



Universitat
de les Illes Balears

Experiencia de lactancia materna de padres y madres de prematuros durante la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos y medios neonatales.

Laura Capitán Moyano

Memoria del Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Investigación en Salud y Calidad de Vida
(Especialidad/Itinerario Generalista)

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2018-2019

Fecha: junio de 2019

Nombre Tutor del Trabajo: Cristina Moreno Mulet

RESUMEN

El proceso de lactancia materna (LM) en los recién nacidos prematuros (RNP) se caracteriza por ser difícil y no exento de retos. Durante la hospitalización en unidades de cuidados intensivos y medios neonatales, es primordial un correcto inicio y mantenimiento de la lactancia, ya que se considera la mejor opción debido a sus beneficios para el recién nacido. Pero en este proceso intervienen una serie de factores externos que pueden repercutir de forma negativa o positiva. El objetivo de este proyecto es conocer la experiencia de lactancia materna para padres y madres de prematuros que han estado ingresados en estas unidades. Los objetivos específicos se centran en el conocimiento de cuáles son las barreras y facilitadores que intervienen en este proceso, qué estrategias las familias llevan a cabo; además de describir cómo es la transición de una unidad de intensivos a una de cuidados medios, desde la perspectiva de la lactancia materna. Para ello se propone un estudio cualitativo desde un paradigma interpretativo y un diseño etnometodológico. La población de estudio consistirá en padres y madres de RNP que hayan estado ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCIN) y/o cuidados medios neonatales (CMN) en el Hospital Universitario Son Espases. Las técnicas de recogida de datos serán la entrevista semiestructurada y el grupo focal. Para comprender mejor como son las prácticas que rodean a la LM durante la hospitalización, el estudio se enmarcará desde el modelo de Cuidados Integrando a la Familia o FICare, y el modelo de activos en salud. Se espera que los resultados obtenidos contribuyan a la mejora de programas y políticas que promuevan la LM en los RNP teniendo en cuenta la opinión y la experiencia de las familias.

Palabras clave: *lactancia materna, recién nacido prematuro, unidad de cuidados intensivos neonatales, investigación cualitativa*

ABSTRACT

The breastfeeding process for preterm newborns it's difficult and full of challenges. During hospitalization in neonatal intensive care and medium care units, it's mayor priority the correct initiation and maintenance of breastfeeding, for this is the best option for preterm newborns because of its wellknown benefits. But in this process there's and interplay of external factors that may interfere in either a positive or negative way. The participants will be mothers and fathers of preterm newborns that had been hospitalized in neonatal intensive care or medium care units of Hospital Son Espases. Hence, the aim of this project is to know how families experience the whole process of breastfeeding during hospitalization. The specific aims will focus on the barriers and facilitators that families percieve, which strategies they use during this process, and finally, describe the transition from the intensive care unit to the medium care unit, from the breastfeeding perspective. It's proposed a qualitative study from an interpretative paradigm and an etnometodologic design. Two conversational techniques will be used to collect data; semi-structured interviews and focus group. To better understand which are the practices that revolve around breastfeeding, this project will be framed from the Family Integrated Care or FICare and the health assets model. The results of the project could contribute to the improvement and design of programmes and unit policies that promote breastfeeding among preterm newborns, taking in consideration the opinion and experiences of families.

Keywords: *breastfeeding; infant, premature; neonatal, intensive care unit; qualitative research*

ÍNDICE

1. Reflexividad y posicionalidad	5
2. Contextualización y justificación	6
3. Estrategia de búsqueda y lectura crítica	11
4. Revisión de la literatura.....	14
5. Justificación y objetivos	21
6. Paradigma y marco teórico.....	22
7. Metodología	27
8. Análisis de los datos y rigor	31
9. Consideraciones éticas	32
10. Limitaciones	33
11. Implicaciones	33
12. Cronograma.....	34
13. Transferencia y difusión de los resultados	34
Bibliografía.....	35
Anexos	42

LISTADO DE ABREVIATURAS

LM: Lactancia materna

RNP: Recién nacido prematuro

RN: Recién nacido

UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales

CMN: Cuidados medios neonatales

SG: Semanas de gestación

FICare: Family integrated care (Cuidados integrando a la familia)

CCD: Cuidados centrados en el desarrollo

CCF: Cuidados centrados en la familia

NIDCAP: *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program*

1. REFLEXIVIDAD Y POSICIONALIDAD

La lactancia materna es esencial para el desarrollo del recién nacido prematuro, así como un elemento importante para la formación del vínculo en la díada madre-hijo; pero este proceso no siempre se desarrolla tan fácilmente como se desearía ya que por un lado, la familia va a encontrarse en un entorno desconocido y abrumador cuyo sello de identidad es la alta tecnificación de los cuidados, como es el caso de la unidad de cuidados intensivos neonatales; y por otro, las propias dificultades asociadas a la condición de prematuridad del recién nacido. Nos encontramos ante unas familias cuya primera idea de su proceso de maternidad y paternidad no va a ser lo que finalmente se corresponda con la realidad. Las familias además, pasarán por un proceso de lactancia difícil. Creo que como profesionales sanitarios debemos cuidar y mantener la lactancia materna, y ofrecer las herramientas necesarias para contribuir a que este proceso se desarrolle de la mejor manera posible, y a la vez, empoderar a las familias para que ellas sean capaces de manejar su proceso de lactancia. Desde mi corta pero gratificante experiencia laboral en una unidad de cuidados medios neonatales, pude apreciar como muchas familias se aferraban a la lactancia; algunas de ellas lo vivían como un momento especial que había costado mucho esfuerzo mantener, pero otras que comenzaban en este proceso, parecían vivirlo con mucha incertidumbre y dudas. Aun así, estas mismas familias sentían gratitud y alivio cuando conseguían dar pequeños pasos hacia adelante. De aquí surge la motivación de llevar a cabo este proyecto de investigación; conocer la percepción de estas familias sobre su proceso de lactancia, cuáles son los elementos que para ellas contribuyen a este proceso de forma positiva y cuáles lo dificultan, así como conocer las estrategias que llevan a cabo. Finalmente, me gustaría explorar el proceso de lactancia en su totalidad, es decir, desde el momento de ingreso hasta el alta.

A pesar de que mi posición sea cercana a las familias al querer conocer sus experiencias, lo cierto es que hay características que nos definen las cuales no compartimos. Soy mujer de 23 años, caucásica, de clase social media y graduada en enfermería; pero no soy madre. Las familias por otro lado podrían ser de un nivel socioeconómico, situación laboral, generación, etnia y nivel de estudios muy variable entre ellos y conmigo. Por lo tanto, la relación de poder será diferente en cada caso. Una que puede llegar a darse con mayor probabilidad, sería aquella derivada de una relación profesional-paciente; aunque en este caso el “paciente” no sean las familias como tal, sino el recién nacido, pero son sus padres los que tienen trato

directo con el profesional, enfermera, en este caso. Teniendo en cuenta que la generación de las familias probablemente sea diferente a la mía, se puede esperar que se produzcan cambios en los discursos, aunque esto no tiene por qué repercutir negativamente.

2. CONTEXTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El recién nacido prematuro

Un nacimiento a término es aquel que ocurre entre las 37 y 42 semanas de gestación, mientras que aquellos que se producen antes de la semana 37 se consideran partos prematuros. Los recién nacidos pueden clasificarse en función de la edad gestacional o el peso en el momento del nacimiento (**tabla 1**). Es habitual que el bajo peso y la prematuridad estén asociados, aunque el primero puede deberse también a otras causas (1,2). A nivel mundial, según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cada año la cifra equivalente a partos prematuros está alrededor de 15 millones, lo cual se puede traducir en más de un recién nacido prematuro por cada diez nacimientos. La OMS además, apunta a que esta tendencia va incrementando con el paso de los años en la mayoría de los países (3). Según datos del año 2017 aportados por el Instituto Nacional de Estadística, en España se registraron 25.720 nacimientos prematuros de un total de 393.181 (4).

Edad gestacional	Peso al nacer
Prematuros extremos: <28 semanas	Extremo bajo peso: <1.000 gramos
Muy prematuros: <32 semanas	Muy bajo peso: <1.500 gramos
Prematuros tardíos: entre 32 y 37 semanas	Bajo peso: <2.500 gramos

Tabla 1. Clasificación de la prematuridad según edad gestacional o peso al nacer.

El parto prematuro es un síndrome con una gran variedad de causas, y en función de éstas, el parto puede clasificarse en dos grupos: espontáneo (inicio espontáneo del trabajo de parto o ruptura prematura de membranas) o por orden médica (inducción del trabajo de parto o cesárea electiva antes de las 37 semanas completas). El parto prematuro espontáneo es un proceso multifactorial del resultado de la interrelación de varios factores, que causan el inicio de contracciones activas en el útero. Los precursores de parto prematuro espontáneo cambian según la edad gestacional y factores sociales y del entorno; aun así la causa en casi la mitad de

los casos se desconoce. La historia materna de parto prematuro previo es un factor de riesgo importante; otros factores maternos relacionados son: madres jóvenes o de edad avanzada, intervalos de tiempo entre embarazos cortos e índice de masa corporal bajo. Otro factor de riesgo importante es la sobredistensión uterina en embarazos múltiples, con un riesgo casi diez veces mayor que en un embarazo de un único feto (5). Los embarazos múltiples representan una cuarta parte de los partos prematuros, más concretamente, casi el 50% de los nacimientos gemelares, y casi la totalidad de los tripletes, son pretérmino (1). Este hecho está relacionado con el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida y de un incremento de la edad materna. Los factores relacionados con los estilos de vida también contribuyen a un parto espontáneo prematuro, por ejemplo el estrés, un excesivo trabajo físico, pasar mucho tiempo de pie, fumar y consumo excesivo de alcohol. La patología crónica materna como la diabetes y la hipertensión también influyen, además de otros aspectos relacionados con la salud mental materna (depresión o violencia contra la mujer). El papel que juega la etnia parece estar regido por factores genéticos más que por factores socioeconómicos; niños de ascendencia negra africana tienden a nacer antes que niños caucásicos, aunque los primeros, a una misma edad gestacional, tienen menos distrés respiratorio, mortalidad neonatal y menos probabilidad de requerir cuidados especiales (5).

En el grupo de parto prematuro por orden médica destaca la indicación de inducir el parto por complicaciones de la madre o el feto, de éstas las más importantes son la preeclampsia, desprendimiento de placenta, ruptura uterina, colestasis, restricción del crecimiento y sufrimiento fetal. Las condiciones maternas subyacentes (enfermedad renal, hipertensión, diabetes, obesidad, etc.) incrementan el riesgo de complicaciones y por ende, la indicación de inducción de parto prematuro. En cuanto a la práctica de cesárea y su relación con el parto prematuro hay que mencionar que, en aquellos países con mayores tasas de cesárea se ha producido un incremento de nacimientos pretérmino. Las recomendaciones de la OMS establecen que las tasas de cesáreas se sitúen entre el 10 y el 15% (6), pero en el caso de España estas cifras se sobrepasan desde hace bastantes años. Para el año 2017 el país se situaba en una tasa del 24.52% entre el sistema público y privado (siendo más frecuente la cesárea en el ámbito privado). Este porcentaje ha sufrido un descenso paulatino desde el año 2015, pero aún nos encontramos lejos de las recomendaciones de la OMS. Lo mismo sucede a nivel autonómico; a pesar de estar por debajo de la media nacional, Baleares en el año 2017 contaba con una tasa de cesáreas del 22.85% (**gráfico 1**) (7).

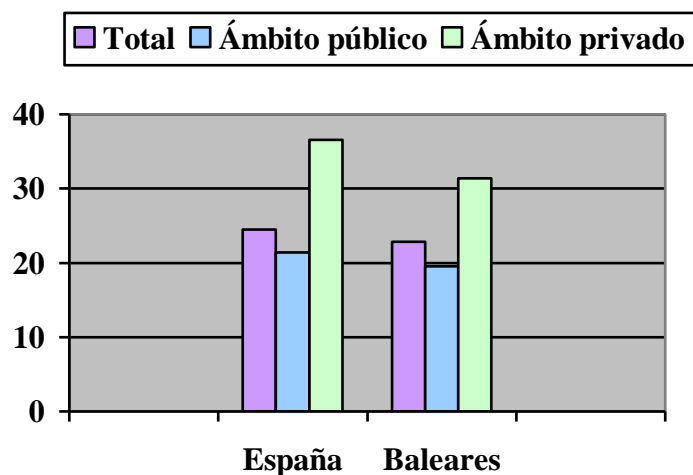


Gráfico 1. Tasa de cesáreas por nacimientos totales en el año 2017 en España y las Islas Baleares. Fuente: Sistema de Informatización de Atención Especializada (SIAE)

Los RNP tienen más riesgo de mortalidad que los recién nacidos a término, además de poder presentar discapacidad a largo plazo. Las complicaciones derivadas de la prematuridad suponen la mayor causa directa de muerte en un 35% de los casos, y la segunda causa más común en niños menores de 5 años después de la neumonía (8). Los factores que se han establecido como determinantes en la mortalidad neonatal del prematuro son la edad gestacional, el peso al nacer, el sexo y un peso bajo para la edad gestacional (1). Los avances médicos en el cuidado neonatal, junto con la aplicación de otras medidas como el método canguro y el contacto piel con piel, han mejorado las cifras de supervivencia de los recién nacidos prematuros; aunque los que se benefician son la minoría, ya que en algunas regiones del mundo como África Subsahariana y el sur de Asia, todavía se enfrentan a una alta tasa de mortalidad neonatal derivada de la prematuridad. Por otro lado también cabe destacar que en Europa y Norteamérica se ha conseguido reducir la mortalidad casi a la mitad en aquellos recién nacidos por debajo de la semana 25, y en un 95% para los nacidos por debajo de la semana 28, a pesar de esto, hay que tener en cuenta que a menor edad gestacional, mayor riesgo de discapacidad (9).

La patología más prevalente en los neonatos pretérmino es aquella que deriva del binomio hipoxia e inmadurez, debido a la baja edad gestacional y la imposibilidad de adaptarse a la respiración postnatal por la falta de oxigenación trasplacentaria; por esto la patología

respiratoria es la primera causa de morbimortalidad en el prematuro, caracterizada por distrés respiratorio. Éste es causado por una cantidad insuficiente de surfactante (también conocido como enfermedad de la membrana hialina) e inmadurez pulmonar. Otras patologías respiratorias que pueden aparecer son la apnea del prematuro y la displasia broncopulmonar. Otras alteraciones en el recién nacido prematuro se detallan brevemente a continuación. La inmadurez del sistema nervioso central va a afectar a la ya escasa capacidad de adaptación postnatal; las principales características a nivel neurológico van a ser la fragilidad de la estructura de la matriz germinal, una escasa migración neuronal y desmielinización de la sustancia blanca a cambio de un crecimiento exponencial de sustancia gris. La inmadurez del sistema hepático y un tránsito digestivo lento van a incrementar la probabilidad de cifras elevadas de bilirrubina en el organismo. En relación al sistema cardiovascular: la hipotensión arterial precoz es más frecuente a menor peso, además de la persistencia del ductus arterioso. La fragilidad que presenta la vascularización cerebral volverá susceptible al neonato de padecer una hemorragia cerebral. A nivel oftalmológico va a ser recurrente la retinopatía del prematuro por déficits en la vascularización ocular, el prematuro además supone una población de riesgo para otros problemas de la vista. La maduración de la succión y su coordinación con la deglución no se consiguen hasta las 32-34 semanas, además de otros problemas gastrointestinales como problemas de tolerancia, reflujo gastroesofágico y evacuación lenta. La prematuridad es factor de riesgo para la enterocolitis necrotizante, en la que intervienen factores madurativos, vasculares, hipoxémicos e infecciosos. El déficit inmunológico vuelve al RNP vulnerable a las infecciones, y la incapacidad de mantener limitada la infección hará que ésta fácilmente se convierta en sepsis. El metabolismo va a estar afectado a varios niveles: termorregulación (por ejemplo: escasa producción de calor y de reservas de grasa), metabolismo hidrosalino (inmadurez renal), metabolismo de calcio y fósforo (osteopenia) y metabolismo de los hidratos de carbono (tendencia a la hipo e hiperglucemia). Finalmente, habrá afectación de la serie roja (anemia) y blanca de la sangre, a excepción de las plaquetas, y alteraciones del sistema endocrino (1,9).

Para las familias, el nacimiento prematuro de un hijo rompe con las expectativas creadas sobre la experiencia posterior al parto y de la maternidad. Es un momento que se acompaña de sentimientos de culpa, vergüenza y la sensación de haber fallado. Además, debido a la situación clínica comprometida que suele ir asociada, se suma la ansiedad y el estrés (10,11).

Algo que resultará imprescindible para la familia es que el recién nacido vaya cogiendo peso (12,13), ya que en muchos casos determinará la evolución clínica.

Alimentación del prematuro y lactancia materna.

La leche materna se considera la primera y mejor opción para alimentar al recién nacido prematuro por los beneficios que ofrece, aunque tanto el recién nacido como la madre van a tener que enfrentarse a una serie de retos para conseguir un correcto establecimiento de la lactancia materna (14). Como ya se ha mencionado anteriormente, el prematuro no comenzará a desarrollar un correcto patrón de succión-deglución hasta las semanas 32-34, pero aun así será necesario establecer pausas durante la toma para respirar. Paulatinamente irán incorporando la respiración en el tándem succión-deglución, y no será hasta la semana 40 cuando mostrarán una conducta de alimentación lo suficientemente madura para conseguir extraer cantidades de leche adecuadas. Por esta razón, los prematuros nacidos por debajo de la semana 32 necesitarán otros métodos de alimentación, parenteral y/o enteral (mediante sonda naso u orogástrica), hasta que puedan ir incorporando tomas directas al pecho o con biberón, cuchara, vaso, etc. Por otro lado, debido a la inmadurez neurológica, será difícil establecer un patrón adecuado de sueño-despertar, por lo que afectará a la comunicación del recién nacido, dificultando que los cuidadores reconozcan las señales de hambre del neonato. Finalmente, el RNP cuenta con una habilidad limitada para la succión que habitualmente causará fatiga, la cual puede confundirse con saciedad (15).

En el caso de la madre habrá que enfrentarse a aportes de leche insuficientes para el recién nacido, por producción de leche escasa o por succiones del recién nacido insuficientes, por lo tanto muchas veces será necesario el uso del sacaleches. Además, en muchas ocasiones habrá que aportar suplementos, también llamados fortificantes, a la leche materna para que ésta pueda cumplir con las necesidades nutricionales del recién nacido. Cuando no es posible contar con suficiente leche materna, la leche de donante es una buena opción; en cambio, la leche de fórmula debería considerarse como la última alternativa (15).

Los beneficios que apoyan la lactancia materna como primera opción son principalmente a nivel nutricional, inmunológico y de neurodesarrollo, tanto a corto como largo plazo. Ofrecer lactancia materna durante las primeras horas de vida reduce la mortalidad y, el calostro, que se produce en los primeros días tras el parto, disminuye el riesgo de enterocolitis necrotizante

(9,15). Por lo que el primer día tras el parto se considera un período crítico para el establecimiento de la lactancia, más concretamente los primeros 30 minutos de vida (14). Los recién nacidos prematuros que toman lactancia materna también tienen menor riesgo de padecer patologías agudas respiratorias y gastrointestinales, asma, obesidad y diabetes tipo 2 (15). Los beneficios de la lactancia para la madre también hay que tenerlos en cuenta, como la protección frente a la osteoporosis y neoplasias del aparato reproductor (16) y cáncer de mama (17). Aun así, la prevalencia de LM sigue siendo baja para las recomendaciones de la OMS; según ésta, la lactancia materna debería ser exclusiva hasta los seis meses, y a partir de ahí complementarse hasta los dos años (18). Un informe realizado por UNICEF en el año 2018 nos muestra que, a nivel mundial, casi todos los recién nacidos (95%) han recibido LM en algún momento, pero al analizar entre países de diferente nivel socioeconómico, nos encontramos que, en los países de altos ingresos, casi más de un niño por cada 5 no es amamantado, en cambio en aquellos de ingreso medio-bajo casi todos los niños reciben lactancia. Dentro de los países de altos ingresos, también nos encontramos diferencias por ejemplo, en Suecia llegan a tasas elevadas donde casi todos reciben lactancia materna, pero en Estados Unidos o Irlanda, apenas pasan de la mitad. En cuanto al mantenimiento de la lactancia hasta los dos años, también hay diferencias según el nivel socioeconómico, donde en los países más ricos se obtienen tasas más bajas, en concreto cifras que rondan el 41%. A pesar de todo, la tendencia en cuanto a lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses ha ido aumentando mundialmente, aunque discretamente en algunos casos (19). Si ponemos el foco en la situación en España aún nos encontramos con tasas relativamente bajas, donde a pesar de que el 77% de los neonatos recibe LM en algún momento, según la Encuesta Nacional de Salud, se registran tasas de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses más bajas, solamente llegando al 39% (20). Si nos centramos de nuevo en el recién nacido prematuro se puede observar como a menor edad gestacional, menores probabilidades de continuar con lactancia materna exclusiva en el momento del alta (14).

3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y LECTURA CRÍTICA

La estrategia de búsqueda se llevó a cabo en la bases de datos de Pubmed, CINAHL y Scopus. Se buscaron artículos publicados en inglés o castellano y con un límite máximo de 10 años. Para la búsqueda se utilizó la combinación de descriptores y booleanos o el uso de vocabulario libre. Finalmente, se revisaron los listados de referencias de los artículos seleccionados en el caso que fuese necesario.

Se incluyeron artículos que trataran el proceso de lactancia materna del RNP desde la perspectiva de padres y/o madres durante la hospitalización en unidades neonatales, o se analizaran las barreras, facilitadores y estrategias que rodea al proceso de LM. Se tuvieron en cuenta diseños cualitativos o cuantitativos y artículos de revisión. En cambio, se excluyeron artículos que trataran el fenómeno desde la perspectiva de otros colectivos, como los profesionales sanitarios; cuyo método de alimentación no fuese la lactancia materna (exclusiva o combinada con leche de fórmula), o que se analizara el proceso de LM posterior al alta hospitalaria. En la siguiente tabla se adjunta la estrategia de búsqueda; mientras que se puede encontrar un resumen descriptivo de los artículos en el **anexo 4**.

Pubmed	(infant, premature[Mesh Term] OR infant, very low birth weight[Mesh Term]) AND (intensive care units, neonatal[Mesh Term] OR parents[Mesh Term]) AND breastfeeding[Mesh Term])	
Límites aplicados	Idioma: castellano e inglés Máximo 10 años.	
Resultados = 261	Tras lectura de título y resumen = 36	Tras lectura completa = 20
Pubmed	(infant, premature[Mesh Terms] OR infant, very low birth weight[Mesh Terms]) AND (breastfeeding[Mesh Terms] OR intensive care units, neonatal[Mesh Terms]) AND qualitative research[Mesh Terms])	
Límites aplicados	Idioma: castellano e inglés Máximo 10 años.	
Resultados = 70	Tras lectura de título y resumen = 15	Tras lectura completa = 3
CINHAL	(infant, premature AND breastfeeding AND (parents OR intensive care units, neonatal))	
Límites aplicados	Máximo 10 años Tipo de fuente: publicaciones académicas y revistas Idioma: castellano e inglés	
Resultados = 87	Tras lectura de título y resumen = 14	Tras lectura completa = 0
Scopus	(infant, premature AND breastfeeding AND spain)	
Límites aplicados	No se aplican límites	
Resultados = 6	Tras lectura de título y resumen = 3	Tras lectura completa = 1
Artículos obtenidos de lectura de listado de referencias = 2		
Total de artículos incluidos en la revisión de la literatura = 26		

Revisión crítica de la literatura

A modo de conclusión a la estrategia de búsqueda, se procede a hacer una revisión crítica de la literatura consultada. Para ello, se utilizaron las herramientas de lectura crítica pertinentes (STROBE para estudios observacionales y CASPe para estudios cualitativos). Destacaban artículos de diseño cualitativo, ya que es éste un diseño idóneo para el estudio del fenómeno de interés. El tipo de diseño más recurrente, en este caso, fue el fenomenológico, seguido del etnometodológico, situados desde un paradigma interpretativo o constructivista. A pesar de esto, los artículos raramente hacían explícitos su marco o perspectiva teórica, lo cual pone en entredicho la rigurosidad del análisis de los resultados. Las técnicas de recogida de datos más utilizadas fueron la entrevista en profundidad o semiestructurada, seguida por el grupo focal; ambas adecuadas al tipo de diseño y objetivos que se planteaban. Finalmente, en relación a los artículos cualitativos, resultó difícil encontrar referencias al ejercicio de reflexividad y posicionalidad, impidiendo poder analizar la coherencia teórico-metodológica de la investigación. En cuanto a los artículos de diseño cuantitativo predominó el diseño observacional, ya fuesen de tipo transversal mediante el uso de la encuesta, y la cohorte prospectiva. Los objetivos que se planteaban normalmente abarcaron el análisis de factores que promueven o dificultan el inicio o mantenimiento de la LM. De forma predominante, las madres eran el objeto de estudio en ambos tipos de diseño, tanto cualitativo como cuantitativo, quedando el padre, como sujeto de estudio, en un segundo plano. La procedencia de los artículos se situaba mayoritariamente en Estados Unidos y varios países del resto de Europa, por lo que destacaba la falta de estudios realizados en contexto español. Esto es importante dado que, como se concretará más adelante, los factores contextuales, por ejemplo la cultura, tienen efecto sobre las decisiones y las actividades que rodean al proceso de lactancia materna.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Modelos explicativos

La díada madre-hijo prematuro se ve amenazada por la prematuridad y por el estrés que las madres experimentan en el entorno de la UCIN. Para intentar comprender mejor como se relacionan todas las partes involucradas en el proceso de la lactancia, Chantal Lau propuso un modelo conceptual que lo explicase. Este modelo nos muestra cuatro grandes elementos: comportamiento materno relacionado con el cuidado y la alimentación (lactancia), y desarrollo o crecimiento del niño relacionado y no relacionado con la nutrición (21). Estos cuatro componentes se influyen mutuamente tanto de forma positiva como negativa, y lo mismo sucede con una serie de factores externos que tienen un impacto sobre estos cuatro componentes de forma unidireccional (**figura 1**).

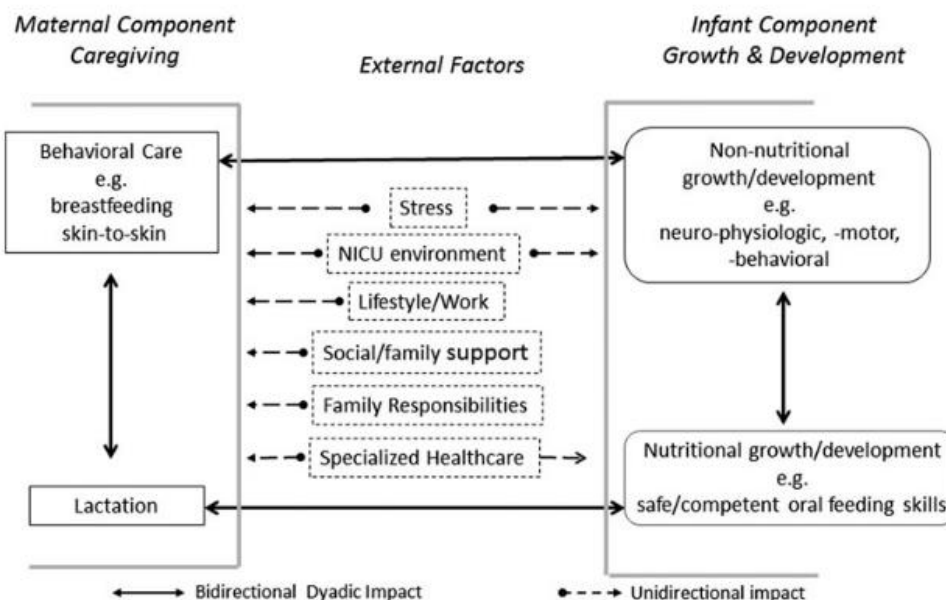


Figura 1. Modelo conceptual de retos para la lactancia materna ante los que se encuentra la díada madre-hijo prematuro (21).

El comportamiento materno relacionado con el cuidado (*maternal behavioral care*) se refiere a aquellas acciones interactivas iniciadas por la madre, como podrían ser el cuidado piel con piel, interés y predisposición a la lactancia materna, extracción de la leche cuando la lactancia aún no es posible, y cuidados diarios relacionados con el bienestar del bebé. El cuidado nutricional (*lactation*) es la capacidad de las madres de ofrecer una cantidad de leche adecuada para cubrir las necesidades nutricionales de sus hijos. En cuanto al bebé prematuro,

mientras que el elemento nutricional (*nutritional growth*) se centra en la capacidad del neonato de lactar de forma segura y crecer de forma igualmente competente, el desarrollo no relacionado con la nutrición (*non-nutritional growth*) sería su desarrollo neuromotor, neurosensorial, neurofisiológico. Por otro lado, los factores externos que interactúan con estos cuatro elementos son predominantemente unidireccionales, además de ser relativamente incontrolables; impuestos por condiciones sociales y del entorno (21). En el modelo “*Weighing Worth against Uncertain Work*” propuesto por Demirci y colegas, también aparecen estos factores externos contextuales que influyen en el proceso de lactancia, el cual ellos caracterizan como una “montaña rusa”. En este modelo, los factores que más relevancia tienen son el apoyo por parte de profesionales sanitarios y la experiencia previa en lactancia (22). La interacción de todos estos elementos es compleja y supone un reto para lograr el éxito en la LM; a continuación veremos que no siempre el impacto que tienen estos factores externos es negativo, e incluso en algunas ocasiones puede llegar a ser clave en la percepción de la experiencia de lactancia.

El estrés y la lactancia

El estrés parece ser el elemento más descrito en la literatura como factor que interfiere en la LM. El motivo o la fuente del estrés pueden ser muy diversos; ya sea por el propio parto prematuro, por la separación de la madre y su hijo, el entorno altamente tecnificado y desconocido de la UCIN, las dificultades a la hora de la lactancia, la condición clínica del recién nacido prematuro, entre otros (13,23–25). El estrés, tal y como apunta Chantal Lau, va a interferir también con la capacidad de lactar de estas madres, incluso llegando a determinar el cese de la lactancia (26). La preocupación por no ofrecer una cantidad de leche adecuada es algo habitual, y la experiencia de extraerse leche no está exenta de ser estresante, además algunas madres se presionan para llegar a unos objetivos, incluso a pesar de haber recibido información sobre que cualquier cantidad de leche sería beneficiosa para sus hijos. Por otro lado, si algunas madres decidían saltarse alguna extracción, esto podía volverse negativo, ya que podían perder cantidad de leche en una próxima extracción o simplemente sentirse culpable por no haberlo hecho, a su vez estos sentimientos y emociones negativas, y el estrés mismo, repercuten también en la cantidad de leche (26). No hay duda de que el estrés es un factor negativo para la lactancia, pero de alguna manera hay madres que consiguen sobrepasarlo y encontrar la motivación para dar lactancia a sus hijos, incluso cuando la

cantidad es pequeña (24,27). Normalmente estas madres encuentran en LM su forma de redimirse a la culpa de haber tenido un parto prematuro, y en ocasiones se refieren a ella como “lo único que puedo hacer” (13,24,28), además de vincularlo fuertemente con su rol como madres (29).

Unidad de cuidados intensivos neonatales

Si nos centramos en el entorno de la UCIN, aparte de ser una fuente de estrés, actúa como una de las barreras para la LM. Gianni y colegas realizaron un estudio transversal, y obtuvieron que la separación de la madre de su hijo y la presencia de dispositivos médicos interferían con la lactancia según el 25 y 21% de las madres entrevistadas (30). La falta de privacidad a la hora de usar el sacaleches o dar el pecho también interfería en la lactancia. En el estudio llevado a cabo por Sisk, destacaban como no contar con la suficiente privacidad (ya sea por la presencia de familiares, amigos o personal sanitario) dificultaba establecer un horario de extracción (31). Aunque en ocasiones, las madres también han expresado que usar el sacaleches con otras madres tiene cierto efecto terapéutico para ellas, ya que les da la oportunidad de compartir sus experiencias. Estas diferencias probablemente estén mediadas culturalmente (29). La separación entre la madre y su hijo también es un factor que las madres han asociado como una dificultad para la lactancia materna. Las madres de un estudio realizado en Inglaterra, intentaban suplir esto mediante el método canguro cuando estaban con sus hijos (32). La distancia entre el hogar y la unidad aparece también como un factor limitante (27). Las conductas y pautas de los profesionales sanitarios en relación a la lactancia materna a veces no se entienden y resultan algo estrictas (32), dando a lugar, incluso, a contradicciones. A pesar de lo anterior, debido a ciertas características del entorno, la UCIN también ha sido percibida como un facilitador para la lactancia; especialmente relevante cuando la unidad es un entorno que promueve la motivación, el consejo y guía por parte de los profesionales sanitarios que trabajan en él (27). También se entienden de forma positiva los mensajes sobre los beneficios de la leche materna, motivando o dando coraje a las madres a continuar (29).

Apoyo social y familiar

Aunque ya hemos visto algunas pinceladas, es necesario mencionar el efecto del apoyo por parte de iguales y del profesional sanitario o especializado en lactancia; éste supone otro de los facilitadores, y cuando no se ofrece este servicio, se percibe como una barrera. En el estudio realizado por el equipo de Gianni, con 68 madres entrevistadas, un 40% dijeron que el apoyo a la lactancia por parte de profesionales sanitarios suponía un facilitador para la propia lactancia (23). Resultados similares encontraron Rossman y colegas, con una propuesta cualitativa; las madres entrevistadas destacaron que el factor que más facilitaba su experiencia fue la posibilidad de contar con la opinión y consejo de madres que habían pasado por un situación parecida (33). Un efecto similar tiene el poder contar con apoyo familiar. Parece que la presencia del padre como pilar de apoyo es obvia, aunque ésta se ha visto desde la perspectiva de barrera cuando no está presente (27,33). En relación al padre, hay que mencionar el efecto que éste tiene en la toma de decisiones. Según el estudio liderado por Denoual, se puede ver como el deseo de que el padre quiera participar en la lactancia (mediante la alimentación con biberón) hizo que algunas familias no se decantaran finalmente por la LM directa (34). Otros miembros de la familia, como los abuelos, pueden tener también especial relevancia dependiendo de la cultura, por ejemplo, la taiwanesa (24). Lo cual parece contradecirse, ya que algunos padres y madres tienen reservas a la hora de pedir ayuda a la familia o de dar a conocer sus hijos prematuros, ya que no saben cómo su familia o amigos podrían reaccionar, o por pensar que no entenderían el momento por el que están pasando (32).

Factores sociodemográficos

Según una cohorte prospectiva llevada a cabo en EEUU, parece que el inicio de la lactancia materna es similar en diferentes grupos étnicos (caucásicos, africanos e hispánicos), pero el mantenimiento de LM durante la hospitalización se ve interrumpido antes en madres africanas o hispanas (36). Otra cohorte, publicada un año anterior, también apunta a que un nivel socioeconómico mayor y un nivel de estudios bajo, se consideran factores predictores de la LM al mes de vida (37). En cuanto a la posición social, una cohorte realizada en el año 2010, ya apuntaba a que los RNP de madres de una posición más alta, tenían más probabilidad de recibir LM en el momento del alta (38). Aunque, sobre el nivel de estudios parece haber discrepancias, ya que, la cohorte llevada a cabo por Kair y colegas, asociaba un nivel de

estudios mayor con una mayor probabilidad de que los RNP tardíos continuaran con la LM durante más de 10 semanas. Esto contrasta con el caso de madres solteras, que tienen menor probabilidad de continuar la LM en este período de tiempo (39).

Factores políticos y culturales

Otros factores externos que pueden interferir son las políticas gubernamentales, especialmente aquellas relacionadas con el trabajo y los permisos de paternidad o maternidad, políticas de la unidad y aspectos relacionados con la cultura o la religión (21). Ya hemos visto que el poder contar con el apoyo del padre es importante, por lo que aquellos países que hayan incorporado políticas de paternidad más favorables podrían garantizar mejor la presencia del padre junto a la madre y su hijo. Por otro lado, una cohorte publicada recientemente, realizada con la participación de 19 unidades de cuidados intensivos de 11 países europeos, apunta a que unas políticas de unidad que permitan la presencia paterna y de otros familiares, incrementarán las probabilidades de una lactancia materna exitosa en el momento del alta (40). Lo mismo ocurrirá en unidades que hayan implantado o estén en proceso de implantación de medidas de promoción de la lactancia, como por ejemplo “los diez pasos para una lactancia exitosa”, u hospitales calificados como “*Baby-Friendly*”; los cuales han resultado en experiencias positivas en España y otros países, a pesar de la variabilidad en la implantación de las mismas (41). Según Myers y colegas, una de las razones por las que se suele interrumpir la lactancia es la necesidad de que la madre vuelva a incorporarse a su actividad laboral (28); y algo similar ocurrirá cuando las cargas familiares se ven incrementadas, como por ejemplo, tener otros hijos pequeños o tener que cuidar de un familiar. En cuanto a la cultura; aquellos ambientes que sean más proactivos a la lactancia materna pueden llegar a ejercer cierta influencia sobre las decisiones de iniciar y continuar la lactancia (29).

Estrategias

Ya hemos hablado de las barreras y facilitadores que ha descrito la literatura, a continuación hablaremos de las estrategias que han puesto en marcha madres y padres para hacer frente, así como mejorar, su proceso de lactancia durante el período de hospitalización. Aunque aquí hablaremos de estrategias en general, la literatura muchas veces utiliza el término de estrategias de afrontamiento. Rossman y colegas describen algunas de las estrategias que pusieron en práctica las madres que participaron en su estudio: una estrategia recurrente es la

de recomponerse (“*picking yourself up*”) y priorizar el bienestar del recién nacido cuando las madres percibían el entorno y algunos eventos relacionados con la UCIN como estresantes. Estas son estrategias complejas y llenas de matices, y pueden actuar como mecanismos de afrontamiento adaptativos, o todo lo contrario. Un afrontamiento desadaptativo puede aparecer cuando las madres optan por priorizar las necesidades y cuidados de sus hijos sin tener en cuenta o reconocer sus propias necesidades, especialmente cuando están pasando por un proceso de depresión, ansiedad o de estrés postraumático. En el mismo estudio también se puede ver como contar con un apoyo social fuerte es una pieza clave. El experto en lactancia e iguales (padres y madres que han pasado por una situación similar) actúan como un facilitador para la lactancia, pero también son a la vez un recurso al que recurren muchas madres (33). En un estudio anterior de Rossman se describió más detalladamente como era la relación entre la figura de madre consejera en lactancia (*breastfeeding peer counselor*) y las madres de la unidad. Se comenzaba por la creación de un vínculo mediante el intercambio de experiencias, lo cual servía como un agente motivador incluso para aquellas madres que no habían pensado dar LM. Esta relación continuaba con el intercambio de información, ofrecer apoyo y asesoramiento por parte de la consejera en lactancia sobre los retos de la lactancia y la extracción de leche. Finalmente, las madres se sentían empoderadas a la vez que la madre consejera ofrecía un ambiente significativo y de interacciones positivas. Pero para que esta relación que se acaba de establecer sea efectiva, es importante que cumpla con las necesidades de cada uno, lo cual puede no suceder en el caso del apoyo por parte de familiares que no entienden el proceso por el que los padres están pasando (42). En estos casos, los recursos anteriormente mencionados, expertos, iguales y madres consejeras en lactancia, así como las enfermeras, toman especial relevancia.

El uso del sacaleches

Si nos centramos en la experiencia de la extracción de leche, las madres entrevistadas en el estudio de Bower y colegas normalmente expresaban que el sacarse leche suponía un momento estresante, desagradable y un consumo de tiempo que muchas veces se traducían en pérdida de horas de sueño, o del tiempo que les gustaría pasar con sus hijos. Aun así ante esta misma situación había diferentes respuestas; algunas madres se aferraban fuertemente al horario de extracción y a unos objetivos, ya que pensaban que era “lo único que podía hacer”, otras entendían que a pesar de la cantidad extraída, fuese esta pequeña o no, ya sería

beneficioso para sus hijos (26). En las entrevistas a las madres del grupo liderado por Rossman, se ve claramente como la fe o el conocimiento de las propiedades beneficiosas de la leche y la ganancia de peso actúan como motivadores, siendo esto una paradoja, ya que también referían disgusto con el hecho de extraerse leche (13). Esta misma situación se ha visto en el estudio llevado a cabo por Hurst, pero en este caso la paradoja se situaba en la sensación de cercanía que puede llegar a ofrecer el sacaleches. Estas madres se movían constantemente en una sensación de separación y cercanía, ya que por un lado el sacaleches ofrecía una opción para poder dar leche materna a sus hijos, pero a la vez suponía un consumo de tiempo y fuerzas (25). Estas mismas sensaciones describían las madres en el estudio liderado por Bujold; estos sentimientos cambiaban según las estrategias de afrontamiento que las madres usaran, de los retos que fuesen apareciendo, y del entorno (43). También se ha dado el caso de madres que se avergonzaban de la poca cantidad de algunas extracciones o simplemente se sentían sobrepasadas por el cansancio y el estrés de la situación y dejaron de sacarse leche (26).

El padre y la lactancia materna

Las estrategias que adoptan los padres en relación a la lactancia difieren en algunos aspectos con las madres. De forma directa, no pueden apoyar la lactancia, aparte de acompañar emocionalmente y animar a su pareja (44), pero cuando entra en juego el uso del sacaleches, los padres encuentran la manera de poder colaborar. En un estudio realizado en Francia, algunos padres referían como se implicaban de una forma más práctica, por ejemplo: manejando la cadena de frío tras la extracciones de leche. En este mismo estudio, los padres también referían como un control de los objetivos y cantidades de leche materna (tanto para las extracciones de leche, como en la alimentación mediante otros métodos), resultaba, aunque algo estricto, de cierto efecto calmante para ellos. Estos padres parecen encontrar su forma de contribuir desde tareas de aspecto más técnico (34). Los padres del estudio liderado por Sweet, también llevaban a cabo las mismas actividades para ayudar a la LM. Además de que recalcan como el poder alimentar a sus hijos con el biberón les hacía sentir “100% involucrados” (44). Otras estrategias descritas en la literatura de carácter más general son: por un lado, esconder o inhibir los sentimientos y emociones negativas, y por otro lado, los padres encuentran en la vuelta a la actividad laboral, la forma de desconectar del entorno estresante de la UCIN, así como recuperar la confianza en uno mismo y la sensación de ser competente.

Esto último es importante tenerlo en cuenta, ya que es habitual que los padres perciban una sensación de descontrol y alienación sobre el cuidado de sus hijos (45). En relación al apoyo social, parece ser que el padre recurre más al personal sanitario que a otros padres que están en una situación similar, al contrario que la madre, la cual suele recurrir al apoyo de su pareja y de iguales (35). Finalmente, también hay padres que encuentran la forma de participar, involucrándose de forma activa en otros aspectos del cuidado de sus hijos (método canguro, cuidados diarios, etc.) además de con una voluntad muy positiva para aprender (45).

5. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El proceso de LM en el RNP es complejo y mediado por muchos factores que interactúan y se influyen mutuamente. Los factores contextuales juegan un papel importante, y la escasez de estudios en el ámbito español, no permiten conocer con exactitud como es realmente la experiencia de LM de las familias en este entorno, el cual aún no cumple completamente las recomendaciones de la OMS sobre lactancia materna, tan beneficiosa para el RNP. Además, la literatura parece indicar la necesidad de involucrar a la unidad familiar, y no solo a la madre, en los cuidados de sus hijos; empoderándoles por igual.

El objetivo principal es conocer las percepciones sobre la experiencia de lactancia materna de padres y madres de hijos prematuros durante el proceso de hospitalización en una unidad de cuidados intensivos y cuidados medios neonatales. Con los siguientes objetivos específicos:

- Identificar las barreras y facilitadores para la lactancia materna que perciben los padres y madres durante la hospitalización.
- Conocer cuáles son las estrategias que los padres y madres utilizan durante la hospitalización para contribuir al proceso de lactancia materna.
- Explorar cómo el proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos a la unidad de cuidados medios puede repercutir en la lactancia materna.

6. PARADIGMA Y MARCO TEÓRICO

El estudio del fenómeno de interés se sitúa desde un paradigma interpretativo o constructivista. La ontología de este se sitúa en el relativismo, donde las realidades son múltiples e intangibles, de base social y construidas en función de la experiencia vivida por un individuo o compartida por un colectivo. Pero estas construcciones no son inamovibles, sino flexibles así como sus realidades. Según la epistemología, transaccional y subjetivista, tanto el investigador como la persona objeto de estudio van a ser los productores de conocimiento, siendo éste el resultado de la interacción entre ambos. Los hallazgos fruto de esta interacción son subjetivos, y la verdad va a depender del significado y se encuentra mediada por la interpretación que se haga de ella. Por último, la metodología que define al paradigma interpretativo-constructivista es hermenéutica y dialéctica; las diferentes construcciones de la realidad son interpretadas, comparadas y contrastadas mediante un intercambio dialéctico. El objetivo final será obtener un consenso alrededor de esa construcción de la realidad (46).

Marco teórico: evolución y humanización del cuidado neonatal

La tecnificación de los cuidados ha conseguido aumentar la supervivencia en los recién nacidos prematuros, a expensas de la cercanía con la familia. Anteriormente, se creía que mantener esta distancia ayudaba a los neonatos en su evolución clínica evitando infecciones y que los padres sufrieran al ver a sus hijos en una situación crítica. También se tenía la idea errónea que, debido a la inmadurez propia de los neonatos, estos eran incapaces de percibir el apego y la cercanía de sus padres. Este tipo de modelo se mantuvo hasta la década de los 70, momento a partir del cual se empezó a valorar y conocer las consecuencias negativas de dicha tecnificación (47). Desde entonces se ha trabajado hacia el objetivo de promover conductas de apego y establecimiento y mantenimiento del vínculo entre padres e hijos; este tipo de estrategias están englobadas dentro del modelo Cuidados Centrado en el Desarrollo (CCD), el objetivo del cual es favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del neonato, por lo que las intervenciones van dirigidas a reducir el estrés, realizar cuidados que apoyen al recién nacido e integren en los cuidados a la familia (48). Algunos ejemplos de este tipo de intervenciones son el contacto piel con piel, el método canguro, el método NIDCAP y la promoción de la lactancia materna.

Hasta el siglo XX, no era algo inusual el hecho de que separasen al hijo de su madre tras el parto, lo cual a nivel de evolución humana supone una contradicción, ya que la supervivencia neonatal se basaba estrechamente con el contacto cercano y continuo, contacto piel con piel, del recién nacido con su madre. El contacto piel con piel definido como el colocar el cuerpo desnudo del neonato en el pecho de la madre justo tras el parto, se ha asociado con la regulación hormonal de la madre y estabilización del recién nacido, también se ha asociado de forma positiva con la lactancia materna, y reducción del dolor durante procedimientos dolorosos (49). El contacto piel con piel además, es uno de los componentes que contempla el método madre canguro. Inicialmente, este método intentaba suplir la inexistencia de las incubadoras en algunos entornos, la alta incidencia de infecciones nosocomiales y el abandono de los neonatos en algunos hospitales. En el caso de los recién nacidos de bajo peso, el método canguro, debido a sus similitudes con el cuidado en los marsupiales, supone una fuente de calor, alimento y estimulación para el neonato prematuro o de bajo peso, a la vez que intenta empoderar a los padres y madres del recién nacido, transfiriendo de forma gradual habilidades y responsabilidades para convertirse en el cuidador principal. Otros dos componentes del método canguro, que a priori no se relacionarían con este son, la lactancia materna, exclusiva dentro de sus posibilidades, y el alta precoz. Algunos de los beneficios asociados al método canguro son la reducción de morbilidad, incremento de la calidad del vínculo entre madre e hijo, y disminución de la estancia hospitalaria y costes en comparación con otros cuidados que se han llevado a cabo en neonatos de bajo peso (50).

Dentro de los CCD, como ya se ha mencionado, se encuentra el NIDCAP (*Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program*), un programa de evaluación e intervención creado por profesionales formados en neurodesarrollo, que se basa en observaciones conductuales del neonato antes, durante y después de procedimientos para a partir de ahí individualizar sus cuidados. Dicho programa constituye una serie de intervenciones principalmente a tres niveles: el macroambiente (luces y ruidos), el microambiente (postura, manipulaciones, dolor), y la familia. En este último se contempla como indispensable la figura del cuidador principal y que este establezca contacto y mantenga la interacción con su hijo para formar un apego y posterior vínculo de calidad; además de por supuesto, el apoyo de la lactancia materna y el anterior mencionado, método madre canguro (51). Adquirir e implantar estos modelos en las unidades neonatales supone un cambio que se refleja en la aplicación de nuevas políticas dentro de las unidades, como permitir la entrada 24

horas al padre y a la madre del recién nacido, horarios flexibles y más abiertos para los familiares, nuevos métodos de conservación de la leche materna; y por supuesto un posicionamiento en los profesionales, los cuales deben adaptarse para dejar su posición de cuidador principal por el de profesor o mentor de esos padres, enseñándoles habilidades y competencias, devolviéndoles el cuidado de sus hijos.

De Family Centered Care (FCC) a Family Integrated Care (FICare)

Tras reconocer la importancia que tienen los padres y madres en el cuidado del neonato se planteó un nuevo enfoque adherido al de CCD, conocido como Cuidados Centrados en la Familia (CCF), surgido en la segunda mitad del siglo XX, y que reconoce como núcleo del cuidado a la familia, recalcando la importancia que tiene el integrarla en los mismos cuidados del neonato (52). Los principios que guían los CCF, según Rosenbaum y colegas (53), son que: a) la responsabilidad última sobre las decisiones del neonato está en los padres, b) se anima a que los padres se involucren en el cuidado, c) cada familia debería tener la oportunidad de decidir cual quiere que sea su nivel de implicación, d) cada miembro de la familia debería ser tratado con respecto y de forma individualizada, y e) se deberían considerar las necesidades de todos los miembros de la familia. Seguir estos principios en relación al CCF se asocia con altos niveles de satisfacción parental en relación a los servicios prestados, y bienestar psicosocial de los padres y el niño.

Años más tarde, y con la aparición de ciertos resultados que apuntaban a que los CCF no eran suficientes (54), surgió el modelo conocido como Family Integrated Care (FIC o FICare). El FICare entiende a los padres como los cuidadores principales del neonato y compañeros del equipo de trabajo clínico (55). Dicho modelo surgió de entornos con recursos limitados donde las familias proporcionan los cuidados por necesidad más que por elección. Asimismo, se traslada a las unidades de cuidados intensivos modernas, de la mano de equipos pioneros en Canadá, Escandinavia e Inglaterra. Diversos estudios en población prematura han demostrado los beneficios que derivan de este modelo: aumento del peso del recién nacido, disminución del estrés parental (56), y la estancia hospitalaria. Se entiende que estos beneficios se pueden ver incrementados tanto para el neonato como para las familias en los casos donde se combine con la lactancia materna, el método canguro y una mayor presencia de los padres.

En el caso del FICare, este lleva la implicación de los padres un paso más allá, colocándolos en el centro de los cuidados y empoderándoles a la vez como cuidadores principales,

convirtiéndoles en un elemento clave para impulsar el cambio. Las diferencias y similitudes entre ambos modelos se detallan a continuación (**tabla 2**) (55).

	CCF (según Bliss ¹)	FICare (según RHC, Glasgow)
Implicación de los padres en el cuidado	Se anima a los padres a que formen parte de los cuidados del día a día, con responsabilidad que va aumentando desde el ingreso hasta el alta.	Los padres reciben entrenamiento y educación de forma estructurada. Se anima a los padres a que formen parte activa de los cuidados de su hijo.
Relaciones	El personal es el cuidador principal, animando a los padres a que formen parte del cuidado y que estén presentes.	Los padres son miembros de forma integral del equipo. El personal y la familia trabaja conjuntamente en el diseño e implementación del modelo.
Entorno	Los padres no tienen restricción de acceso a la unidad.	No hay restricción de acceso a la unidad y también se trabaja conjuntamente en el diseño de la unidad y su política.
Rol del personal	Animan a los padres a que se involucren en el cuidado.	El personal actúa como profesores y mentores, apoyando a la familia como cuidador principal. Todo el personal participa en el diseño y la implementación del modelo.
Comunicación	Los padres forman parte de la toma de decisiones. Se les invita a que estén presentes en la rondas.	Las familias participan activamente en las rondas y en los pases/partes, así como en la toma de decisiones. Se usan mensajes de video para involucrarles cuando no están presentes.
Apoyo de iguales		Los padres se conocen y se apoyan mutuamente. Los padres veteranos vuelven para compartir su experiencia.

Tabla 2. Diferencias y similitudes entre el modelo FCC y FIC (55).

¹Organización sin ánimo de lucro inglesa que pretende dar apoyo y ayudar a los padres y sus hijos nacidos prematuros; RHC: Royal Hospital for Children, Glasgow.

El Hospital Monte Sinai describe cuatro pilares básicos para la implementación del modelo, los cuales definen el mismo: educación a los padres, educación al personal, recursos y entorno, y apoyo de iguales (padres veteranos). El RHC de Glasgow añadió un quinto elemento para la implementación: la comunicación. Además, para Patel y colegas., las claves para llevar a cabo la implantación del FICare consisten en: la escucha activa de profesionales como de padres, empoderar a ambos para liderar el cambio, y aplicar la innovación (55).

Modelo de activos para la salud.

El modelo de activos apoya que los individuos, comunidades y organizaciones adquieran habilidades y competencias que aumenten sus oportunidades de salud y bienestar, además de promocionar la autonomía de los individuos y comunidades para el manejo de su situación de salud. Este modelo, apoyado sobre la teoría salutogénica, pretende explicar cuáles son esos recursos con los que cuentan las personas, que permiten que ellas puedan llegar a gestionar su salud de forma eficaz, incluso en situaciones de adversidad (57). Entonces, el activo en salud es definido por Morgan y Ziglio como un factor o recurso que potencia la capacidad de los individuos, comunidades o poblaciones para mantener la salud y el bienestar. Por lo tanto, estos activos pueden ser personales, familiares o comunitarios. Más concretamente, el modelo de activos comunitarios enfatiza el desarrollo de políticas y actividades que se basen en las capacidades y habilidades de los individuos que conforman esa comunidad, de esta manera es posible realizar un mapa de estos activos, identificando los talentos personales, colectivos y ambientales propios de ese contexto. Este método va más allá de la identificación de problemas o necesidades, ya que reconoce los talentos, habilidades y experiencias de las personas convirtiéndolas en una poderosa herramienta y de gran valor (58). A pesar de que el modelo de activos para la salud esté enfocado hacia una perspectiva de salud comunitaria, considero que algunos términos se pueden adaptar al fenómeno de interés. Más que activos para la salud, hablaríamos de “activos para la lactancia” y de igual forma que en el modelo original, éstos pueden ser personales, familiares y comunitarios. Los factores personales y familiares serían aquellos propios de madres y padres, y los comunitarios en cambio, harían referencia a aspectos propios de la unidad (profesionales, políticas, espacio físico, etc.), ya que sería éste el entorno habitual. Además, en este caso, los activos no irían en favor de las personas que los poseen (padres y madres), sino a favor de la salud del recién nacido, a través de un proceso concreto: la lactancia materna.

7. METODOLOGÍA

Diseño del estudio

El diseño que se plantea es etnometodológico, el cual se caracteriza por el estudio de las prácticas a través de las cuales las personas constituyen, regulan y comprenden sus actividades diarias, con el foco centrado en la acción social, intersubjetividad y la comunicación lingüística (59). Las prácticas que se quieren estudiar en este caso son aquellas que para los padres y madres rodean al proceso de lactancia materna durante la hospitalización.

Participantes

Los participantes serán padres y madres con hijos prematuros que durante el proceso de hospitalización han estado ingresados en unidades de cuidados intensivos y cuidados medios neonatales, y en relación a la alimentación, han recibido lactancia materna exclusiva o mixta. Es necesario mencionar que en este estudio, cuando se haga referencia a “padres y madres”, también se incluyen modelos familiares de madres homosexuales y madres solteras; pero debido a que lo más habitual en la literatura y en la práctica asistencial es encontrar un modelo familiar formado por un padre y una madre, se utilizará este término.

Los participantes que formarán parte del estudio deberán cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Progenitores de recién nacidos prematuros (menos de 37 semanas de gestación) hospitalizados en la UCIN o CMN, con una estancia mínima de 10 días entre las dos unidades.
- Progenitores que han optado por la LM exclusiva (directa o indirecta) o mixta
- Progenitores que se expresen en castellano o catalán.

Se segmentará el perfil de los participantes en función de las semanas de gestación del RNP y por el tipo de parto. Según datos del Instituto Nacional de Estadística del año 2017, en Baleares, los RNP nacidos por cesárea representan el 41%, y el 58% en el caso de partos eutócicos. Según la misma fuente, la distribución de los RNP según la edad gestacional es la siguiente: nacidos por debajo de la semana 28 el 5%; entre la semana 28 y 31, el 9%; y entre la semana 32 y 36, el 86% (60). Para facilitar la realización de los grupos, y debido a que son cifras pequeñas, los RNP menores de 28 SG, y los nacidos entre la semana 28 y 31, se

agruparán formando el 14%. Por lo tanto, la proporción prevista para un mínimo de 12 unidades familiares es la siguiente. También se adjunta una tabla para ilustrar la segmentación.

- Edad gestacional (menos de 28 SG hasta 31 SG: 14%; entre 32 y 36 SG: 86%)
Proporción para 12 unidades familiares: 2/10
- Tipo de parto (eutócico: 58%; cesárea: 41%)
Proporción para 12 unidades familiares: 7/5

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Edad gestacional	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
Parto	Ces.	Eut.	Ces.	Ces.	Ces.	Ces.	Eut.	Eut.	Eut.	Eut.	Eut.	Eut.

A: menos de 28 SG hasta 31 SG; B: entre 32 y 36 SG

Finalmente, los criterios de exclusión recogen a familias cuyo neonato haya fallecido durante la hospitalización (debido a la vulnerabilidad emocional que conlleva) o que presenten deformidades congénitas que hayan dificultado la lactancia de forma independiente a por ejemplo, la condición de prematuridad. También se excluirán progenitores menores de edad o con enfermedad mental, para asegurar una mejor comprensión del fenómeno de interés. Finalmente, las familias que no residan en la isla de Mallorca no formarán parte del estudio por motivos logísticos, ya que no sería posible que la investigadora ni las familias se desplazaran para la realización de las entrevistas y los grupos focales.

Ámbito del estudio

El Hospital Universitario Son Espases cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con un dotación de 12 camas, y una Unidad de Cuidados Medios Neonatales de 24 camas. Anualmente el hospital atiende a más de 250 recién nacidos prematuros. Incluye protocolos de alta precoz neonatal y de promoción de la lactancia materna, entre otros. Ambas unidades permiten la estancia durante 24 horas de la madre y el padre, u otro familiar autorizado; el horario para las visitas es diferente en cada unidad. Los RNP ingresados en la UCIN, una vez están lo suficientemente estables son trasladados a la unidad de CMN, y es en

esta unidad, donde se realiza el alta hospitalaria definitiva. Por último, aunque sea el hospital de referencia para el sector Ponent, también recibe las derivaciones del resto de hospitales de la isla de Mallorca, así como del resto del archipiélago balear. Aquellas familias cuyo lugar de residencia habitual está muy alejado del hospital o si provienen de alguna de las otras islas, pueden contar con una habitación privada en el hospital.

Muestreo y reclutamiento

El lugar desde el que se obtendrá la muestra serán las unidades neonatales del Hospital Universitario Son Espases. La investigadora, al ser alguien externo al entorno, precisará la figura del informante clave, en este caso habrá de dos tipos (61): uno será el supervisor de enfermería de la unidad y otro las enfermeras de la unidad, para que asesoren sobre cuáles son las familias más susceptibles de formar parte del estudio. Por lo tanto, el tipo de muestreo es intencional (62). Una vez se haya identificado una familia que se ajuste al perfil del participante según los criterios de inclusión se procederá a ofrecerle la posibilidad de formar parte del estudio en el momento previo al alta hospitalaria del recién nacido prematuro; el supervisor es el que cuenta con la información sobre cuál es el momento del alta. Tras presentar el proyecto al supervisor, se le pedirá que nos presente al equipo de trabajo de la unidad para familiarizarnos con el entorno y los trabajadores, una vez también hablado con las enfermeras, se les pedirá que hagan llegar casos de familias que crean que puedan formar parte del estudio.

Datos y técnicas de recogida

La técnica principal de recogida de datos será la entrevista semiestructurada (63). Ésta se realizará a cada padre y madre de manera conjunta, aunque se contempla realizar entrevistas individuales en el caso de que sea necesario. Se espera realizar unas 12 o 15 entrevistas, aunque el límite vendrá determinado por la saturación del discurso. Al comienzo de la entrevista se pedirá a los participantes que rellenen una ficha con algunos datos sociodemográficos de la pareja y referentes al recién nacido (**tabla 3**). Estos datos servirán posteriormente para describir a la muestra.

Padres y madres	Recién nacido
Edad	Semanas de gestación al nacimiento
Estado civil	Edad en el momento de la entrevista
Estudios máximos cursados	Peso al nacer
Situación laboral	Patología o evento de ingreso
Nacionalidad	Días de ingreso (entre ambas unidades)
Lugar de residencia habitual	Tipo de lactancia
	Experiencia previa de lactancia

Tabla 3. Listado de variables

La segunda técnica de recogida de datos será el grupo focal (64), para complementar la información recabada de las entrevistas, especialmente aquella relacionada con estrategias y la transición entre unidades. Se formarán grupos de 5 parejas, es decir, un total de diez personas. Tanto las entrevistas como los grupos focales se llevarán a cabo entre el primer y tercer mes posterior al alta hospitalaria para poder dar tiempo a las familias a que se ajusten a su nueva dinámica familiar. El guion que se seguirá en las entrevistas y los grupos focales es el siguiente:

1. ¿Cómo fue vuestra experiencia cuando vuestro hijo/a estuvo hospitalizado?
2. ¿Cómo creéis que fue el proceso de lactancia? ¿Cuáles eran vuestras expectativas?
3. Describid un día de lactancia típico. ¿Qué cosas de la unidad, de los profesionales, o de vosotros mismos, ayudaban al proceso de lactancia, y cuales las dificultaban?
4. ¿Qué estrategias o métodos poníais en práctica para conseguir que el proceso de lactancia fuese adecuadamente? ¿Siempre iba como esperabais?
5. En relación a la lactancia, ¿cómo fue el cambio de la unidad de cuidados intensivos a la de cuidados medios, que destacaríais de este cambio?

**Este listado de preguntas es flexible y puede ajustarse en función de cada entrevista*

El lugar donde se llevarán a cabo las entrevistas se pactará con las familias, este podrá ser en el domicilio o en una sala habilitada en la universidad (UIB), ya que se considera un lugar

neutro y con facilidad de acceso. Se espera una duración media de 60 minutos por entrevista, y para no influir en las dinámicas familiares y la necesidad de cuidado de su hijo, este podrá estar presente durante la entrevista, parándose la misma si es necesario para atender a los cuidados que éste necesite. Para el grupo focal, también se contará con una sala en la universidad, y se garantizará la presencia de un cuidador o niñera para poder dejar a su cargo a sus hijos durante la realización del grupo focal. Se hará llegar un informe a los participantes del grupo focal para realizar el *member checking*, y así poner en conocimiento de los participantes las conclusiones fruto de la sesión, y si están de acuerdo con ellas o si creen necesario cambiar o ampliar alguna información. Tanto las entrevistas como los grupos focales serán grabados con grabadora digital. Finalmente, durante toda la investigación se utilizará el diario de campo para tomar notas reflexivas, teóricas y metodológicas.

8. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RIGOR

Análisis de los datos

La recolección de datos surgidos de las técnicas utilizadas, así como el análisis de estos se harán de forma simultánea hasta la saturación del discurso. Se transcribirán las grabaciones de las entrevistas y grupos focales. Se llevará a cabo un análisis de contenido de forma inductiva, sin categorías previamente concebidas, las narrativas relevantes o partes del texto que los participantes usen para describir su experiencia se usarán para crear códigos que serán agrupados y posteriormente analizados y comparados, después se volverán a revisar las entrevistas para identificar elementos en común. Categorías o patrones compartidos entre las entrevistas se agruparán para crear temas o unidades de análisis más amplios y generales. Finalmente, estas agrupaciones se relacionarán con los conceptos teóricos (65). Se utilizará el programa informático Atlas.ti para recoger la información obtenida del análisis de las entrevistas, sus verbatines, así como para relacionar conceptos, en el caso de que fuese necesario.

Elementos de rigor

El haber hecho un ejercicio de reflexividad previo nos permite tener una postura cercana al fenómeno de estudio, ya que es a partir de este ejercicio desde donde se obtienen los argumentos para la realización del estudio y su diseño, además de conocer o anticiparse a futuros problemas o conflictos que puedan aparecer durante la investigación (66). Se espera que la saturación actúe como elemento de rigor, ya que nos asegura el haber conseguido la

totalidad de los datos sobre el fenómeno de estudio. Si en cambio se produce una saturación del discurso de forma precoz, haría pensar en la necesidad de ampliar el reclutamiento. Entonces se utilizaría un muestreo teórico, el cual nos facilita el acceso a discursos emergentes que hubiesen podido pasar desapercibidos durante la investigación. Otro elemento de rigor es la triangulación (67), en este caso se usarán los siguientes métodos: a) la triangulación de técnicas: el uso de dos tipos de técnicas conversacionales, entrevista semi-estructurada y grupos focales, además de que a todo esto se le añade el diario de campo, b) la triangulación de investigadores: junto a otro investigador conocedor del fenómeno de estudio, se repasará el proceso de categorización y agrupación de los elementos identificados mediante las técnicas conversacionales, c) la triangulación de datos mediante el *member checking* en el caso del grupo focal, y por último, d) la triangulación de perspectivas teóricas, utilizando tanto el modelo de cuidados integrando a la familia (FiCare), como el modelo de activos.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se seguirán los principios de no maleficencia, respeto y justicia. El primero se garantizará mediante una evaluación de los riesgos que supondría formar parte de la investigación, minimizándolos en la elaboración del diseño, en este caso podría haber vulnerabilidad emocional durante las entrevistas y los grupos focales. Para ello se establecerá una relación cercana con los participantes, basada en la empatía y el respeto. El segundo principio se garantizará mediante la hoja de consentimiento informado, la cual respaldará la voluntariedad de formar parte del estudio, así como el derecho de dejarlo en cualquier momento, y la confidencialidad y el anonimato. Por último, el relación al principio de justicia, se ha de facilitar a los participantes los riesgos y beneficios de formar parte de la investigación mediante la hoja de información.

Tras la aprobación del hospital para la realización del estudio y del comité de investigación del centro, se procederá a enviar la solicitud al Comité de Ética de les Illes Balears para su valoración junto a la documentación necesaria. A aquellas familias identificadas para formar parte del estudio se les facilitará la hoja de información y la hoja de consentimiento informado, el modelo de cada una de ellas se puede encontrar en los **anexos 1 y 2**. Se facilitarán ambos documentos a la madre y al padre del recién nacido. Es en estos documentos donde se especifican los posibles riesgos que conlleva para los participantes el colaborar en la investigación, así como la garantía de que pueden dejar el estudio cuando ellos consideren.

También en ellos se les da a conocer la confidencialidad de los datos, la cual se llevará a cabo mediante la codificación de las entrevistas, así como en la difusión de los datos, no haciendo explícita la identidad de ningún participante.

10.LIMITACIONES

Algo que puede suceder, inherente al uso de informantes clave, es que no aparezcan discursos emergentes, que igualmente ofrecen información que puede ser relevante para la investigación. Un factor a tener en cuenta, aunque puede que no tan habitual, es la homogeneización del discurso cuando se entreviste a familias, especialmente en el caso de las madres, que hayan compartido en el tiempo la experiencia de haber estado hospitalizadas y que hayan hablado de su experiencia durante la misma. Pero esta circunstancia tendrá especial relevancia en el caso de los grupos focales, dónde la homogeneización del discurso puede producirse más fácilmente.

11. IMPLICACIONES

Para la asistencia, conocer las percepciones de las familias sobre la lactancia durante el proceso de hospitalización contribuiría al conocimiento de los profesionales sobre necesidades o potenciales de mejora del asesoramiento en lactancia. Aunque sería desde la incorporación de este conocimiento en la gestión dónde se puede comenzar a realizar verdaderos cambios, por ejemplo, desde la mejora de los protocolos ya existentes de promoción de la lactancia materna o impulsando iniciativas que tengan en cuenta los recursos que más utilizan o que mayor beneficio podrían obtener las familias. Tampoco hay que olvidar que la integración de la mirada subjetiva de la población es también uno de los pilares de la práctica clínica basada en la evidencia. Incorporar los conocimientos fruto de la investigación se pueden incorporar a la docencia, tanto en estudios de grado como en formación especializada y de posgrado, que vaya enfocada a la lactancia materna o al cuidado del recién nacido prematuro, ampliando las capacidades y competencias de los profesionales. Asimismo, a partir de este conocimiento, se pueden impulsar iniciativas para la población general, como por ejemplo, neutralizando los factores externos que interfieren en la lactancia materna o fomentando la importancia del apoyo social. Finalmente, también se abre la puerta para futuras investigaciones y la posibilidad de estudiar el fenómeno desde otras perspectivas; en un diseño de investigación-acción participativa se puede promover un proceso de implantación del modelo FICare, el cual considera a las familias un motor imprescindible de

cambio; y contar con resultados de un estudio previo de carácter exploratorio como el propuesto en este proyecto, sería enriquecedor. De este mismo modo, un estudio como éste puede ampliarse en el futuro al contrastar las percepciones de las familias con la de los profesionales sanitarios, en busca de puntos en común y discrepancias sobre las prácticas que rodean al proceso de lactancia materna en recién nacidos prematuros.

12. CRONOGRAMA

Se espera una duración de alrededor de tres años para la realización del estudio. El calendario se adjunta a continuación.

Fase del proyecto	Período
Revisión de la literatura y marco teórico	Septiembre 2019 – Enero 2020
Peticion de permisos al hospital y al comité de ética.	Enero 2020 – Marzo 2020
Recogida de datos	Abril 2020 – Septiembre 2020
Análisis de los datos	Abril 2020 – Marzo 2021
Redacción del informe	Marzo 2021 – Agosto 2021

Al finalizar el informe se contactaría con las revistas para publicar los resultados y se llevaría a cabo la difusión de los resultados.

13. TRANSFERENCIA Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se llevará a cabo la publicación de los resultados en revistas científicas cuyo tema de interés sea similar, así como la divulgación mediante conferencias. A los participantes del estudio se les hará llegar un tríptico con los principales resultados y las implicaciones que éstos conllevan, y de forma que los puedan comprender. Por último, dar a conocer los resultados a los trabajadores y a las unidades que han formado parte del estudio, a través de una sesión informativa y posters.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rellan Rodriguez S, Garcia de Ribera C, Paz Aragón Garcia M. El nacimiento prematuro. En: Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología [Internet]. 2008 [citado 7 de febrero de 2019]. p. 68-77. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/
2. OMS. Nacimientos prematuros. Organ Mund la Salud [Internet]. 2013 [citado 7 de febrero de 2019];1. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. Organización Mundial de la Salud. Nacidos demasiado pronto: Informe de acción global sobre nacimientos prematuros. 2012 [citado 16 de enero de 2019];12. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born-too-soon_execsum_es.pdf?ua=1
4. Instituto Nacional de Estadística. Nacimientos por tipo de parto, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre. [Internet]. INE. 2014 [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/nacim/a2017/10/&file=01011.px>
5. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller A, et al. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health*. 2013;10(Suppl 1):S2.
6. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra; 2015.
7. Ministerio de Sanidad. Actividad obstétrica: tasa de cesáreas por año. [Internet]. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). 2019 [citado 14 de junio de 2019]. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/Comun/Cubo.aspx?IdNodo=14041>
8. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: A systematic analysis and implications. *Lancet* [Internet]. 2012;379(9832):2162-72. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60820-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60820-4)
9. OMS. Born Too Soon. The Global Action Report on Preterm Birth. 2012.

10. Watkinson M, Murray C, Simpson J. Maternal experiences of embodied emotional sensations during breast feeding: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Midwifery* [Internet]. 2016;36:53-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.019>
11. Fernández Medina IM, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM, Camacho Ávila M, López Rodríguez M del M. Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth* [Internet]. 2018;31(4):325-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008>
12. Claesson IM, Larsson L, Steen L, Alehagen S. «You just need to leave the room when you breastfeed» Breastfeeding experiences among obese women in Sweden - A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [citado 13 de enero de 2019];18(1):39. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29357814>
13. Rossman B, Kratovil AL, Greene MM, Engstrom JL, Meier PP. «I have faith in my milk»: The meaning of milk for mothers of very low birth weight infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *J Hum Lact*. 2013;29(3):359-65.
14. Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Mur Villar N, Hermoso Rodríguez E, Latorre García J. Efecto de la nutrición sobre el crecimiento y el neurodesarrollo en el recién nacido prematuro; revisión sistemática. *Nutr Hosp*. 2015;31(2):716-29.
15. Briere C, Lucas R, McGrath JM, Lussier M, Brownell E. Establishing Breastfeeding with the Late Preterm Infant in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. enero de 2015 [citado 22 de febrero de 2019];44(1):102-13. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217515317755>
16. Brown A, Raynor P, Lee M. Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: A comparative study. *J Adv Nurs*. 2011;67(9):1993-2003.
17. Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. Association Between Breastfeeding and Breast Cancer Risk: Evidence from a Meta-analysis. *Breastfeed Med* [Internet]. 2 de abril de 2015 [citado 25 de mayo de 2019];10(3):175-82. Disponible en: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2014.0141>
18. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna [Internet]. 2012 [citado 7 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>

19. UNICEF. Breastfeeding: a mother's gift, for every child [Internet]. 2018 [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en:
https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_Breastfeeding_A_Mothers_Gift_for_Every_Child.pdf
20. MInisterio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017 [Internet]. 2018 [citado 16 de enero de 2019]. p. 1-12. Disponible en:
http://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf
21. Lau C. Breastfeeding Challenges and the Preterm Mother-Infant Dyad: A Conceptual Model. *Breastfeed Med* [Internet]. 2017 [citado 3 de marzo de 2019];13(1):8-17. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5770126/pdf/bfm.2016.0206.pdf>
22. Demirci JR, Happ MB, Bogen DL, Albrecht SA, Cohen SM. Weighing worth against undertain work: The interplay of exhaustion, ambiguity, hope and dissatisfaction in mothers breastfeeding late preterm infants. *Matern Child Nutr*. 2015;11(1):59-72.
23. Gianni ML, Bezze EN, Sannino P, Baro M, Roggero P, Muscolo S, et al. Maternal views on facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants. *BMC Pediatr* [Internet]. 27 de agosto de 2018 [citado 25 de abril de 2019];18(1):283. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30149811>
24. Lee TY, Lee TT, Kuo SC. The experiences of mothers in breastfeeding their very low birth weight infants. *J Adv Nurs*. 2009;65(12):2523-31.
25. Hurst N, Engebretson J, Mahoney JS. Providing mother's own milk in the context of the NICU: A paradoxical experience. *J Hum Lact*. 2013;29(3):366-73.
26. Bower K, Burnette T, Lewis D, Wright C, Kavanagh K. «I Had One Job and That Was to Make Milk»: Mothers' Experiences Expressing Milk for Their Very-Low-Birth-Weight Infants. *J Hum Lact*. 2017;33(1):188-94.
27. Alves E, Rodrigues C, Fraga S, Barros H, Silva S. Parents' views on factors that help or hinder breast milk supply in neonatal care units: systematic review. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed* [Internet]. noviembre de 2013 [citado 22 de febrero de 2019];98(6):F511-7. Disponible en:
<http://fn.bmj.com/lookup/doi/10.1136/archdischild-2013-304029>
28. Myers D, Rubarth LB. Facilitating Breastfeeding in the Neonatal Intensive Care Unit: Identifying Barriers. *Neonatal Netw J Neonatal Nurs*. 2013;32(3):206-12.

29. Ikonen R, Paavilainen E, Kaunonen M. Preterm Infants' Mothers' Experiences with Milk Expression and Breastfeeding: An Integrative Review. *Adv Neonatal Care*. 2015;15(6):394-406.
30. Gianni ML, Bezze E, Sannino P, Stori E, Plevani L, Roggero P, et al. Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers' experiences. *BMC Pediatr* [Internet]. 2016 [citado 25 de abril de 2019];16(1):179. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27821185>
31. Sisk P, Quandt S, Parson N, Tucker J. Breast milk expression and maintenance in mothers of very low birth weight infants: Supports and barriers. *J Hum Lact*. 2010;26(4):368-75.
32. Cescutti-Butler L, Hemingway A, Hewitt-Taylor J. "His tummy's only tiny" – Scientific feeding advice versus women's knowledge. Women's experiences of feeding their late preterm babies. *Midwifery* [Internet]. 2019;69:102-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.001>
33. Rossman B, Greene MM, Kratovil AL, Meier PP. Resilience in Mothers of Very-Low-Birth-Weight Infants Hospitalized in the NICU. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2017;46(3):434-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2016.11.016>
34. Denoual H, Dargentas M, Roudaut S, Balez R, Sizun J. Father's role in supporting breastfeeding of preterm infants in the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [citado 29 de abril de 2019];6:e010470. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27338878>
35. Hagen IH, Iversen VC, Svindseth MF. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: A qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatr* [Internet]. 2016 [citado 29 de abril de 2019];16(1):92. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27422718>
36. Parker MG, Gupta M, Melvin P, Burnham LA, Lopera AM, Moses JM, et al. Racial and Ethnic Disparities in the Use of Mother's Milk Feeding for Very Low Birth Weight Infants in Massachusetts. *J Pediatr* [Internet]. 2019;204:134-141.e1. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.036>

37. Romaine A, Clark RH, Davis BR, Hendershot K, Kite V, Laughon M, et al. Predictors of Prolonged Breast Milk Provision to Very Low Birth Weight Infants. *J Pediatr* [Internet]. 2018;202:23-30.e1. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.07.001>
38. Zachariassen G, Faerk J, Grytter C, Esberg BH, Juvonen P, Halken S. Factors associated with successful establishment of breastfeeding in very preterm infants. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2010;99(7):1000-4.
39. Kair LR, Colaizy TT. Breastfeeding Continuation Among Late Preterm Infants: Barriers, Facilitators, and Any Association With NICU Admission? *Hosp Pediatr*. 2016;6(5):261-8.
40. Cuttini M, Croci I, Toome L, Rodrigues C, Wilson E, Bonet M, et al. Breastfeeding outcomes in European NICUs: Impact of parental visiting policies. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2019;104(2):F151-8.
41. Alonso-Díaz C, Utrera-Torres I, De Alba-Romero C, Flores-Antón B, Lora-Pablos D, Pallás-Alonso CR. Breastfeeding Support in Spanish Neonatal Intensive Care Units and the Baby-Friendly Hospital Initiative: A National Survey. *J Hum Lact*. 2016;32(4):613-26.
42. Rossman B, Engstrom JL, Meier PP, Vonderheid SC, Norr KF, Hill PD. «They've Walked in My Shoes»: Mothers of very low birth weight infants and their experiences with breastfeeding peer counselors in the neonatal intensive care unit. *J Hum Lact*. 2011;27(1):14-24.
43. Bujold M, Feeley N, Axelin A, Cinquino C. Expressing Human Milk in the NICU: Coping mechanisms and challenges shape the complex experience of closeness and separation. *Adv Neonatal Care*. 2018;18(1):38-48.
44. Sweet L, Darbyshire P. Fathers and breast feeding very-low-birthweight preterm babies. *Midwifery* [Internet]. 2009;25(5):540-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2007.09.001>
45. Provenzi L, Santoro E. The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: A systematic review of qualitative studies. *J Clin Nurs*. 2015;24(13-14):1784-94.
46. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. En: *Handbook of qualitative research*. 1994. p. 105-17.

47. Albaladejo Santamaría A. La experiencia de tener a un hijo/a en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales [Internet]. 2014 [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/671785/albadajejo_santamaria_ainar_atfg.pdf?sequence=1
48. López Maestro M, Melgar Bonis A, De La Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Mosqueda Peña R, Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr*. 2014;81(4):232-40.
49. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 25 de noviembre de 2016 [citado 26 de diciembre de 2018];(11). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
50. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants [Internet]. Vol. 7, Evidence-Based Child Health. John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [citado 26 de diciembre de 2018]. p. 760-876. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002771.pub4>
51. Harillo D, Juan AI, Becerra IR, López Martínez Á. The philosophy of the developmental centred care of the premature infant (NIDCAP): a literature review. *Enferm Glob* [Internet]. 2017;(48):577-89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.263721>
52. Legnani C, Poli D, Palareti G, Cosmi B, Toso A, Testa S, et al. Family centered care for infants born preterm: comparing parents' and physical therapists' perceptions. *Int J Lab Hematol*. 2015;38(1):42-9.
53. Rosenbaum P, King S, Law M, King G, Evans J. Family-centred service: A conceptual framework and research review [Internet]. Vol. 18, Physical and Occupational Therapy in Pediatrics. Taylor & Francis; 1998 [citado 12 de marzo de 2019]. p. 1-20. Disponible en: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/J006v18n01_01
54. Macdonell K, Bracht M, Galarza M, Dicky T, Lee SK, Christie K, et al. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 31 de enero de 2013 [citado 8 de marzo de 2019];13(Suppl 1):S12. Disponible en: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-S1-S12>

55. Patel N, Ballantyne A, Bowker G, Weightman J, Weightman S. Family Integrated Care: Changing the culture in the neonatal unit. *Arch Dis Child*. 2018;103(5):415-9.
56. Broom M, Parsons G, Carlisle H, Kecskes Z, Dowling D, Thibeau S. Exploring Parental and Staff Perceptions of the Family-Integrated Care Model: A Qualitative Focus Group Study. *Adv Neonatal Care*. 2017;17(6):E12-9.
57. Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Esp Sanid Penit [Internet]*. 2013;15:78-86. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v15n3/01_editorial.pdf
58. Hernán M, Morgan A, Mena ÁL, editores. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Pública Andaluza de Salud; 2010. 181 p.
59. Hanzelíková Pogrányivá A, Noriega Matanza C. Introducción a la investigación sociosanitaria: Diseño de estudios cualitativos características generales y conceptos básicos de la investigación cualitativa (1.ª Parte). *Enfermería en Cardiol [Internet]*. 2016;23(67):50-7. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/68_01.pdf
60. Instituto Nacional de Estadística. Partos según residencia de la madre por Comunidad Autónoma, tipo de parto y tiempo de gestación. [Internet]. 2017 [citado 30 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/parto/a2017/10/&file=10004.px>
61. Marshall MN. The key informant technique. *Fam Pract [Internet]*. 1996;13(1):92-7.
62. Coyne IT. Sampling in qualitative research: purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nurs [Internet]*. 1997;26:623-30. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-25-00999.x>
63. Baumbusch J. Semi-structured interviewing in practice-close research. *J Spec Pediatr Nurs*. 2010;15(3):255-8.
64. Amezcua M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*. 2013;13(2):112-7.
65. Fernandez Núñez L. ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí LaRecerca [Internet]*. 2006;1-13. Disponible en: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>
66. Darawsheh W, Stanley M. Reflexivity in research: Promoting rigour, reliability and validity in qualitative research. *Int J Ther Rehabil*. 2014;21(12):560-8.
67. Tuckett A. Part II: Rigour in qualitative research: complexities and solutions. *Nurse Res*. 2005;13(1):29-42.

ANEXOS

Anexo 1. Hoja de información.

Título del estudio: Experiencia de lactancia materna de padres y madres de prematuros durante la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos y medios neonatales.

Investigador principal: Laura Capitán Moyano

Centro: Universidad de las Islas Baleares

Introducción

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. Dicho estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de les Illes Balears, de acuerdo a la legislación vigente. Se le facilita esta hoja informativa para que cuente con la información correcta y suficiente para que pueda juzgar si desea participar o no en este estudio. Para ello lea con atención el siguiente documento, cualquier duda que pueda surgir se le aclarará.

Participación voluntaria

Debe saber que su participación en el estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o retirar su consentimiento en cualquier momento si así lo considera. Ha de saber que no se recogerán nuevos datos, pero se mantendrán los recogidos hasta el momento a no ser que así usted lo manifieste.

Propósito de la investigación

El objetivo de la investigación es conocer vuestra experiencia en relación al proceso de lactancia materna durante la hospitalización de vuestro hijo en las unidades de cuidados intensivos y cuidados medios neonatales. Las técnicas que se utilizarán para recoger los datos serán: a) una entrevista semiestructurada y conjunta a ambos miembros de la pareja, cuya duración esperada es de 60 minutos, en el lugar y día acordado (domicilio o una sala en la UIB) y b) la realización de un grupo focal en el que participarán 5 parejas que han vivido una experiencia similar a la vuestra. Éste se realizará en la UIB y habrá presente un cuidador para dejar a su hijo a su cargo. Durante ambas técnicas se utilizará una grabadora de audio y la investigadora principal tomará notas. Antes de la realización de la entrevista se le pedirá que rellene una hoja dónde consten algunos datos personales suyos y de su hijo. Para la entrevista se puede utilizar la lengua castellana o catalana, a su elección.

Beneficios y riesgos derivados de su participación del estudio

Conocer vuestra experiencia podrá contribuir a mejorar la práctica en relación al apoyo de la lactancia a familias que viven una situación similar a la vuestra y garantizar un cuidado de calidad. Participar en este estudio le supondrá el tiempo de asistencia a la entrevista y el grupo focal. En el caso de que decida participar es importante que comprenda que:

- Puede ejercer su derecho de retirarse de la investigación cuando considere oportuno.
- Antes de cada entrevista se le proporcionará la oportunidad de aclarar dudas.
- La información obtenida servirá a la elaboración de publicaciones y presentaciones científicas.

Confidencialidad

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a los dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales, y en su reglamento de desarrollo. Usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Sus datos recogidos estarán identificados mediante un código y solo la investigadora podrá relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de requerimiento legal.

Compensación económica

Su participación en el estudio no le supone compensación económica ni de servicio.

Otra información de interés

Si usted así lo desea, tras la finalización del estudio se le hará llegar un tríptico con la información más relevante recabada del estudio.

Anexo 2. Consentimiento informado

Nombre del estudio: Experiencia de lactancia materna de padres y madres de prematuros durante la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos y medios neonatales.

Yo (nombre y apellidos):

- He leído la hoja de información que se ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con la investigadora Laura Capitán Moyano, investigadora principal del estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera
 - Sin tener que dar explicaciones
 - Sin que esto repercuta a la relación con la investigadora principal
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y la utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información:
- Acepto participar en la entrevista y el grupo focal. Entiendo que ambas serán registradas en grabadora digital y que la investigadora principal tomará notas durante estas.

Entiendo que podré mantener el contacto con ella mediante

El teléfono _____

y el correo electrónico _____

Firma del participante:

Firma de la investigadora:

Anexo 3. Descripción de los artículos incluidos en la revisión de la literatura.

Autores (país)	Año	Objetivos	Diseño y método	Muestra	Resultados/Conclusiones
Rossman, et al. (EEUU)	2013	Describir el significado de la leche para las madres que dan leche a RN de muy bajo peso en la UCIN.	Fenomenología. Entrevistas en profundidad y observación participativa.	23 madres	Las madres creían en los beneficios de la leche materna, lo cual las motivaba a dar lactancia y/o usar el sacaleches incluso a pesar de que esto último les disgustara.
Chantal	2017	Proponer un modelo explicativo de cuáles son los retos para la lactancia del RNP.	Revisión.	-	En el proceso de LM aparecen en juego muchos factores externos y factores propios del RN y de la madre que van a interferir con la LM. Éstos últimos, a su vez, se influyen entre ellos.
Demirci, et al. (EEUU)	2015	Describir el proceso de establecimiento de la LM en el RNP tardío.	Teoría fundamentada. Entrevistas semiestructuradas y otras técnicas tipo <i>self report</i> (audio, diario, etc.)	10 madres	El proceso de LM fluctúa y funciona mediante ensayo-error. Está influenciado por factores contextuales que pueden determinar la continuación o el cese de la lactancia.
Gianni, et al. (Italia)	2018	Investigar las barreras y facilitadores que para las madres de RNP, hospitalizados en UCIN, interfieren con la LM.	Transversal. Cuestionario adaptado al italiano sobre barreras y facilitadores.	64 madres	Las madres, en general, percibieron un apoyo adecuado durante la hospitalización. El 30% de las madres reportó algún tipo de barrera para la lactancia. En concreto, los niños con más problemas de succión o madres que producían menor cantidad tenían más riesgo de que el RN recibiese leche de fórmula en el momento del alta.
Lee, et al. (Taiwán)	2009	Describir la experiencia de LM para madres de RN de muy bajo peso.	Fenomenología. Entrevistas en profundidad.	31 madres	Querer compensar por el parto prematuro es una motivación para iniciar y mantener la lactancia. Estas madres aprendieron a extraerse leche y esto gradualmente las conectaba con sus hijos.

Hurst, et al. (EEUU)	2013	Entender la experiencia de madres de RNP hospitalizados, en relación a la rutina diaria de uso del sacaleches.	Etnografía. Entrevistas semiestructuradas y en profundidad, y observación.	14 madres	La visión de la experiencia de extraerse leche como algo paradójico, éste es a la vez un puente y un acantilado para establecer una conexión con sus hijos.
Bower, et al. (EEUU)	2017	Describir la experiencia de extraerse leche para madres de RN de muy bajo peso ingresados en una UCIN.	Fenomenología. Entrevistas en profundidad.	11 madres	La experiencia de extraerse leche se acompaña de cansancio físico y emocional. Las madres se presionaban para llegar a unos objetivos, además de dedicar mucho tiempo a esta tarea.
Alves, et al.	2013	Analizar y resumir los factores que ayudan o dificultan la provisión de leche materna en la UCIN según padres y madres.	Revisión	5 estudios cualitativos y 2 diseños mixtos	Algunos de los facilitadores fueron el conocimiento de la técnica para extraerse leche y los beneficios de la leche materna. Así como la motivación y la adaptación de la unidad a los padres. La relación entre padres y profesionales suponía un gran facilitador. Las características de la UCIN se identificaban más como barrera.
Myers, et al (EEUU)	2013	Identificar las barreras y facilitadores para la LM de RNP durante la hospitalización en UCIN.	Transversal. Encuesta a madres y profesional sanitario.	15 madres y 45 enfermeras	Ambos grupos identificaron los beneficios de la LM como un facilitador, además de asociar la LM con un acto de empoderamiento. Los dos grupos identificaron como barreras el acceso limitado a los sacaleches de la unidad y a asesores en lactancia.

Ikonen, et al.	2015	Explorar la experiencia emocional y práctica de las madres de RNP en relación a la extracción de leche y LM desde el nacimiento del RN hasta el momento del alta hospitalaria, y el cese de la lactancia.	Revisión	20 estudios cualitativos y 3 estudios cuantitativos	El afrontamiento es un tema recurrente. Los beneficios de la lactancia son tanto un facilitador con una barrera. La lactancia es un método para reconstruir la maternidad y la conexión. A la vez, las madres afrontan nuevas demandas, como un entorno de la UCIN que dificulta la LM, las extracciones de leche, y dificultades en la LM.
Gianni, et al. (Italia)	2016	Identificar las barreras y facilitadores para la LM en la UCIN según madres de RNP tardíos.	Transversal. Encuesta a madres sobre barreras y facilitadores.	95 madres	Practicar el método canguro tiene un efecto protector hacia la LM, mientras que haberse extraído leche materna estaba asociado de forma independiente con la alimentación del RN con cualquier otro tipo de leche, ya sea de donante o de fórmula.
Rossmann, et al. (EEUU)	2017	Desarrollar el concepto de resiliencia en madres de RN de muy bajo peso ingresados en la UCIN.	Fenomenología Entrevistas en profundidad y observación participativa	23 madres	Las madres participantes mostraron resiliencia durante la hospitalización. Destaca el papel que juegan los profesionales sanitarios y madres consejeras en lactancia como elementos de apoyo.
Denoual, et al. (Francia)	2016	Analizar las creencias sociales, representaciones y experiencias de padres de RNP en relación a la LM.	Etnometodología. Entrevistas semiestructuradas.	20 padres	Para los padres, conocer las propiedades beneficiosas de la leche materna es un motivo para llevar a cabo LM, pero también el deseo de participar en el cuidado, que pueden hacer que se tome otra decisión en cuanto a la lactancia. Por otro lado, el padre encuentra una forma de contribuir a la lactancia mediante tareas más técnicas.

Hagen, et al. (Noruega)	2016	Explorar y describir las estrategias de afrontamiento de padres y madres de niños que han sido ingresados en una UCIN.	Etnometodología. Entrevistas semiestructuradas.	8 madres y 8 padres	La experiencia de tener un hijo en la UCIN es caótica y estresante para ambos progenitores. El padre intenta ser la parte fuerte de la pareja y encuentra apoyo en los profesionales sanitarios, por otro lado, las madres encuentran más apoyo en su pareja y en otras familias de la unidad que pasan por una situación similar.
Cuttini, et al.	2019	Explorar si políticas en la UCIN más liberales se asocian con un incremento de la LM en el momento del alta.	Cohorte prospectiva.	19 regiones de 11 países europeos.	Las diferencias entre unidades sobre que políticas se implantan son muy variadas. Pero en aquellas unidades con medidas más liberales, hay el doble de posibilidades de que los RN se vayan de alta con alimentación de leche materna exclusiva o lactancia materna directa exclusiva.
Alonso-Díaz, et al (España)	2016	Comparar el apoyo a la LM de hospitales que tienen incorporada, o están en proceso de incorporar, la iniciativa “Baby Friendly Hospital” (grupo 1), con hospitales que no la tienen incorporada (grupo 2).	Transversal. Encuesta.	129 unidades neonatales (38 en el grupo 1, 91 en el grupo 2).	Las unidades de hospitales españoles que están adheridos, o en proceso de adherirse, a la iniciativa “Baby Friendly” tienen mejor implantación de medidas que promueven y apoyan a la lactancia materna.

Rossman, et al. (EEUU)	2011	Describir la experiencia de madres de RN de muy bajo peso que han recibido asesoramiento en lactancia de madres consejeras en lactancia en la UCIN.	Fenomenología. Entrevistas semiestructuradas.	21 madres	Las madres del estudio enfatizan que uno de los aspectos más importantes de la relación con la madre consejera en lactancia, es el intercambio de experiencias sobre las dificultades de la lactancia.
Provenzi, et al.	2015	Comprender la experiencia de padres de RNP ingresados en la UCIN.	Revisión	14 estudios cualitativos	La vivencia de esta experiencia en los padres también se caracteriza por tener altos y bajos. Los padres también tienen necesidades y ponen en prácticas estrategias de afrontamiento, como centrarse en el trabajo. Los padres también quieren involucrarse en el cuidado de sus hijos.
Cescutti-Butler, et al. (Inglaterra)	2019	Explorar las experiencias de madres de RNP tardíos sobre la LM.	Fenomenología. Enfoque feminista. 2 entrevistas semiestructuradas	14 madres	Las madres seguían las recomendaciones de los médicos y enfermeras sobre las pautas de lactancia; pero las madres sentían que tenían poca participación en este proceso.
Parker et al. (EEUU)	2019	Analizar en qué medida se asocia la raza o etnia con la LM de RN de muy bajo peso y con las medidas que promueven la misma lactancia.	Cohorte prospectiva.	1318 madres	Hay diferencias por etnia en el mantenimiento de la LM pero no en el inicio. Medidas como el método canguro se dan con menor frecuencia en madres hispanas.

Romaine, et al. (EEUU)	2018	Identificar los factores que se asocian con una mayor prolongación de la LM en RN de muy bajo peso.	Cohorte prospectiva	8806 RN	Factores sociodemográficos maternos y del RN, así como clínicos, y socioeconómicos actúan como predictores de la LM al mes de vida.
Bujold et al. (Canadá)	2018	Documentar las experiencias maternas en relación a la extracción de leche para sus hijos ingresados en la UCIN.	Fenomenología. Las madres se grababan en voz alta durante las extracciones de leche. Análisis de contenido.	15 madres	Expresan que es un proceso difícil, que se mueve entre la cercanía y la separación con sus hijos, y que depende de factores como: el entorno, los retos que vayan apareciendo y las estrategias que ellas utilicen.
Kair, et al. (EEUU)	2016	Determinar y comparar la barreras y facilitadores para la continuación de la LM en RNP tardíos ingresados en la UCIN o en una unidad de maternidad.	Cohorte prospectiva	2530 madres	No hubo diferencias entre las unidades de cuidados intensivos y las de maternidad. Los factores que se asocian con mayor probabilidad de continuar la LM más de 10 semanas son el nivel de estudios, madres casadas y de IMC normal.
Zachariassen, et al. (Dinamarca)	2010	Describir las prácticas de alimentación en el momento del alta según las características de la madre y el RNP.	Cohorte prospectiva.	478 RNP	Madres de una posición social mayor, no fumadoras con mayor probabilidad daban LM en el momento del alta. No hubo diferencias por edad del RN en el momento del alta, o duración de la estancia hospitalaria.
Sweet, et al. (Australia)	2009	Explorar las experiencias de LM de padres de RN de muy bajo peso, desde el nacimiento hasta el año de vida.	Fenomenología. Entrevistas semiestructuradas.	15 padres	Las actividades que utilizan los padres para involucrarse con la LM son más técnicas o mediante el uso de biberón.