

El significado de la alimentación para los cuidadores de niños con labio fisurado y/o paladar hendido

Ricardo Ashly Galván Rojas ¹, Martha Patricia Aceves Pulido ¹, Nancy Rosas Cortes ¹.

¹ Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Departamento de Salud Pública.

Resumen

Fundamentos: Este trabajo reporta por medio de la corriente del interaccionismo simbólico el significado que tiene la alimentación de los niños que han padecido Labio Fisurado y/o Paladar Hendido (LFPH), en el año 2020 en el estado de Puebla, para sus cuidadores.

Métodos: El método se ajusta al paradigma cualitativo, en el que se realizaron, con grupos focales de seis a nueve personas, y se usó como referente de análisis el interaccionismo simbólico.

Resultados: Se evidenció la necesidad de capacitación para los cuidadores, así como empatía de familiares, amigos y personal de salud. Se requiere un trato más humano y comprensible por parte del personal médico. Se identificaron alternativas de apoyo en redes sociales, grupos de apoyo y personas altruistas. Se reflejaron dificultades económicas y emocionales, incluyendo aislamiento, tristeza, desilusión, frustración y enojo.

Conclusiones: El interaccionismo simbólico fue un recurso metodológico adecuado para construir los significados sociales que los cuidadores en cuestión y que su vez, se abordó un tema que referían tener necesidad de ser escuchado.

Palabras clave: Labio fisurado; Paladar Hendido; Cuidadores.

The meaning of and feeding children with cleft lip and/or palate, for their caregivers.

Summary

Background: This work reports by means of the symbolic interactionism current the meaning that the feeding of children who have suffered Cleft Lip and/or Cleft Palate (LFPH) in the year 2020 in the state of Puebla has for their caregivers.

Methods: The method follows the qualitative paradigm, in which focus groups of six to nine people were conducted, and symbolic interactionism was used as a reference for analysis.

Results: The need for training for caregivers was evidenced, as well as empathy from family, friends and health personnel. A more humane and understandable treatment by medical personnel is required. Support alternatives were identified in social networks, support groups and altruistic people. Economic and emotional difficulties were reflected, including isolation, sadness, disappointment, frustration and anger.

Conclusions: Symbolic interactionism was an adequate methodological resource to construct the social meanings of the caregivers in question and, at the same time, to address a topic that they referred to as needing to be heard.

Key words: Cleft lip; Cleft palate; Caregivers.

Correspondencia: Ricardo Ashly Galván Rojas
E-mail: ricardogalvanrojas@gmail.com

Fecha envío: 16/05/2024
Fecha aceptación: 23/07/2025

Introducción

El Labio Fisurado y Paladar Hendido (LFPH) son las malformaciones congénitas más frecuentes en el mundo y se producen por una alteración en la fusión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar, durante el desarrollo embrionario, estos pueden aparecer juntos o separados (1).

Actualmente se reconoce la necesidad de adecuar la alimentación a las necesidades fisiológicas y culturales de cada persona. La orientación alimentaria debe basarse en la identificación de grupos de riesgo, desde el punto de vista nutricional, la evaluación del estado de nutrición, la prevalencia y magnitud de las enfermedades relacionadas con la nutrición de la población y por último la evaluación de la disponibilidad y capacidad de compra de alimentos, por parte de los diferentes sectores de la población (2).

Los hábitos alimentarios sanos comienzan en los primeros años de vida; la lactancia materna favorece el crecimiento sano y mejora el desarrollo cognitivo; además, puede proporcionar beneficios a largo plazo, entre ellos la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad y de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida (3). La falta de educación en materia de nutrición en la población, la falta de recursos, el encarecimiento de los alimentos y el contexto sociocultural, en muchas ocasiones restringe el acceso a una dieta correcta (2).

El cuidado es un evento tan importante en la vida de los sujetos, que la transforma en una nueva vida, por lo que constituye "una experiencia". Entender el cuidado en términos de experiencia subjetiva implica considerar acciones y sentimientos, deseos e interpretaciones del sujeto en torno al

cuidado, así como el proceso por el que el cuidado transforma la vida del cuidador (4).

Ha existido aceptación generalizada de que alimentar a un bebé que nace con un LFPH será difícil, por lo tanto, el aumento de peso puede ser más lento, esto puede conducir a una acumulación de tensión, frustración y preocupación en las madres, por lo tanto; la ansiedad de estas aumentará, y está podrá transmitirse al niño, como resultado este estará menos relajado, contribuyendo a una mayor dificultad de alimentación (5).

El interaccionismo simbólico se centra en el análisis en las interacciones sociales y en como los individuos interpretan y dan significado a los símbolos en su vida diaria (6). A pesar de la importancia que nos brinda este enfoque metodológico, en el contexto de cuidadores de niños con LFPH se ha explorado en contextos distintos al enfoque nutricional, enfatizando en las barreras por las que se ven expuestos los cuidadores, siendo principalmente la figura materna la que asume el papel de cuidadora (7).

Este estudio tiene el objetivo reflejar el significado que tiene la alimentación de niños con labio fisurado y/o paladar hendido para sus cuidadores.

Material y métodos

Se utilizó un diseño cualitativo mediante grupos focales, con el objetivo de explorar los significados que las cuidadoras atribuyen a la alimentación de niños con labio fisurado y/o paladar hendido (LFPH). La investigación se realizó en octubre de 2021 en Puebla, México, con una muestra de 23 cuidadoras, mujeres de 18 a 50 años, algunas pertenecientes a pueblos originarios, captadas a través de convocatorias de Operation Smile y asociaciones civiles aliadas.

Se conformaron tres grupos focales de entre 6 y 9 participantes. La técnica se eligió por su capacidad para generar diálogo colectivo y recoger percepciones, emociones y prácticas culturales en torno a la alimentación infantil en contextos de vulnerabilidad clínica y social.

Se utilizó una guía temática semiestructurada construida a partir de literatura científica y consultas con profesionales de salud. Incluyó cinco ejes: 1) significados atribuidos a la alimentación, 2) prácticas cotidianas, 3) barreras percibidas, 4) estrategias de afrontamiento y 5) experiencias con profesionales de salud.

Las sesiones se realizarán presencialmente el mismo día en tres horarios diferentes, con una duración de 60 a 90 minutos. Fueron moderados por un equipo con formación en salud

La interpretación de los datos recopilados se realizó utilizando el marco teórico del interaccionismo simbólico. El estudio se realizó respetando los principios éticos de confidencialidad, consentimiento informado y respeto hacia los participantes, apegados al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.

Resultados

El entorno familiar

La familia era el primer pilar de formación de las personas, por lo cual era considerada como la principal institución y base de las sociedades humanas; este núcleo social tenía el objetivo primario de guiar a sus integrantes para enfrentarse al entorno en el que se desenvolverán, cada uno posee sus propias características, *por ende*, se veía inmersa dentro de distintos factores que podían beneficiar o afectar el desarrollo de estas (8).

Se tomó en cuenta la experiencia de una de las participantes, quien mostraba el apoyo recibido con lo siguiente:

“Yo como me enteré hasta que nació, yo tenía el conocimiento y sabía que ella podía nacer así por su genética, su papá tuvo labio y paladar hendido unilateral, pero mi reacción fue triste al ver a su papá, porque él se sentía culpable. Dice “todo lo que yo pasé lo va a pasar mi bebé” y él estaba muy preocupado, lloraba, nunca lo había visto así, le digo tú eres un hombre realizado, fíjate todo lo que has logrado.

Polarizando, también se encontraban experiencias como las de otra colaboradora quien mencionaba:

“Bueno, yo en mi casa me enteré a los ocho meses de embarazo y supe que mi hija venía con labio y paladar hendido, obvio la ignorancia de uno, y la falta de investigación si te hace dudar. Pero cuando la vi fue una reacción triste ya que lamentablemente también había fallecido su papá en ese lazo entonces fue algo tan duro que tuve que pasar, pero gracias a Dios aquí estoy este apoyando a mi hijo”

Esta colaboradora mostraba que era capaz de apoyar a su bebé en todo lo que necesitase pero que no contar con el apoyo de su pareja o el papá de su hijo hacían las situaciones realmente más complicadas.

La desinformación

La desinformación también formaba parte de estas experiencias, pues mostraban el deseo a pesar de conocer que la persona que cuidaban estuviese sana y darles una buena calidad de vida. La desinformación las llevó a hacer intentos para alimentarlos y buscar ayuda, pero también a creer cosas de personas equivocadas, las cuales modificaron la manera en la que debían de alimentar a los infantes.

“Al principio cuando nació yo pensé que iba a ser como mi primer bebé que me lo iba a pegar en el pecho, y él iba a succionar y ya. Entonces así estuve un mes, pero en vez de que yo veía que engordara y creciera, yo veía que él se adelgazaba cada vez más, más y más. Entonces llegaba su abuela diciendo: es que tú leche no está buena, ve como tu leche no le ayuda al bebé y mira ya como está. Y pensamos que ya no iba poder sobrevivir ya estaba demasiado delgado, entonces yo decía yo me lo pego cada vez que él me pide, y yo me lo pegaba; pero yo veía que entonces no se detenía, yo le revisaba su cuerpo, sus deditos y todo. Y decía no tiene nada, pero era porque no podía comer obviamente. Y yo no sabía”

“Híjoles, aprendí con errores, porque pues uno se imagina un niño normal comiendo todo, pero no, ósea, por ejemplo, yo a la mía le daba arroz y lo estornudaba”

“A veces ni saben y lo mejor te dicen te van a hacer esto te van a hacer el otro. A mí me tocó que me dijeron, «oye hazle esto al niño no le pongas placa porque es malo» y no sé qué, me lo dijo un doctor y llegando aquí me dice la doctora «no», desde que nacen y así pueden venir y ponerle su placa para que él se les vaya metiendo la premaxilar hacia dentro hacia dentro y trabajar con ella; y el doctor según profesional me dijo que no, que era malo, entonces hay personas que no saben”

Búsqueda de ayuda

Aquí aparece el enlace con el siguiente código que llamaremos “búsqueda de ayuda”, el nombre es claro ya que mostraba los argumentos de las cuidadoras, donde buscaron ayuda para la problemática de manera general. Por ejemplo, una de las madres que no estaba de todo satisfecha con la información brindada por los

profesionales de la salud hizo búsquedas en internet.

“Yo cuando me di cuenta ya fui a la consulta, la verdad empecé a buscar mucha información en Internet y hay muchos videos sobre de cómo darles este que están de besitos desde que les va dando uno con el biberón hasta los alimentos, ¿no? La verdad, si le busqué mucho, porque cuando ella ya comenzó a comer las papillas, le daba con una jeringa y se llenaba la jeringa ahí y se la ponía con un poco más, para que pudiera salir y ella ya comenzó a comer así”.

“Bueno yo también aprendí cómo darle de comer a mi bebé por un grupo en Facebook de labio y paladar hendido, entonces yo preguntaba a las mamás”.

Atención brindada por un servicio de salud o asociación civil

Una experiencia que las cuidadoras narraron fue también lo vivido en algunos servicios de salud y como algunas asociaciones civiles fueron quienes les brindaron la ayuda que requerían y que no encontraban en aquellos de instancia gubernamentales.

“Pues a mí el principio, cuando nació mi bebé, me mandaron al hospital “Niño poblano”. Entonces yo fui ahí, me dijeron que, si lo iban a consultar, que le iban a poner su plaquita. Pero me dijeron esto no puede ser ahora porque por lo de la pandemia. Entonces me citaron hasta dentro de medio año, y yo le dije a mi esposo cómo voy a estar con mi bebé así medio año sin que él pueda comer, yo me siento con tanta impotencia de yo querer ayudarlo y no puedo. Entonces lo llevamos con un particular y este en el particular nos dijo que él no era la persona adecuada, se tenía que tratar con una persona que sólo se dedicara a cirugía de labio y paladar hendido.

Entonces tratamos de buscar, buscar y buscar; luego encontramos en una fundación ACNR o algo así, no recuerdo bien. Ahí nos citaron cada ocho días, yo pagaba 500 pesos y aparte 300 pesos de consulta, y aparte lo del viaje y todo eso, y llegaba y solamente le ponían la plaquita los revisaban y si ya «pues está bien, no le podemos poner nada todavía porque le tiene que bajar la premaxilar para que le podamos poner la plaquita porque si no los dientes le van a quedar de fuera». Entonces jamás le hicieron nada en tres meses que yo estuve yendo, solo pagaba para que me dijieran lo mismo”.

Enfermedades asociadas

Las participantes también hacían comentarios de enfermedades o padecimientos que sufrían junto con sus niños. Este es un evento importante a resaltar, ya que atender la condición que se estudia es complicado, es aún más buscar ayuda o tratar alguna otra por muy pequeña que parezca.

“Mi bebé tiene paladar hendido y también nació con pie equino lateral. Pero ya está con su tratamiento de los piecitos y ahorita falta lo del paladar, y si es candidato para la cirugía si se lo haría”.

“Mi niña nació con paladar hendido, bueno no nos habíamos dado cuenta ella estuvo hospitalizada desde recién nacida nació de ocho meses no la hospitalizaron porque nos dijeron que ella tenía enterocolitis estuvo hospitalizada en Guachinango”.

Falta de Recursos

La falta de recursos era una situación que no se podía dejar pasar desapercibida en este trabajo, ya que el tratamiento podía ser bastante costoso, así como el tiempo o cuidado que requería de una persona como cuidadora principal, ya que no permitía

hacer otras actividades para obtener recursos económicos.

“Sinceramente te lo voy a decir, allá donde yo vivo, yo fui pidiendo ayuda al DIF para él porque yo no sabía todavía de Operación Sonrisa, ¿sabes que me dijeron? me contestaron: «Sabes, aquí ya no damos apoyo de nada rásquenselas, como pueda ahorita lo único que estamos haciendo es darle las cajas a los difuntos a los que se están muriendo, regalamos la caja de ahí en fuera lo siento mucho pero no podemos hacer nada». En ese caso yo me sentí bien mal, digo, porque se supone que son personas que tienen que ayudar y principalmente a niños así, y lo dejé, ya no volví a regresar hasta que encontré la fundación. Me metí de plano con ellos al pie y aquí estoy y le agradezco mucho esta fundación”.

“La verdad fue difícil llegar aquí, porque la verdad, yo no cuento con trabajo. Entonces para llegar aquí a la jornada, pues con dinero prestado. Pero yo siempre dicho, yo siempre voy a estar pagando de donde pueda tengo que llegar y entonces, si ha sido un poco difícil mi situación ahorita, pero pues eso no quita que yo no me responsabilice de mí...”

Medulares

Como medulares se refiere a aquellos argumentos que en la entrevista las cuidadoras tocaron como un punto principal o la línea que mostraban para darle sentido a su labor. El hombre que se les hacía consciente de su responsabilidad ante el ser humano que le espera con todo su afecto o ante una obra inconclusa no podrá nunca tirar su vida por la borda. Conoce el "por qué" de su existencia y podrá soportar casi cualquier (9).

En esta ocasión se dividieron las codificaciones medulares en: “Búsqueda de sentido” y “Lazos afectivos”. Aquellos de “la búsqueda de sentido” fueron la interpretación de la argumentación en las que las participantes mostraron alguna emoción que le diese sentido para continuar con el tratamiento integral, incluso se veían abiertas para aquellas cuidadoras que estuviesen pasando por una situación similar.

“La fundación no te llama, tú tienes que marcar. Tomarte el tiempo para tu hijo, porque vives para él, no para ti, sino para él. Porque siempre lo dicen las personas mayores, uno ya vas para afuera ¿y el niño?, ellos apenas empiezan, entonces yo siempre lo he dicho: aquí está el contacto, aquí está mi contacto ya sabes mi casa cualquier cosa que tú necesites adelante, yo te puedo ayudar en lo que tú quieras a lo mejor económicamente ahorita no pero si tuviera con todo gusto te lo doy de corazón, pero si tú necesitas, o alguna duda que tengas adelante, puedes acudir conmigo, tampoco soy muy experta que digamos del tema porque también batallé...”

Refiere Erick Fromm dice en su libro el arte de amar: *“Si una persona ama a otra y es indiferente al resto de sus semejantes su amor, no es amor, sino una relación simbiótica o un egotismo ampliado”* (10).

“Pues yo al principio me enteré, como dice la señora, yo me sentí culpable porque decía bueno te pregunta cuando vas a una consulta ¿usted fumaba?, ¿se drogaba? ¿no tomaba ácido fólico? Bueno, yo me cuide todo lo que pude, ¿tuvo un embarazo ya normal? y luego que tu hija haya nacido así pues mi culpa ¿no? Ahora yo la veo y digo, bueno ella es muy alegre y siento mucha alegría ¿sabes?”

Cuando las cosas parecen complicadas e incluso no se tiene una explicación lógica, los cuidadores si tienen un lazo afectivo, intentan hasta aquellas prácticas que se suponen no son adecuadas o recomendadas, en el párrafo anterior se muestra, aunque de manera ficticia el arraigo cultural que tienen las cuidadoras mexicanas de alimentar, proteger o estar pendiente de un niño necesitado de cariño y alimento.

Y no es raro, ya que la educación eclesiástica enseña: *“Porque tuve hambre, y me disteis de comer; tuve sed, y me disteis de beber; fui forastero, y me recogisteis; estuve desnudo, y me cubristeis; enfermo, y me visitasteis”* (Mt 25: 35-36 Reina Valera) (11). Desde las obras de misericordia que se tienen arraigadas en la formación, se les enseña a los seres humanos que el cuidado de otros genera satisfacción y, por ende, le puede dar un sentido a la existencia propia.

Discusión

A partir de las narrativas de las cuidadoras, se revela que la alimentación en niños con labio fisurado y/o paladar hendido (LFPH) no es un proceso meramente técnico o biológico. Se trata, más bien, de una experiencia profundamente simbólica que se va construyendo, resignificando y ajustando día con día, conforme a las interacciones que las cuidadoras sostienen con sus hijos, con otros cuidadores y con el personal de salud. Esta comprensión permite anclar los hallazgos en el marco del interaccionismo simbólico, como lo han planteado Herbert Blumer y George H. Mead (12, 13).

Tener un hijo con necesidades especiales, a menudo amenaza el bienestar psicológico de los miembros de la familia, especialmente de la madre (14). El nacimiento con un niño con LFPH provoca

en los padres sentimientos encontrados (15). Los niños con LFPH tienen patrones de succión de menor eficiencia que aquellos que no lo tienen, la naturaleza de su padecimiento sugiere la dificultad del infante para la alimentación y la adaptación a la lactancia materna (16). Las madres refieren que ellas deben actuar usando sus propios recursos para solventar la problemática de la alimentación sin ayuda de profesionales (17). A las madres de los niños afectados de LFPH que se les brinda capacitación sobre los cuidados del infante mejoran su conocimiento para el cuidado de los pacientes (18).

En esta trayectoria, las cuidadoras no son receptoras pasivas de instrucciones médicas; son sujetos activos que aprenden, fallan, ajustan y resignifican. Esta agencia refleja lo que Blumer define como la tercera premisa del interaccionismo simbólico: las personas modifican los significados mediante un proceso interpretativo (12). Cuando las madres dicen “aprendí con errores” o “no hay nada como la experiencia”, están reconociendo y validando un conocimiento situado, que muchas veces no es reconocido por los profesionales de salud.

La forma en que las mujeres nombran a sus hijos, describe sus orígenes o relatan el recorrido hasta recibir atención también forma parte de la construcción identitaria del rol de cuidadora. Este “yo cuidador”, como diría Mead, se constituye en relación con los otros: médicos, familiares, otras madres, organizaciones (13). Así, el cuidado se convierte en una práctica situada, emocional y socialmente mediada, en la que confluyen el deber, el amor, la esperanza y el aprendizaje constante.

Pero las propias experiencias de las madres y cómo se enfrentaron a los desafíos

relacionados con la alimentación no se han estudiado ampliamente (19). Un estudio cualitativo puede ser valioso porque contribuye a una comprensión más profunda de un fenómeno que viven los cuidadores de pacientes con LFPH.

Por ello, esta investigación plantea que la alimentación no debe entenderse únicamente como una práctica fisiológica, sino como un proceso cargado de significados. En la complejidad de lo cotidiano, las cuidadoras ponen en juego no solo técnicas de alimentación, sino también emociones, identidad, intuición y creatividad. Comprender este universo simbólico es clave para diseñar estrategias de atención que no solo instruyan, sino que escuchen, dialoguen y reconozcan el saber de quien cuida.

Agradecimientos

La publicación de estos resultados se agradece a Operation Smile México, quienes gracias a su interés y altruismo han contribuido para que esto sea posible, así como también a los sujetos que participaron este trabajo. A las Doctoras: Irene Córdoba Jiménez, Norma Funes Mayorga, Norma Guadalupe Ruiz Velasco Sandoval, por sus asertivas recomendaciones.

Referencias

1. Bedon Rodríguez M, Villota Gonzales LG. Labio y paladar hendido: tendencias actuales en el manejo exitoso. Arch Med (Manizales) [Internet]. 2011;12(1):107–19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30554/archmed.12.1.802.2012>.
2. Secretaría de Salud. NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar

orientación [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2012 [citado 2024 Jun 10].

3. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 2024 Jun 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding>.

4. Rojas de Rojas M. Identidad y cultura. Educere [Internet]. 2004 [citado 2024 Jun 10];8(27):489-496. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35602707>

5. Oliver S, Jones D, et al. Neonatal feeding of infants born with cleft lip and/or palate: parental perceptions of their experience in South Wales. Cardiff: University of Wales; 1996

6. Blumer H, Mugny G. Psicología social. Modelos de interacción. CEAL. Bs. As.; 1992.

7. Banhara FL, Farinha FT, Bom GC, Razera APR, Tabaquim MLM, Trettene AS. Parental care for infants with feeding tube: psychosocial repercussions. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado 2024 Jun 10];73(2):e20180360. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0360>

8. Martínez Chairez GI, Torres Díaz MJ, Ríos Cepeda VL. El contexto familiar y su vinculación con el rendimiento académico. IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH. 2020;11:1-17. doi:10.33010/ie_rie_rediech.v11i0.657.

9. Frankl VE. El hombre en busca del sentido último. Ediciones Paidós Ibérica; 2002.

10. Fromm E. El arte de amar: una investigación sobre la naturaleza del amor. Ediciones Paidós Ibérica; 2012.

11. Sociedad Bíblica. La Santa Biblia: Reina-Valera 1960. Miami: Sociedades Bíblicas Unidas; 1998.

12. Blumer H. Interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1969.

13. Mead GH. Mente, yo y sociedad: desde la perspectiva de un conductista social. Chicago: University of Chicago Press; 1934.

14. Barros da Silva R, Barbieri-Figueiredo MDC, Van Riper M. Breastfeeding experiences of mothers of children with Down syndrome. Compr Child Adolesc Nurs. 2019;42(4):250-264. doi:10.1080/24694193.2018.1496493.

15. Hlongwa P, Rispel LC. "People look and ask lots of questions": caregivers' perceptions of healthcare provision and support for children born with cleft lip and palate. BMC Public Health. 2018;18(1):506. doi:10.1186/s12889-018-5421-x.

16. Johansson B, Ringsberg KC. Parents' experiences of having a child with cleft lip and palate. J Adv Nurs. 2004;47(2):165-173. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03075.x.

17. Masarei AG, Sell D, Habel A, Mars M, Sommerlad BC, Wade A. The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. Cleft Palate Craniofac J. 2007;44(3):321-328. doi:10.1597/05-185.

18. Murthy PS, Deshmukh S, Murthy S. Assisted breastfeeding technique to improve knowledge, attitude, and practices of mothers with cleft lip- and palate-affected infants: A randomized trial. Spec Care Dentist. 2020;40(3):273-279. doi:10.1111/scd.12464.

19. Lindberg N, Berglund AL. Mothers' experiences of feeding babies born with cleft lip and palate. Scand J Caring Sci. 2014;28(1):66-73. doi:10.1111/scs.12048.

