento de la LM.¹⁹ En otro estudio realizado por Vázquez y colegas, la pareja fue la principal fuente de apoyo para la lactancia materna (60%), seguida por los profesionales de la salud (50%), grupos de apoyo en línea (47%), familiares y amigos (37%), y otros grupos de apoyo o asociaciones (32%). La pareja se destacó como la persona más influyente (38%), seguida de los profesionales de la salud y los grupos en línea (20%).²⁰

Aproximadamente 56.7% de las madres reportaron dificultades para amamantar en casa, y 27 de ellas tuvieron que suspender la lactancia definitivamente antes del primer mes. Las complicaciones maternas asociadas

a la LM incluyeron pezones dolorosos, fisuras, grietas y mastitis. Los pezones planos se mencionaron como una causa que dificultó la lactancia.²¹ Una revisión sistemática realizada por Gavine y su grupo señaló que, en las primeras seis semanas, las madres a menudo abandonan la lactancia debido a molestias, fatiga o preocupaciones sobre la baja producción de leche. Este periodo es especialmente vulnerable para las madres, ya que puede influir en su decisión de buscar apoyo o abandonar la lactancia. También se enfrentan a nuevos desafíos al incorporarse al trabajo, incluso durante la pandemia.²² El estudio de Ceulemans y su equipo evidenció que 12% de las mujeres que abandonaron la LME en el primer mes lo hicieron debido a las consecuencias del confinamiento, como el aumento de las responsabilidades de cuidado de los niños o la carga de trabajo. En relación con la vida laboral, el estudio de Lambelet y colaboradores señaló que 28.8% de las mujeres encuestadas experimentaron un impacto positivo debido a la reducción del estrés laboral, la eliminación de la necesidad de desplazarse al lugar de trabajo, lo que resultó en una disminución de la fatiga y más tiempo para descansar en casa.²³

Respecto al tipo de alimentación para los bebés, se puede concluir que la alimentación mixta fue la opción más común en los tres grupos de edad considerados, con un total de 202 lactantes. El número de lactantes que recibieron alimentación con fórmula exclusivamente fue menor, con un total de 33. Por otro lado, el número de lactantes que recibieron LME en cada grupo de edad fue mayor en el grupo de 0 a 6 meses, con 104. Un estudio comparativo realizado por Latorre y asociados mostró que las tasas de LME disminuyeron durante el confinamiento en el primer mes de vida (de 81.4% previo a la pandemia a 54.4%) y a los tres meses (de 74.2 a 32.8%). En la encuesta realizada por Brown y Shenker, 58.6% de las madres amamantaban exclusivamente, en comparación con 22.5% que practicaba la alimentación mixta y 18.9% que abandonó la LM. Los resultados indican que la edad media de abandono de la LM es a las 3.15 semanas, aunque a partir de las 2.79 semanas se introdujeron fórmulas comerciales.²⁴

Este estudio demostró que las madres que recibieron supervisión durante la lactancia amamantaron durante más tiempo. La supervisión de la lactancia es fundamental, ya que garantiza no sólo el adecuado agarre del bebé al seno materno, sino que también brinda seguridad a la madre al estar capacitada e informada sobre la alimentación adecuada de su hijo. Brown y Shenker informaron que la falta de apoyo presencial de profesionales de la salud cuando surgían problemas con LM a menudo resultaba en un abandono temprano de la LM o la complementación con fórmula infantil.¹⁹

CONCLUSIONES

Este estudio revela un aumento significativo en la duración de la lactancia materna durante la pandemia en esta población.

REFERENCIAS

1. Ceulemans M, Verbakel JY, Calsteren KV et al. SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 pandemic in pregnancy and breastfeeding: results from an observational study in primary care in Belgium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17: 6766.
2. Suárez V, Suarez Quezada M, Oros Ruiz S, Ronquillo De Jesús E. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020 [Epidemiology of COVID-19 in Mexico: from the 27th of February to the 30th of April 2020]. *Rev Clin Esp*. 2020; 220 (8): 463-471.
3. González-Castell LD, Unar-Munguía M, Quezada-Sánchez AD, Bonvecchio-Arenas A, Rivera-Dommarco J. Breastfeeding and complementary feeding practices in Mexico: results from Ensanut 2018-19. *Salud Publica Mex*. 2020; 62 (6): 704-713.
4. Kunjumon B, Wachtel EV, Lumba R et al. Breast Milk and Breastfeeding of infants born to SARS-CoV-2 positive mothers: a prospective observational cohort study. *Am J Perinatol*. 2021; (38): 1209-1216.
5. Bartick MC, Valdés V, Giusti A et al. Maternal and infant outcomes associated with maternity practices related to COVID-19: the COVID mothers study. *Breastfeed Med*. 2021; 16: 189-199.
6. Chen H, Guo J, Wang C et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020; 395 (10226): 809-815.
7. Schwartz D. An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. *Arch Pathol Lab Med*. 2020; 144 (7): 799-805.
8. De Rose D, Piersigilli F, Ronchetti M et al. Study group of neonatal infectious diseases of the Italian Society of Neonatology (SIN). Novel Coronavirus disease (COVID-19) in newborns and infants: what we know so far. *Ital J Pediatr*. 2020; 46 (1): 56.
9. Lubbe W, Botha E, Niela-Vilen, Reimers P. Breastfeeding during the COVID-19 pandemic - a literature review for clinical practice. *Int Breastfeed J*. 2020; 15: 2-9.
10. Yang P, Wang X, Liu P et al. Clinical characteristics and risk assessment of newborns born to mothers with COVID-19. *J Clin Virol*. 2020; 15 (82): 11.
11. Rollins N, Minckas N, Jehan N et al. A public health approach for deciding policy on infant feeding and mother-infant contact in the context of COVID-19. *Lancet Glob Health*. 2021; 9 (4): 552-557.
12. Rodríguez GI, Strivens VH, Cano AI et al. Breastfeeding experiences during the COVID-19 pandemic in Spain: a qualitative study. *Int Breastfeed J*. 2022; 17 (1): 11.
13. Muñoz AB, Pallás CR, Hernández AT. Good practices in perinatal care and breastfeeding protection during the first wave of the COVID-19 pandemic: a national situation analysis among BFHI maternity hospitals in Spain. *Int Breastfeed J*. 2021; 28 (16): 66.
14. Eggerb M. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gac Sanit*. 2009; 23 (2): 158.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Metas mundiales de nutrición 2025.
16. Hull N, Kam RL, Gribble KD. Providing breastfeeding support during the COVID 19 pandemic: concerns of mothers who contacted the Australian Breastfeeding Association. *Breastfeed Rev*. 2020; (28): 25-35.
17. Merewood A, Davanzo R, Haas-Kogan MC. Breastfeeding supportive practices in European hospitals during the COVID-19 pandemic. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022; 35 (25): 8514-8520.
18. Oblitas GA, Herrera O, Flores C. Lactancia materna exclusiva en Latinoamérica: una revisión sistemática. *Revista de Investigación en Salud*. 2022; 15 (5): 874-888.
19. Brown A, Shenker N. Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. *Matern Child Nutr*. 2021; 17 (1): 13088.
20. Vazquez-Vazquez A, Dib S, Rougeaux E, Wells JC, Fewtrell MS. The impact of the Covid-19 lockdown on the experiences and feeding practices of new mothers in the UK: Preliminary data from the COVID-19 New Mum Study. *Appetite*. 2021; (1): 156.
21. Agrina A, Afandi Dedi, Suyando S, Helina S, Pramita D, Safira N. Analysis of supporting factors associated with exclusive breastfeeding practice in the urban setting during the Covid-19 Pandemic. *MPDI Children*. 2022; (9): 1074.
22. Gavine A, Marshall J, Buchanan P et al. Remote provision of breastfeeding support and education: systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr*. 2021; (18): 13296.
23. Latorre G, Martinelli D, Guida P, Masi E, De Benedictis R, Maggio L. Impact of COVID-19 pandemic lockdown on exclusive breastfeeding in non-infected mothers. *Int Breastfeed J*. 2021; (16): 36.
24. Shuman CJ, Morgan ME, Chiangong J et al. "Mourning the experience of what should have been": experiences of peripartum women during the COVID-19 pandemic. *Matern Child Health J*. 2022; 26: 102-109.