

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



Escuela de Enfermería y Fisioterapia

GRADO en ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

Tipo de trabajo: Trabajo de revisión bibliográfica sistemática

***INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA MEDIANTE EL MÉTODO
“BABY-LED WEANING” (BLW)***

Estudiante: Esther Pérez Varas

Tutor: José Javier Gonzalo Martín

Salamanca, mayo de 2018

A mi tía Ana

ÍNDICE

1) Introducción.....	1
2) Objetivos.....	5
3) Estrategia de búsqueda y selección de estudios.....	6
4) Análisis y discusión de resultados	7
5) Conclusiones.....	22
6) Bibliografía.....	24

LISTADO DE ABREVIATURAS:

AAP: American Academy of Pediatrics (*Asociación Americana de Pediatría*)

ADA: American Dietetic Association (*Asociación Dietética Americana*)

AEP: Asociación Española de Pediatría

AEPAP: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

BLISS: Baby-Led Introduction to Solids (*Introducción a los Sólidos Autorregulada por el Bebé*)

BMJ: British Medical Journal (*Revista Médica Británica*)

EFSA: European Food Safety Authority (*Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria*)

ESPGHAN: European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (*Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*)

FACE: Federación de Asociaciones de Celíacos de España

NASPGHAN: North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (*Asociación Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*)

NCT: National Childbirth Trust (*título de revista; sin traducción específica*)

NHS: National Health Service (*Servicio Nacional de Salud; Reino Unido*)

NIH: National Institutes of Health (*Institutos Nacionales de Salud; Estados Unidos*)

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud

semFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

UNICEF: United International Children Emergency Fund (*Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia*)

RESUMEN:

Baby-led weaning (BLW) es un término de reciente aparición y que está gozando de gran seguimiento por parte de los padres que intentan educar a sus hijos a través de una crianza respetuosa pero con un rigor científico detrás.

BLW consiste en la alimentación a base de sólidos autodirigida por el propio bebé respetando su mecanismo de hambre y saciedad y no obligándole a comer más de lo que dicta su apetito. Este método “permite” la incorporación de alimentos a partir de los 6 meses (sin seguir un orden estricto) e impulsa la continuación de la lactancia materna a demanda hasta que sea el propio niño quien decida destetarse.

Las ventajas de este método son numerosas y están respaldadas por la ciencia. Aunque no sea un tema muy tratado como tal en los artículos, se hace alusión a alguno de sus principios en dichos textos.

El riesgo de atragantamiento es el miedo más expresado por los padres acerca de este método, sin embargo, la evidencia ha demostrado que estos niños no son más propensos a atragantarse frente a aquellos que no siguen BLW.

El personal de enfermería supone una autoridad para los padres a la hora de la incorporación de alimentos, por lo que es importante la actualización de estos profesionales en temas de nutrición infantil.

Se pretende con este trabajo evitar que las fechas, cantidades o edades sean tomadas como valores estrictos o prefijados, y fomentar que se “escuche” al bebé, pues él indicará lo que necesita.

PALABRAS CLAVE:

Baby-led weaning (BLW), baby-led approach, alimentación complementaria, alimentación autorregulada por el bebé, nutrición infantil, enfermería en alimentación complementaria.

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS (actualización de 2015), la alimentación complementaria, etapa que abarca de los 6 a los 24 meses y también conocida como “beikost” (dieta suplementaria en alemán), es “el proceso que comienza cuando la leche (materna o artificial) por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna”.

Antes de comenzar con el desarrollo del trabajo conviene aclarar que hablamos de una alimentación complementaria y no sustitutiva; el término “complementaria” hace referencia a que la leche (materna o de fórmula) supone la mayor parte del aporte calórico y como tal sigue siendo la principal fuente de energía en los comienzos de la alimentación complementaria ⁽¹⁾.

De hecho, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS (2003) los alimentos deben ofrecerse después de la leche ⁽²⁾, pues los primeros beneficios de su introducción, más que nutricionales (aumentar el aporte de nutrientes como hierro o zinc), son lúdicos (descubrimiento de formas, tamaños, colores, pesos, texturas, sabores, consistencias...). A lo largo del trabajo veremos que BLW consiste en permitir a los niños algo que tradicionalmente se les ha negado; jugar con la comida ⁽¹⁾.

El comienzo de la incorporación de alimentos implica la dificultad de no poder cuantificar la cantidad que ingiere el bebé, pues los chupará y los tirará por falta de habilidad manual o simplemente para probar otros distintos. Mientras estos van progresivamente haciéndose protagonistas en la dieta del niño, las necesidades lácteas disminuyen gradualmente ⁽¹⁾.

“Baby- led weaning”, conocido por sus siglas “BLW”, es un término anglosajón atribuido a Gill Rapley, matrona y enfermera pediátrica, que tras años observando las dificultades que presentaban los bebés con la introducción obligada de las papillas después de haberse lactado a demanda, decidió desarrollar este método ⁽¹⁾.

La traducción de BLW al castellano se asemejaría a “*alimentación complementaria autorregulada o autodirigida por el bebé*”, concepto poco conocido en nuestro país y cuya principal difusión se realiza a través de redes sociales ⁽³⁾.

De este modo, se podría definir “Baby-Led Weaning” (BLW) como un método alternativo para la introducción de la alimentación complementaria a través del cual el bebé se alimenta a sí mismo en lugar de ser alimentado con cuchara por un adulto. Este procedimiento implica ofrecer leche (idealmente materna) a demanda hasta que ellos mismos decidan destetarse ⁽⁴⁾.

Este método se basa en el respeto al bebé y sobre todo a su innato mecanismo de hambre y saciedad, así como a sus gustos y preferencias. BLW se define también por compartir las comidas familiares e incluir al bebé como un participante más. En resumen, tal y como dice el dietista-nutricionista Julio Basulto, “BLW es la antítesis de la cuchara”; eso sí, procurando el posterior uso de cubiertos por ellos mismos como si se aplicara el método tradicional, fomentado especialmente a base de imitación ⁽⁵⁾.

Es apreciable que BLW es más exitoso en bebés amamantados en su periodo de lactantes ya que están acostumbrados a autorregular su ingesta de leche y a través de la misma se les ha ido preparando para el sabor de los alimentos, mientras que aquellos a los que se les ha dado biberón se han convertido en un participante más pasivo y no han tenido contacto con el sabor de alimentos ⁽⁴⁾.

El término correcto al hablar de alimentación complementaria siguiendo el método BLW sería “incorporar” y no “introducir” los alimentos. Como dice el pediatra Dr. Carlos González “se introduce un supositorio; la comida se debe incorporar, ofrecer, poner a su alcance”.

Los numerosos beneficios del amamantamiento es un tema en el que coincide prácticamente toda la comunidad científica y sanitaria. Son muchas las entidades (OMS, AAP, AEP, UNICEF, NIH...) que respaldan la continuación de la lactancia a demanda después de los 6 meses y hasta los 2 años o más ya que ésta se adapta a las necesidades del bebé en cada momento.

Julio Basulto, como autoridad en la materia, elaboró unas gráficas en su libro *Se me hace bola* para evaluar si la leche materna sigue siendo importante a partir de los, aproximadamente, 6 meses de edad. En ellas comparó las calorías que necesita el bebé con las que aportan 3 tipos de papillas (una normal, otra con más calorías y la última con todavía más calorías), obteniendo como resultado que éstas se quedan

muy lejos de cumplir con los requerimientos energéticos del bebé, que son completados con la leche materna (*Gráfico 1*)⁽⁵⁾.

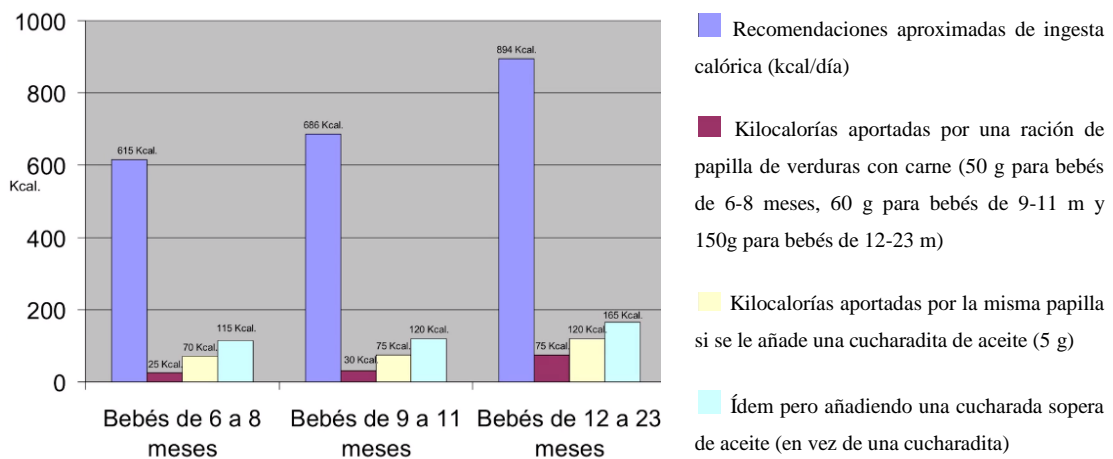


Gráfico 1: Gráfica comparativa elaborada por Julio Basulto ⁽⁵⁾.

Los principios generales que se deben cumplir a la hora de comenzar con BLW para hacer de éste un método seguro son los siguientes ⁽⁶⁾:

- 1) Probar los alimentos antes de ofrecerlos para asegurarse de que sean lo suficientemente suaves como para aplastarlos con la lengua en el paladar (o son lo suficientemente grandes y fibrosos para que los trozos pequeños no se desprendan cuando sean succionados o masticados), especialmente en los primeros meses.
- 2) Evitar ofrecer alimentos que formen miga en la boca.
- 3) Asegurarse de que los alimentos sean tan largos como el puño del niño, al menos uno de los lados del alimento.
- 4) Asegurarse de que cuando el bebé coma esté sentado en posición erguida, sin inclinarse hacia atrás.
- 5) Nunca dejar al bebé solo con la comida; siempre debe haber un adulto vigilando mientras el niño come.
- 6) Nunca permitir que nadie, excepto el propio bebé, meta nada en su boca. Él debe comer a su propio ritmo y bajo su propio control.

De este modo, para aportar fiabilidad a BLW, los alimentos deben tener la forma de “finger foods”, es decir, alimentos de consistencia blanda que el bebé pueda agarrar con sus manos ⁽⁷⁾.

Los progenitores (especialmente las madres) usuarios de BLW con sus hijos suelen cumplir un perfil de alto nivel educacional, llevar a cabo el amamantamiento y disfrutar de una baja por maternidad prolongada (incorporación al trabajo posterior a los 12 meses posparto) ⁽⁸⁾. Desde un punto de vista psicológico, en líneas generales, estas madres tienen un carácter relajado y poco controlador, cualidades imprescindibles para conseguir llevar a cabo este método ⁽⁹⁾.

Recientemente ha aparecido el término “baby-led introduction to solids” (BLISS), una versión modificada del BLW que utiliza de base las directrices de éste pero cuyo objetivo es responder a las principales preocupaciones del BLW (posibilidad de carencias alimentarias y riesgo de atragantamiento) e intentar minimizar el riesgo.

Las características de BLISS son ⁽¹⁰⁾:

- Ofrecer alimentos que el niño pueda coger y alimentarse con ellos (siguiendo el enfoque BLW).
- Ofrecer un alimento con alto contenido en hierro en cada comida.
- Ofrecer un alimento de alta energía en cada comida.
- Ofrecer alimentos preparados de manera adecuada, según el desarrollo del bebé, para reducir el riesgo de asfixia, así como evitar aquellos clasificados con un alto riesgo de atragantamiento.

Justificación:

Este trabajo pretende abordar las tendencias actuales de introducción a la alimentación complementaria a través de una revisión bibliográfica de varios artículos.

La motivación de su desarrollo proviene del creciente aumento de la obesidad infantil y de las preferencias por alimentos poco saludables desde la niñez.

Todo ello con el fin último de fomentar el respeto a la infancia y lograr la instauración y apetencia por una alimentación saludable desde esta edad temprana.

Estado de la cuestión:

La información que se tiene del BLW procede de estudios comparativos de introducción a la alimentación complementaria en forma de triturados o de sólidos, obteniendo como tendencia actual la defensa de esta última forma.

La base teórica del BLW se asienta en la pediatría y en la nutrición, con sus avances. Las recomendaciones tan cambiantes por parte de los nutricionistas son las culpables de la poca actualización de los sanitarios en el tema, siendo ésta la principal laguna de conocimiento y suponiendo una falta de exposición de opciones a los padres en la consulta de enfermería pediátrica en atención primaria.

Dentro de las limitaciones que se presentan en este campo destaca la falta de expresión verbal por parte de quien concentra nuestra atención; el bebé.

Como corriente emergente e innovadora existe actualmente una tendencia naturista que fomenta la crianza respetuosa y es el cimiento sobre el que descansa el BLW.

2. OBJETIVOS

La especialidades materno-infantiles son un campo muy demandado por los profesionales de enfermería. Es por ello que este trabajo pretende dar a conocer un método de introducción a la alimentación complementaria alternativo al tradicional. De este modo, en este trabajo se plantean como objetivos:

- 1) Descubrir cuál es la edad más adecuada para comenzar con la alimentación complementaria.
- 2) Analizar el orden de incorporación de los alimentos.
- 3) Evaluar si BLW es un patrón recomendado por entidades oficiales.
- 4) Reflejar las ventajas de este método a largo plazo así como los riesgos del mismo y valorar si hay evidencia de mayor riesgo de atragantamiento aplicando BLW.
- 5) Mostrar la importancia de la actualización de los profesionales de enfermería en temas de nutrición infantil.
- 6) Impulsar prácticas de crianza respetuosa, recomendadas científicamente y no muy extendidas en la profesión sanitaria.

3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica sistemática en la que se han estudiado 28 fuentes bibliográficas, la mayoría artículos (aunque también webs oficiales, libros o guías) publicados entre 2010 y 2017, a excepción de cuatro de ellos que se ajustan con bastante exactitud al contenido del trabajo aunque daten de 2000, 2003, 2004 o 2008.

Utilizando el libro de Julio Basulto, *Se me hace bola*, como base para la elaboración del trabajo, también se han consultado varias bases de datos, siendo la Biblioteca Cochrane, Dialnet, Pubmed o BMJ Open las más visitadas y derivando éstas a páginas oficiales de Pediatría y Nutrición (“EFSA”, “Nutrients”, “American Academy of Pediatrics”, “International Journey of Obesity”, “Academia Española de Nutrición y Dietética”...) que cuentan con mayor disponibilidad de artículos de la propia revista.

Como criterios de inclusión propuse los siguientes:

- Fecha de publicación: acotación de 7-8 años (publicación a partir de 2010).
- Idioma: castellano e inglés.
- Acceso gratuito a texto completo (labor facilitada en gran parte gracias al acceso a través de la USAL).
- Pertenecientes a revistas o páginas científicas y fiables.

Por tanto los criterios de exclusión fueron los contrarios a los anteriormente nombrados.

De los artículos encontrados se leyó el *abstract* para valorar si encajarían en la revisión sistemática del tema. A través de las referencias bibliográficas citadas en los artículos seleccionados se han obtenido nuevas fuentes válidas para la elaboración del mismo.

No ha habido aspectos éticos que hayan limitado la búsqueda.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con idea de dar respuesta a los objetivos marcados en el punto 2 se expresarán los mismos en forma de interrogante y se intentará contestar a cada uno de ellos de acuerdo a la información revisada en los artículos consultados.

1) ¿Cuál es la edad más adecuada para comenzar con la alimentación complementaria?

La edad tomada actualmente como referencia para la introducción de la alimentación complementaria son los 6 meses. Bien es cierto que organismos oficiales han hecho alusión a una incorporación temprana a los 4 meses, hecho que hoy en día se encuentra desaconsejado.

Existe una tendencia actual a que el alimento se introduzca cuando el bebé esté preparado fisiológicamente de acuerdo a su desarrollo de las funciones renal, gastrointestinal y neurológica (*Tabla 1*), y tenga interés por la comida, no forzando su introducción en una fecha programada por pauta sanitaria ⁽¹⁾.

Edad	
Recién nacido	Reflejo de prensión, reflejo de succión, reflejo de extrusión...
3 meses	Se miran las manos y se las llevan a la boca sin demasiada coordinación. Reflejo de extrusión de la lengua, por el cual escupen fuera de la boca cualquier sólido que entre en contacto con la parte anterior de la boca; evita la llegada de alimentos sólidos a la garganta.
4 meses	Comienzan a manipular las manos para agarrar objetos que les interesan y llevárselos a la boca para explorar el tamaño, la forma, la textura y el sabor. Desaparece el reflejo de extrusión.
6 meses	Cogen objetos y se los llevan a la boca con precisión.
1-9 meses	Primero mordisquea trozos pequeños de comida con las encías y/o dientes. Luego empieza a mantenerla dentro de la boca, y aprende a moverla y masticarla. Se desarrollan los músculos masticatorios, el bebé empieza a coordinar lengua, mejillas y mandíbula.
9 meses	Aprende a usar la pinza.

Tabla 1: Desarrollo psicomotor del lactante sano en relación con la alimentación ⁽¹⁾.

Tal y como explica **Basulto Marset J.**⁽⁵⁾ en su libro *Se me hace bola*, en 2008 la ESPGHAN emitió un informe en el que a pesar de recomendar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses, reconocía que los bebés no debían ingerir alimentación complementaria antes del cuatrimestre de edad; escrito que generó mucha controversia ya que en cierto modo se contradecía. Asociaciones de la talla de la semFYC, PAPPS o AEPAP criticaron este documento.

Las guías fueron corregidas y actualizadas. Estos errores se explicaron por intereses económicos en relación con la industria alimentaria.

Aunque existen evidencias del riesgo que supone la introducción temprana de la alimentación complementaria, Basulto reconoce que la realidad es que muchos niños dejan la lactancia exclusiva a los 4 meses.

Desde Italia, en 2011, también se renegó de dichas guías a través de **Cattaneo A. et al.**⁽¹¹⁾ en un artículo titulado *ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence?* En este documento en el que se analizó dicha recomendación de introducción temprana de la alimentación complementaria, llegando a la conclusión de que los niños pueden demandarla antes o después de los 6 meses, pero se sabe que lo realmente seguro es esperar mínimo el primer semestre de vida, pues los signos de que el niño está preparado para comer raramente aparecen antes de esta edad. Son los siguientes:

- 1) Se sienta (con apoyo) y mantiene la cabeza erguida.
- 2) Coordina ojos, manos y boca para mirar la comida, cogerla y ponérsela en la boca.
- 3) Puede tragar alimentos sólidos (pérdida del reflejo de extrusión).

En defensa de la introducción del alimento a los 6 meses, la **Asociación Americana de Pediatría**⁽¹²⁾, a través de su artículo *Breastfeeding and the use of human milk*, publicado en 2012, indicó que la finalización de la lactancia exclusiva a los 4 meses supone en los bebés, respecto a aquellos amamantados durante el primer semestre de vida, un aumento en la incidencia de enfermedad gastrointestinal, otitis media, enfermedades del tracto respiratorio inferior y neumonía; patologías que actualmente conllevan muchas hospitalizaciones infantiles. Es decir, dejando al margen BLW con sus ventajas, solamente el riesgo de que el bebé padezca estas enfermedades por la introducción precoz de la alimentación complementaria es suficientemente serio como para tenerlo en cuenta.

Hörnell A. et al.⁽¹³⁾ elaboraron en 2013 una revisión sistemática de literatura (*Breastfeeding, introduction of their foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations*) que forma parte de

las Recomendaciones de Nutrición Nórdica. En ella se afirma que la lactancia materna de duración superior a 4 meses se asocia a un incremento de peso más lento durante la segunda mitad del año de vida. Esto estadísticamente suele conllevar una reducción del riesgo de sobrepeso u obesidad.

Velasco Manrique M.V.⁽¹⁾, pediatra, en 2017 elaboró un artículo llamado *Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje*. En esta guía sugiere que es a partir de los 6 meses cuando, a nivel potencial, los beneficios de introducción de la alimentación complementaria comienzan a superar los riesgos. Reflexiona sobre dicho momento y su relación con el surgimiento de BLW. Así, cuando antes se introducían los alimentos a los 4 meses tenía sentido que fuera en forma de triturados ya que el bebé no estaba suficientemente desarrollado como para hacerlo de otra manera. En el caso de los 6 meses no son necesarias las papillas pues el niño ya tiene habilidades para autoalimentarse con sólidos.

2) **¿Existe un orden coherente y constatado científicamente para la incorporación de alimentos?**

Las normas de incorporación de alimentos han cambiado mucho durante los últimos años pero siempre intentando cumplir el principio de precaución, fundamentalmente para evitar alergias y atragantamientos. Comenzaron siendo reglas muy estrictas hasta la actualidad, donde la flexibilidad en este aspecto está muy presente y se procura individualizar cada proceso ⁽¹⁾. A medida que se han ido llevando a cabo estudios se ha visto que bastantes de las antiguas afirmaciones carecen de sentido.

Freeman V. et al,⁽¹⁴⁾ publicaron en el año 2000 un estudio bajo el título *Patterns of milk and food intake in infants from birth to age 36 months: The Euro-Growth Study* en el que se analizaron distintos calendarios de introducción a la alimentación complementaria en algunos países europeos. La muestra tomada consistió en 2245 bebés sanos nacidos a término. Se llevaron a cabo registros dietéticos durante varios meses obteniendo como resultado la incorporación de alimentos sólidos a las edades de 3, 4 y 5 meses representando respectivamente el 50%, 67% y 95% de la muestra.

De esta forma se llegó a la conclusión de que las prácticas de alimentación complementaria varían considerablemente en toda Europa; no solo en edad, como hemos visto en el objetivo 1, sino también en orden de incorporación (*Gráfico 2*).



Gráfico 2: Edad de introducción de alimentos en el primer año de vida según los protocolos de la Agencia Española de Pediatría (2002).

Boyce J.A. et al,⁽¹⁵⁾ en un estudio que lleva por título *Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States* publicado en 2010 en el NIH observaron que las alergias alimentarias suponen un problema de salud pública cuya prevalencia está en aumento. A lo largo de esta investigación se dedujo que no es necesario demorar la incorporación de alimentos potencialmente alergénicos ya que no existen pruebas evidentes que sugieran que esto implique reducir la gravedad de posibles patologías asociadas a las alergias; recomendación respaldada también por demás entidades como la ESPHGAN o la AAP. Es decir, a partir de aproximadamente los 6 meses de edad, los niños (también aquellos con riesgo de alergia) pueden tomar prácticamente todos los alimentos (a excepción de algunos que citaremos en el objetivo 4) y siempre bajo la supervisión del adulto.

Según la FACE, el gluten, compuesto por glutenina y gliadina, es una proteína amorfa presente en la semilla de cereales como el trigo, cebada, centeno o triticale, entre otros. Las recomendaciones en cuanto a su incorporación han sido muy cambiantes durante los últimos años. Al tratarse de un componente tan controvertido son varios los autores que han dedicado unas líneas al estudio de este tema. La **Asociación Americana de Pediatría**⁽¹²⁾ publicó en 2012 el artículo llamado *Breastfeeding and the use of human milk* (ya mencionado en el objetivo 1) en el que se demostró que la incorporación del gluten a los 4 meses colisiona con los beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. A lo largo del mismo se estudió la relación entre la lactancia y la introducción del gluten, llegando a la conclusión de que hay una disminución del 52% en el riesgo de desarrollo de celiaquía en bebés que en el momento de exposición al gluten estaban siendo amamantados. Así, se deduce la asociación entre una mayor duración de la lactancia materna y la reducción del riesgo de enfermedad celiaca, siendo recomendada la introducción del mismo mientras el bebé recibe leche materna.

Cameron S.L. et al,⁽⁴⁾ en su artículo *How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of evidence* publicado en 2012 en la revista *Nutrients* refieren que cada vez hay más pruebas de que retrasar la introducción de alimentos asociados con el riesgo de alergia como leche de vaca, huevo, trigo, gluten, frutos secos o pescado no reduce dicho riesgo, incluso puede aumentarlo, por lo que “permite” la gran variedad de alimentos familiares a partir de los 6 meses. Reconoce también que es recomendable precaución y asesoramiento médico en aquellos niños con antecedentes familiares de alergia, trastornos digestivos conocidos o sospechados o cualquier otro problema que conlleve un seguimiento médico periódico.

Mennella J. et al,⁽¹⁶⁾ en su artículo *Vegetable and fruit acceptance during infancy: Impact of ontogeny, genetics, and early experiences* escrito en 2016 concluyen que no existen guías basadas en evidencia para la alimentación de bebés y niños pequeños y que se necesita investigación para desarrollar estrategias que valoren diferencias individuales de aceptación de alimentos.

Basulto Marset J.⁽⁵⁾ a través de su libro ya citado anteriormente, recomienda incorporar los alimentos uno a uno observando las reacciones en el niño pero no cree necesario cumplir con la norma tan antigua de esperar algunos días entre un alimento y otro. Tiene en cuenta, además, que antes de dar un alimento “complejo” al bebé, como podría ser el pescado rebozado, es conveniente introducir previamente de forma individual cada uno de los alimentos (el aceite, el pan rallado, el pescado, el huevo, la harina). Ante la falta de guías rigurosas en cuanto a la incorporación de alimentos, en base a su experiencia, a consultas bibliográficas y siguiendo el principio de precaución, Basulto elaboró las suyas propias:

- De 5 a 6 meses: desaconseja incorporar alimentos a la dieta del bebé.
- De 6 a 12 meses: recomienda ofrecer, poco a poco, alimentos saludables al bebé; vigilando las texturas, incluyendo al bebé en la mesa como un participante activo y bajo la supervisión del adulto. Conviene evitar:
 1. Sólidos con riesgo de atragantamiento
 2. Desnatados
 3. Zumos de frutas (máximo medio vaso al día)
 4. Lácteos (excepto leche de fórmula)
 5. Sal y alimentos salados
 6. Miel e infusiones (riesgo de botulismo por inmadurez del aparato digestivo)
 7. Pez espada, tiburón, lucio, atún rojo (alto contenido en mercurio)
 8. Platos únicos de espinaca, acelga o borraja (alto contenido en nitratos)
 9. Bebidas o tortitas de arroz (alto contenido en arsénico)
- De 1 a 3 años: se pueden incorporar:
 - Lácteos (preferiblemente leche entera de vaca)
 - Espinacas, acelgas, borrajas (máximo 1 plato al día)
 - Miel (con moderación)
 - Una pizca de sal yodada (puesta en los alimentos)
- A partir de los 3 años: se pueden incorporar cantidades menores o iguales a 50g a la semana de pez espada, lucio, tiburón o atún rojo y sólidos con riesgo de atragantamiento, bajo vigilancia del adulto.

3) ¿Es BLW un patrón recomendado por entidades oficiales?

Existen referencias a BLW en documentos de gran autoridad en nutrición y en pediatría que, aunque no traten el tema como tal, dan pinceladas respaldando alguno de sus principios.

A nivel nacional encontramos guías elaboradas por algunas comunidades autónomas como Cataluña; tomamos esta comunidad como referencia ya que cuenta con una gran extensión poblacional; 7,5 millones de personas actualmente (2018). Bajo el título *Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años)* y apoyadas por la **Agencia de salud pública de Cataluña**⁽¹⁷⁾, estas guías forman parte del Plan Integral para la Promoción de la Salud mediante la Actividad Física y la Alimentación Saludable. En ellas se hace mención al método BLW con sugerencias como la siguiente: “es aconsejable incorporar preparaciones diferentes de los triturados. Ofrecer los alimentos enteros (o en trocitos, según el tipo de alimento) permite que el niño pueda comer de forma autónoma y que disfrute de los diferentes sabores, texturas, olores y colores de los alimentos (esta práctica se llama alimentación dirigida por el niño, alimentación con sólidos o, en inglés, baby-led weaning)” (Gráfico 3).

Alimentos	Edad de incorporación y duración aproximada			
	0 - 6 meses	6 - 12 meses	12 - 24 meses	≥ 3 años
Leche materna				
Leche adaptada (en niños que no toman leche materna)				
Cereales –pan, arroz, pasta, etc.– (con o sin gluten), frutas, hortalizas¹, legumbres, huevos, carne² y pescado³, aceite de oliva, frutos secos chafados o molidos. Se pueden ofrecer pequeñas cantidades de yogur y queso tierno a partir de los 9-10 meses.				
Leche entera*, yogur y queso tierno (en más cantidad) *En caso de que el niño no tome leche materna				
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, palomitas, granos de uva enteros, manzana o zanahoria cruda)				
Alimentos superfluos (azúcares, miel ⁴ , mermeladas, cacao y chocolate, flanes y postres lácteos, galletas, bollería, embutidos y charcutería)	Cuanto más tarde y en menos cantidad mejor (siempre a partir de los 12 meses)			

Gráfico 3: Calendario orientativo de incorporación de alimentos según las “Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años)” (Generalitat de Cataluña) ⁽¹⁷⁾.

El Servicio Nacional de Salud (NHS; Inglaterra)⁽¹⁸⁾, con la colaboración de UNICEF, publicó en 2015 un folleto de acceso público titulado *Introducing solid foods: Giving your baby a better start in life* en el que manifiesta que los primeros alimentos que puede ingerir el bebé a partir de los 6 meses de vida pueden ser productos blandos como verduras cocidas o fruta fresca en forma de sólidos. Paulatinamente aumentará la cantidad y variedad de alimentos hasta llegar al mismo patrón alimentario que se suele seguir en el hogar.

En EEUU encontramos **la Academia Americana de Pediatría**⁽¹⁹⁾ que enfatiza en que los bebés tienen una habilidad innata para autorregular su comida y apoya BLW a través de unas recomendaciones a los padres. Bajo el epígrafe de *Fomentar la autoalimentación*, se proponen como pautas:

- Animar a los bebés a que usen las cucharas o los dedos para alimentarse.
- Animar a los bebés a beber de una taza a partir de los 6 meses de edad.
- Que los padres reconozcan y respeten las señales de hambre y saciedad del niño.

Fewtrell M. et al,⁽²⁰⁾ en el documento de postura vinculado a la **ESPGHAN y NASPGHAN** *Complementary feeding: A position paper by the ESPGHAN* de 2017, sugieren, habiendo tomado como muestra bebés europeos sanos y a término, que a la edad de 9 meses la mayoría de ellos ya son capaces de autoalimentarse. Este momento se considera una “ventana de oportunidad”. Si se niega al bebé que coja alimentos y se los coma, estamos bloqueando su propio interés innato, lo que implica que se pueda perder y tarde en reaparecer. Además, se ha visto que los niños pueden presentar, a parte de las dificultades de alimentación, un consumo reducido de frutas y verduras más adelante.

BLW es también un método respaldado a nivel europeo ya que **la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA)**⁽²¹⁾ a lo largo de su guía publicada en 2013 titulada *Opinión científica sobre los requerimientos de nutrientes y la ingesta diaria de bebés y niños pequeños en la Unión Europea* menciona que los alimentos complementarios pueden ser tanto bebidas como alimentación con cuchara y “finger foods” (alimentos que los bebés puede comer autónomamente cogiéndolos con sus propios dedos).

4) ¿Qué ventajas y qué riesgos presenta este método?

¿Hay evidencia de mayor riesgo de atragantamiento con BLW?

A lo largo de este trabajo hemos podido apreciar ventajas de BLW en cuanto al desarrollo del niño, pero lo cierto es que los beneficios del método son demostrables tanto a corto como a largo plazo.

Muchos padres justifican la desganancia o imposibilidad de su aplicación alegando a la suciedad, tiempo y paciencia que este método implica, aunque lo cierto es que la mayor preocupación que plantean es el riesgo de atragantamiento (*Imagen 1*). Veremos que dicen los estudios a este respecto.



Imagen 1: Fotografía de un niño alimentándose mediante BLW (extraída del blog de la dietista-nutricionista Lidia Folgar).

Velasco Manrique M. V.⁽¹⁾ en el artículo ya mencionado *Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje* (2014) expresa algunos beneficios de BLW ya que es un método natural y respetuoso con el bebé de acuerdo a su desarrollo y en armonía con su necesidad de explorar y experimentar. Como principales ventajas, fomenta la seguridad en sí mismo, contribuye al desarrollo de la musculatura orofacial (masticación y capacidad de hablar), favorece la participación en comidas familiares imitando además el manejo de cubiertos, facilita el aprender a comer despacio, desarrolla una actitud positiva hacia la comida, inclina sus gustos hacia alimentos más saludables e implica menor prevalencia de obesidad a largo plazo. Como gran miedo que manifiestan los padres cuando se les habla del método encontramos el riesgo de atragantamiento. Respecto a esto la Dra. Marta Vega refleja lo que demuestran las

investigaciones; y es que este riesgo no está incrementado respecto a quienes siguen el método tradicional con cuchara. Marca la diferencia entre arcada (movimiento espasmódico que pretende alejar la comida de las vías aéreas superiores expulsándolo hacia fuera pasando por la parte anterior de la lengua) y atragantamiento (bloqueo parcial o total de las vías respiratorias activando el reflejo de la tos). Se debe tener en cuenta que la arcada no es mala, pues no conlleva atragantamiento e indica que el niño está controlando el proceso. De hecho, los estudios demuestran que los bebés que controlan la comida que ingieren tienen menos riesgo de atragantamiento, mientras que éste se encuentra favorecido en aquellos a los que se les alimenta con cuchara, pues se facilita la aspiración.

Fangupo L.J. et al,⁽⁶⁾ en *A baby-led approach to eating solids and risk of choking* (2016) enfatizan en la importancia de seguir unas reglas básicas de seguridad (vistas en la introducción) y en la formación de los padres en caso de atragantamiento. Elaboraron una lista con los alimentos que conviene evitar por riesgo de obturación de la vía aérea:

1. Alimentos que el adulto no puede machacar con la lengua.
2. Alimentos pequeños (nueces, uvas, caramelos, frutas con semillas).
3. Verduras crudas.
4. Manzana cruda (entera o partida).
5. Fruta dura o poco madura.
6. Cítricos (a menos que cada gajo haya sido pelado).
7. Frutos secos enteros.
8. Palomitas de maíz.
9. Salchichas, zanahorias u otros alimentos similares cortados en rodajas (forma de moneda).

La **Asociación Americana de Pediatría**⁽¹⁹⁾ reconoce también que el desperdicio de alimentos es algo que puede preocupar a los progenitores, así como su rechazo inicial. Se sugiere ofrecerlo en más ocasiones (incluso 10-15 intentos en un periodo de meses) sin obligar a comerlo; ese rechazo primero no implica que en el futuro no les vaya gustar esa comida.

Italian Journey of Pediatrics, de la mano de **Alvisi P. et al,**⁽²²⁾ publicó en 2015 *Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants* en el que se expresan las mayores preocupaciones por parte de los profesionales a la hora de

aplicar BLW. Ellos son: riesgo de déficit de hierro así como de energía suficiente, riesgo de elevada ingesta de NaCl y el ya comentado riesgo de asfixia.

Martínez Rubio A. et al,⁽²³⁾ en su artículo titulado *Desmedicalizando la alimentación infantil* (2008) mostraron que la preocupación de que el bebé reciba una escasa ingesta energética asienta sobre un falso conocimiento de los padres acerca de las necesidades calóricas de sus hijos. En la siguiente tabla (*Tabla 2*) se establece como los bebés de 3 meses pueden necesitar de 327 a 728 kcal (existiendo mayor intervalo en los 6, 9, 12, 18 y 24 meses) y el único que sabe en qué lugar de ese rango está es el propio niño o niña.

Edad	Niños	Niñas
3 meses	327-728	342-685
6 meses	392-879	351-819
9 meses	504-924	459-860
12 meses	480-1.158	506-1.013
18 meses	704-1.211	509-1.168
24 meses	728-1.302	662-1.273

Tabla 2: Necesidades energéticas totales (Kcal) en bebés de 3 a 24 meses según edad y sexo⁽²³⁾.

5) ¿Por qué deben los profesionales de enfermería actualizarse en temas de nutrición infantil?

Los profesionales de la salud, especialmente la figura del enfermero, son importantes transmisores de información para los padres durante el periodo de introducción a la alimentación complementaria. La opinión de éstos puede ser muy influyente en las decisiones de las madres. De ahí, que sea necesaria una actualización en concepto de nutrición infantil y así exponer las opciones y que sean los padres quienes decidan.

La revista “Enfermería integral” del colegio oficial de enfermería de Valencia publicó en 2016, de la mano de **Borja Herrero C. et al,**⁽²⁴⁾ (enfermeras del equipo de pediatría de atención primaria) un artículo titulado *Actualizando la evidencia sobre las recomendaciones de enfermería en la alimentación complementaria*. En este artículo se hace referencia a la importancia de enfermería en la incorporación de alimentos; la cercanía y accesibilidad de este colectivo hace que los padres acudan a la enfermera como primera opción en busca de solución a sus dudas. Bien es cierto

que no es tarea fácil aconsejar cuando encontramos tanta gente que opina al respecto, ya que no existe una verdad absoluta ni bases científicas a las que adjudicar la inflexibilidad de ciertas recomendaciones acerca de la alimentación complementaria. A lo largo del tiempo se ha visto que funcionan todas ellas, pues los niños llegan al mismo punto de alimentarse como lo hace un adulto de su entorno. No todas estas sugerencias están avaladas por evidencia científica sino que más bien responden a experiencias y costumbres del sanitario y que hoy se siguen manteniendo por inercia en forma de protocolos desfasados.

Cameron S. L. et al,⁽⁴⁾ en el estudio *How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding A review of evidence* (Nutrients, 2012) exponen que gran parte de los profesionales que intervinieron en el mismo reconocían no haber tenido experiencia directa con BLW. Sus opiniones hacia el método, muy influenciadas por el miedo al atragantamiento, hacen que no suelen aconsejar (en ocasiones ni mencionar) esta opción; puntos de vista que chocan con los de los padres que ya lo han empleado y que no dudan en recomendarlo para la alimentación de los niños. En esta revisión elaboró una tabla en la que compara el método tradicional (con cuchara) y su adaptación a BLW; tabla que resulta de utilidad para padres indecisos sobre la aplicación del mismo o que hayan optado por una opción mixta (*Tabla 3*).

COMIDA	MÉTODO CONVENCIONAL	BLW A LA EDAD DE 6-7 MESES
Brócoli	En puré o machacado	Se sirve como una pieza del tamaño de un florete, lo suficientemente grande para que el bebé la sostenga sobresaliendo del puño. Cocido al vapor hasta una suave consistencia.
Plátano	En puré o machacado	La piel queda en la parte inferior del plátano (esto se le da al bebé para agarrar) y la parte superior está pelada para que el niño coma.
Pasta	En puré con carne o verduras	Se ofrecen pedazos grandes como espirales o tiras de lasaña como parte de la comida.
Carne de vaca	Batida con jugo	Cocido lentamente o estofado, ofrecido como un trozo o una tira de carne, suficientemente grande como para que el bebé la sostenga sobresaliendo del puño.

Tabla 3: Ejemplos de alimentos que pueden ser dados con cuchara y la opción BLW equivalente.

Tabla traducida de Cameron S.L. ⁽⁴⁾

De nuevo con **Cameron S.L. et al,**⁽²⁵⁾ como autora principal, aunque con distintos colaboradores, encontramos otro artículo (*Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families*) elaborado en 2013 para BMJ open en el que repararon en que la falta de investigación y de ensayos en temas de BLW es la culpable de que los órganos de gobierno no hagan de este método algo a recomendar a la población. Muestran los informes la creciente difusión de este método en países como Reino Unido o Nueva Zelanda, donde BLW goza de gran extensión.

Dodds R.⁽²⁶⁾ en su artículo en NCT de 2013 (“*Baby-led weaning is associated with less parental control of children’s eating and lower body mass index*”) transmite la importancia de individualizar cada caso y desaconseja confiar en BLW para bebés prematuros o con retrasos en su desarrollo, pues no serán capaces de autoalimentarse y requerirán ayuda.

Velasco Manrique M.V.⁽¹⁾, pediatra y autora ya mencionada anteriormente, en su artículo *Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje* (2014) da ciertas recomendaciones a los padres que decidan aplicar este método. Pone énfasis en evitar el agobio ya que BLW es un método naturista, respetuoso y relajado con el que no es necesario elaborar comida a parte para el bebé, si no que éste, como norma general, se alimentará de lo mismo que su familia. Da pautas para comenzar por alimentos naturales, frescos, de la región y de temporada, evitando la sal y el azúcar. La alimentación del niño debe basarse en las frutas, verduras e hidratos de carbono, a lo que se sumarán, en menor cantidad, proteínas, calcio, hierro y, en menor medida, aceites y grasas saludables.

6) ¿Tienen sentido y están avaladas científicamente las prácticas de crianza respetuosa?

A lo largo del trabajo se dado importancia al respeto hacia el instinto del bebé, lo que se conoce como “crianza respetuosa, crianza con apego o crianza natural”. Son varios los autores y sanitarios españoles (Julio Basulto, Dr. Carlos González, Rosa Jové...) que dedican su labor profesional a impulsar prácticas de crianza

respetuosa tan recomendables como BLW, continuidad de lactancia materna, colecho, porteo... evitando así un desapego temprano, siempre informando de sus riesgos, beneficios... y dejando a criterio de los padres su decisión de posible aplicación. Detractores de este método defienden la alimentación tradicional apoyándose en que el bebé es “libro en blanco” al que se le puede enseñar según el criterio del adulto y de esta manera aprende a comer según los cánones tradicionales.

Basulto Marset J.⁽⁵⁾ en su ya mencionado libro *Se me hace bola* hace referencia a la importancia de no insistir en que los niños coman más de lo que marca su mecanismo de hambre y saciedad (ni más cantidad ni a más velocidad), si no que se les permita la ingesta a demanda, pues es lo que su instinto les indica si han recibido lactancia materna. Tal y como él manifiesta; “BLW consiste en algo tan simple como revolucionario: respetar el instinto de nuestros bebés.”

Esta popular tendencia de obligar al niño a comer por encima de su apetito está muy relacionada con aversiones alimentarias y con la obesidad; teniendo a España como claro ejemplo de alta tasa de sobrepeso infantil.

Basulto recuerda que, a la hora de incorporar los alimentos, los padres no deben buscar que el niño coma, sino que quiera comer (que disfrute comiendo). También se intenta que sus gustos personales tiendan hacia alimentos lo más saludables posible. Ya en un segundo plano se pretende cubrir el aporte de nutrientes, siendo el cumplimiento de este objetivo secundario a los dos aspectos anteriores.

Tomando como inspiración recomendaciones de la ADA, Julio Basulto elaboró unas tablas en las que hace referencia a la responsabilidad compartida; la que se le debe atribuir a los niños o bebés y la que debe ser asumida por los adultos (*Tablas 4 y 5*).

Responsabilidades de los adultos	Responsabilidades del niño
Escoger qué alimentos hay en casa, cuáles presentamos en las comidas y cómo los presentamos.	Participar en la selección de alimentos <i>saludables</i> que habrá en el hogar o que formarán parte de los menús que él comerá.
Proponer, teniendo en cuenta las preferencias de nuestro hijo, los horarios para las distintas comidas del día.	Decidir si quiere comer o no (en función de su apetito).
Ofrecer una ración de alimento adaptada a su edad.	Comer la cantidad que le apetezca de lo que le ofrecemos. Si quiere más, le serviremos más.
Escoger el sitio donde se come en casa y promover un buen ambiente a la hora de comer, sin regañinas, imposiciones o discusiones.	Decidir si quiere sentarse con nosotros a comer o si prefiere hacer otra cosa.

Tabla 4: División de responsabilidades (adultos – niño)⁽⁵⁾.

Responsabilidades de los adultos	Responsabilidades del bebé
Escoger qué alimento presentamos, cómo lo presentamos y en qué momento del día lo ofrecemos.	Decidir si quiere comer y cuánto quiere comer. La respuesta a la pregunta ¿es su hora de comer? sólo la tiene tu bebé. Hazle caso.
Decidir si la comida tiene la textura adecuada para que el bebé pueda deglutirla sin problemas en función de sus capacidades.	Decidir si quiere (y puede) tragarse lo que le ofrecemos.
Escoger un sitio cómodo para nuestro bebé, priorizando que esté en nuestros brazos o bien encima o muy cerca de nosotros (vamos, a la mesa con nosotros, mientras sus papás comemos).	Decidir si quiere sentarse contigo o si prefiere estar en otro sitio.
Ubicar a nuestro bebé en un sitio desde el que pueda visualizar la comida (hay tronas en las que parece que el bebé está repantingado viendo una telenovela, más que dispuesto para comer).	Tocar la comida con sus manitas, si así lo desea. ¿Te comerías tú algo sin saber qué es?
Hablarle al niño con voz tranquila, sin intención de distraerlo ni entretenerlo para que coma.	Dictaminar cuándo ha terminado de comer (bien volviendo la cabeza o interponiendo la mano entre su boca y la comida).

Tabla 5: División de responsabilidades (adultos – bebé) ⁽⁵⁾.

Apoyando la teoría de Julio Basulto encontramos un artículo publicado en 2015 (*Adults only: why don't children belong to the clean-plate club?*) y perteneciente a **International Journey of Obesity**⁽²⁷⁾ en el que se concluye que el 92% de los adultos pertenecen al “club del plato limpio” (terminar la comida que se ha servido en el plato), mientras que los niños consumen un promedio del 59% de lo que se sirven ellos mismos. Refleja el estudio que un niño que come de 1/2 a 2/3 del plato no es derrochador, beligerante o irrespetuoso, simplemente es un niño normal. Los adultos, pertenecientes “club del plato limpio”, terminan el plato entero mientras que los niños tienen el poder de saber cuándo decir “basta”. La crianza respetuosa intenta evitar que desaparezca este mecanismo y lo conserven hasta la edad adulta.

González Rodríguez C.⁽²⁸⁾, pediatra y eminencia en temas de crianza respetuosa, en su libro *Mi niño no me come*, tomado como referencia para muchos escritos posteriores, reflexiona sobre el destete; momento que define como “época delicada y potencialmente traumática”. Actualmente se somete a muchos bebés a 3 destetes (del pecho al biberón, del biberón a las papillas y de las papillas a la comida normal) y cada uno se presenta como más duro que el anterior. Dr. Carlos González propone realizar un único destete del pecho a la comida normal; un proceso gradual y a largo plazo que respeta los ritmos del bebé.

5. CONCLUSIONES

Tras el desarrollo de cada objetivo según las fuentes revisadas concluimos lo siguiente:

- 1- La conclusión a la que he llegado al estudiar el primer objetivo es que, a pesar de que alguna entidad de autoridad en nutrición recomendara la introducción de la alimentación complementaria a los 4 meses, lo cierto es que actualmente coincide toda la comunidad científica en que ésta se debe iniciar a partir de los 6 meses; siempre individualizando cada proceso de acuerdo al desarrollo del bebé y evitando que primen los consejos médicos o los libros frente al instinto del bebé, a quien se debe “escuchar”.

- 2- Respecto al segundo objetivo, no existe un orden de incorporación de alimentos respaldado de forma unánime por las entidades científicas que se dedican a su estudio. Todos los niños tarde o temprano se destetan y acaban ingiriendo la misma alimentación que un adulto. La tendencia actual es llevar a cabo este proceso de la forma más natural posible y adaptada a cada bebé.

- 3- Respecto al tercer objetivo, aunque las entidades oficiales de nutrición no publiquen muchos artículos que se centren en BLW, sí se aprecian, a lo largo de sus investigaciones, afirmaciones en defensa de este método.
La apreciación personal tras la realización de este trabajo es que no hay evidencia científica que justifique la teoría tradicional y ésta es desmontada por esta reciente y creciente tendencia, demostrada y por tanto respaldada por la ciencia.

- 4- Respecto al cuarto objetivo, las ventajas de este método son numerosas y están demostradas. Estos méritos hacen que las madres que prueban este método repitan con sucesivos hijos.
No hay evidencia de mayor riesgo de atragantamiento aplicando BLW pero se hay visto que a los niños, independientemente de que se les aplique este método o no, se les ofrecen alimentos con riesgo de atragantamiento.

- 5- Respecto al quinto objetivo, los profesionales de enfermería deben estar actualizados en temas de alimentación infantil ya que la nutrición es una ciencia muy cambiante aunque con unas bases estables y dominadas por todo sanitario. Los padres deberían conocer las opciones de introducción de alimentación complementaria, pues forma parte de su tarea educativa y según su modo de llevarlo a cabo tendrá repercusión posterior. Por ello se busca que la enfermera, como profesional de gran confianza dentro de la sanidad y que dará las pautas en este tema, conozca el método y pueda transmitirlo como una opción a los padres en la consulta de pediatría de atención primaria.
- 6- Respecto al sexto objetivo, ya sea por desconocimiento, por miedo o por comodidad, las prácticas de crianza respetuosa no están muy extendidas en el ámbito sanitario. Lo cierto es que, de un modo u otro, BLW busca una vuelta al pasado alimentando a los bebés como lo hacían nuestros antepasados antes de la existencia de algunos utensilios de cocina, haciendo de este proceso algo más natural, pacífico y agradable tanto para el bebé como para la familia.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Velasco Manrique M.V. *Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje*. Med natur. 2014; 8(2):64-72.
- 2- Michaelsen K.F., Weaver L., Branca F. et al. *Feeding and nutrition of infants and young children: Guidelines for the WHO European Region with emphasis on the former Soviet countries*. World Health Organisation y UNICEF. N°8. 2003.
- 3- Perdomo Giraldo M., De Miguel Durán F. *Alimentación complementaria en el lactante*. Pediatr Integral. 2015; XIX(4):260-267.
- 4- Cameron S.L., Heath A.L., Taylor R.W. *How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of evidence*. Nutrients. 2012; 4(1):1575-1609.
- 5- Basulto Marset J. *Se me hace bola*. 1ª ed. Barcelona: De bolsillo; 2013.
- 6- Fangupo L.J., Heath A.M., Williams S.M., et al. *A baby-led approach to eating solids and risk of choking*. Pediatrics. 2016; 138(4):1-8.
- 7- Brunner Lopez O., Fuentes Martín M.J., Otrigosa Pezonaga B. et al. *Texturas evolutivas en la introducción de nuevos alimentos*. Academia Española de Nutrición y Dietética. Academia & GE-Nutpedia. Pamplona. 2017.
- 8- Leis Trabazo R. *¿Es el baby-led weaning un patrón recomendable?* Evid Pediatr. 2017; 13(2):1-3.
- 9- La Orden Izquierdo E., Segoviano Lorenzo M.C., Verges Pernía C. *Alimentación complementaria; qué, cuándo y cómo*. Rev. Pediatr Aten Primaria. 2016; 18(69):31-35.
- 10- Cameron S.L., Taylor R.W., Heath A.L. *Development and pilot testing of baby-led introduction to solids – a versión of baby-led weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking*. BMC Pediatrics. 2015; 15(99):1-11.

- 11- Cattaneo A., Williams C., Pallas Alonso C. R. et al. *ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence?* Maternal and child nutrition. 2011; 7(4):335-343.
- 12- Eidelman A. I., Schanler R. J. *Breastfeeding and the use of human milk.* Pediatrics. 2012; 129(3):827-841.
- 13- Hörnell A., Lagström H., Lande B. et al. *Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations.* Food nutr res. 2013; 57:1-27.
- 14- Freeman V., Vant´Hof M., Haschke F. *Patterns of milk and food intake in infants from birth to age 36 months: The Euro-Growth Study.* JPGN. 2000; 31(1):76-85.
- 15- Boyce J. A., Assaád A., Burks A. W. et al. *Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States.* J. Allergy Clin. Immunol. 2010; 126(6):1-58.
- 16- Mennella J. A., Reiter A. R., Daniels L. M. *Vegetable and fruit acceptance during infancy: Impact of ontogeny, genetics, and early experiences.* Adv. Nutr. 2016; 7 (suppl):211-219.
- 17- Manera M., Salvador G. *Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años).* Agencia de Salud Pública de Cataluña. Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña. Barcelona. 2016.
- 18- Unicef (con la colaboración de National Health Service y “The baby friendly initiative”). *Introducing solids foods. Giving your baby a better start in life.* Gov. UK: Impreso por Lea W. para “Public Health England”; 2015.
- 19- Infant food and feeding [Internet]. American Academy of Pediatrics; [consultado 16 enero 2018]. Disponible en:
<https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/HALF-Implementation-Guide/Age-Specific-Content/Pages/Infant-Food-and-Feeding.aspx#none>

- 20-** Fewtrell M., Bronsky J., Campoy C. et al. *Complementary feeding: A position paper by the European society for paediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition (ESPGHAN) Committee on nutrition*. JPGN. 2017; 64(1):119-132.
- 21-** EFSA NDA Panel (EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies), 2013. *Scientific Opinion on nutrient requirements and dietary intakes of infants and young children in the European Union*. EFSA Journal 2013; 11(10):8-10.
- 22-** Alvisi P., Brusa S., Alboresi S. et al. *Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants*. Ital J Pediatr. 2015; 41(36):1-9.
- 23-** Martínez Rubio A., González Rodríguez C. *Desmedicalizando la alimentación infantil*. AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008; 265-268
- 24-** Borja Herrero C., Iglesias Benito M., Ortega Quilis A. et al. *Actualizando la evidencia sobre las recomendaciones de enfermería en la “alimentación complementaria”*. Enferm Integral Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. 2016; (114):57-62.
- 25-** Cameron S.L., Taylor R.W., Heath A-L.M. *Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families*. BMJ Open. 2013; 3(12):1-9.
- 26-** Dodds R. *Baby-led weaning is associated with less parental control of children’s eating and lower body mass index*. NCT Perspective. 2013; (18)14-15.
- 27-** Wansink B., Johnson K. A. *Adults only: why don’t children belong to the clean-plate club?* International Journal of Obesity. 2015; 39(2):375.
- 28-** González Rodríguez C. *Mi niño no me come*. 3ª ed. Barcelona: Temas de hoy; 2004.