

Trabajo Fin de Grado



“Impacto del Baby-Led Weaning en el desarrollo de las habilidades motoras y orales del lactante”

“Impact of Baby-Led Weaning on infant motor and oral skill development”

GRADO EN ENFERMERÍA

Autora: María Eugenia Millán Fernández

Directora: Laura Ruiz Azcona

Curso académico: 2021/2022

Facultad de Enfermería

Universidad de Cantabria

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	4
SUMMARY.....	4
INTRODUCCIÓN	5
Planteamiento general del problema	5
Justificación de la elección del tema y relevancia.....	6
Objetivos	6
Estrategia de búsqueda.....	7
Descripción de los capítulos	7
CAPÍTULO 1: dieta Beikost o AC.....	9
1.1 Método BLW	9
1.2 Beneficios y riesgos del BLW	10
1.3 Introducción de los alimentos.....	12
CAPÍTULO 2: desarrollo psicomotor y oral del lactante	14
2.1 Desarrollo psicomotor desde los 6 hasta los 12 meses de edad	14
2.2 Desarrollo de la función oral	17
2.3 Posibles implicaciones del BLW en la motricidad y desarrollo oral	18
CAPÍTULO 3: la enfermera pediátrica de AP en la educación, evaluación y seguimiento de la AC durante el primer año de vida	21
3.1 La enfermera pediátrica en la consulta del niño sano de AP.....	21
3.1.1 Intervenciones de enfermería en la AC.....	25
3.2 Actitudes y conocimientos de los profesionales sanitarios frente al BLW	26
CONCLUSIONES.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	38
Anexo 1. Recomendaciones de la AEP para la introducción de alimentos según edad.....	38
Anexo 2. Alimentos sólidos con potencial riesgo de atragantamiento.....	39
Anexo 3. Menú semanal de alimentos sólidos para lactantes entre los 6 y 12 meses	40

RESUMEN

El Baby-Led Weaning (BLW) es un enfoque alternativo al método tradicional de alimentación complementaria en lactantes, que ha cobrado protagonismo y suscitado interés entre las familias divulgándose principalmente a través de Internet.

Esta novedosa técnica posee un amplio número de beneficios, pero también tiene una serie de desventajas, las cuales han intentado suprimirse desde el 2015 tras la creación de una variante de esta modalidad, el Baby-Led Introduction to Solids (BLISS).

El hecho de permitir que los lactantes experimenten con sus manos y consuman alimentos sólidos, fomenta la creación de sinapsis y, por lo tanto, la evolución del neurodesarrollo. A su vez, se potencian las habilidades motoras finas y la masticación e incluso existen estudios que hablan de que podría favorecer el lenguaje precoz.

La alimentación complementaria es un período clave para el desarrollo de los lactantes, por eso los profesionales enfermeros, especialmente desde Atención Primaria, deben adquirir los conocimientos necesarios, realizar los seguimientos apropiados y ofrecer la información disponible a las familias mediante Educación para la Salud.

Palabras clave: nutrición del lactante, alimentación complementaria, desarrollo infantil, enfermería.

SUMMARY

Baby-Led Weaning (BLW) is an alternative approach to the traditional method of complementary feeding for infants, which has gained prominence and interest among families and has been disseminated mainly through the Internet.

This novel technique has a wide number of benefits, but it also has several disadvantages, which have been addressed since 2015 by the creation of a variant of this approach, the Baby-Led Introduction to Solids (BLISS).

Allowing infants to experiment with their hands and eat solid foods encourages the creation of synapses and, therefore, neurodevelopmental evolution. In turn, fine motor skills and chewing are enhanced, and there are even studies that suggest that it may promote early language.

Complementary feeding is a key period for the development of infants, which is why nursing professionals, especially in Primary Health Care, must acquire the necessary knowledge, carry out the appropriate follow-up and offer the available information to families through Health Education.

Keywords: infant nutrition, Baby-Led Weaning, child development, nursing.

INTRODUCCIÓN

Planteamiento general del problema

Las organizaciones sanitarias más influyentes a nivel nacional e internacional, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP) ² y la Asociación Española de Pediatría (AEP) ³ coinciden en que la introducción de alimentos distintos a la leche materna o artificial debe producirse en el momento óptimo del desarrollo del lactante, es decir, a partir de los 6 meses, aunque no siempre ocurre a esta edad y por lo tanto es necesario individualizar.

A partir de esa edad la lactancia materna deja de ser suficiente y el niño necesita la introducción progresiva de otros alimentos. Este proceso se denomina alimentación complementaria (AC) o Beikost y comprende generalmente entre los 6 y los 18-24 meses de edad ⁴. La OMS lo define como el proceso que empieza “cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante y hay que añadir alimentos complementarios a su dieta” ¹. Este hecho se considera un hito importante del desarrollo del bebé, ya que pasará de alimentarse solo de leche a ser suplementado con alimentos que tienen el objetivo de asegurar el crecimiento y desarrollo global del niño ^{4,5}.

Por lo tanto, es un momento crítico en el desarrollo del lactante ya que se empleará un tipo u otro de alimentación según los hitos del desarrollo y la maduración del menor ⁶. Además, también influirá en las preferencias alimentarias y en el peso corporal tanto en ese momento, como posteriormente en la edad adulta ⁷.

El enfoque con cuchara ha sido el método de introducción de alimentos más empleado a lo largo de la historia. Este es dirigido por los padres o cuidadores y se fundamenta en el ofrecimiento con cuchara de alimentos triturados con consistencia de puré, siendo el enfoque de elección principal, aunque actualmente se ha visto solapado por otras modalidades. Concretamente en los últimos años, ha surgido una nueva corriente de alimentación denominada Baby-Led Weaning (BLW) que ha suscitado el interés de muchas familias y que promueve que los lactantes se autoalimenten. Esta técnica ofrece mayor heterogeneidad de alimentos y texturas potenciando de forma precoz la masticación y la deglución ^{7,8,9}.

Este novedoso método se rige por los principios de la alimentación perceptiva basada en el ofrecimiento de comida según los signos de hambre-saciedad del lactante, no forzar el consumo de alimentos, la inexistencia de distracciones y la modificación de la textura de los alimentos que son rechazados por el menor ¹⁰.

Debido a una mala alimentación, aproximadamente un 30% de niños menores de 5 años sufre retraso en el crecimiento ¹¹. Para evitarlo, los profesionales enfermeros, especialmente los de Atención Primaria (AP) durante las visitas programadas del niño sano son responsables de ofrecer apoyo a las familias respecto a la AC, indicando qué alimentos nuevos deben introducirse, cuándo y con qué frecuencia. De esta forma pueden solucionarse las dudas que surgen durante este nuevo período de alimentación ¹².

A pesar de sus múltiples beneficios estudiados como la autonomía, la aceptación de texturas y sabores, el fomento del desarrollo psicomotor, etc. el BLW continúa generando dudas entre padres y profesionales derivadas de los inconvenientes que se asocian a esta técnica ^{4,13}.

Justificación de la elección del tema y relevancia

Una alimentación adecuada es un factor imprescindible para el correcto desarrollo de cualquier lactante, y por ello, es necesario que los profesionales sanitarios, especialmente enfermería, a través de la Educación para la Salud ofrezca toda la información actualizada y rigurosa de una correcta nutrición ^{6,12}.

El primer estudio de alimentación dirigida por bebés lo realizó la pediatra Clara M. Davis en junio de 1939, donde estudió las comidas y preferencias de 15 bebés con edades comprendidas entre los 6 y los 11 meses. Esta investigación comparte los principios de la técnica BLW como que los lactantes eran quienes escogieron la alimentación y se presentaron alimentos cocinados de forma sencilla sin adicción de sal, lácteos ni azúcar. También, que a partir de las sucesivas experiencias sensoriales derivadas de la exposición a los alimentos se forjaba el apetito selectivo ¹⁴.

La creciente popularidad del BLW, proveniente de Reino Unido, se ha extendido por nuestro país principalmente a través de las redes sociales e Internet ⁹, donde madres influyentes dan a conocer el método y transmiten sus vivencias. Prueba de ello es que las madres que lo conocen tienen como principal fuente de información las páginas web y las redes sociales (38,8%), seguido con amplia distancia de los talleres para padres (25,8%) y otras madres o amigos (15,9%) ¹⁵.

Asimismo, a través de trabajos de investigación se ha demostrado que a pesar de que los profesionales sanitarios conocen la técnica, la minoría son los que se atreven a recomendarla, principalmente por la inseguridad que los genera el hecho de considerar una falta de conocimientos ^{4,16}.

A pesar de existir literatura científica abordando efectos negativos del BLW como la ferropenia o el atragantamiento, son escasas aquellas que arrojan resultados acerca de las diferentes repercusiones que el BLW tiene sobre las experiencias motrices, psicomotoras, de masticación y de lenguaje en los lactantes. Por esta razón, la presente monografía procura exponer la evidencia científica disponible hasta el momento y pretende ser de utilidad para futuras líneas de investigación en lo que respecta a la relación existente entre un aprendizaje precoz del lenguaje/masticación y consecución de hitos motores con el destete dirigido por el bebé.

Objetivos

Objetivo general:

- Describir el impacto del BLW en el desarrollo de las habilidades motoras finas, orales y de lenguaje en lactantes entre 6 y 12 meses de vida.

Objetivos específicos:

- Analizar el método alternativo de AC BLW.
- Desarrollar los riesgos y los beneficios que se asocian a la práctica del BLW.
- Exponer el grado de seguridad que tiene el BLW.
- Analizar el papel del profesional de enfermería durante el período de AC en el primer año de vida.

Estrategia de búsqueda

El presente trabajo es una monografía elaborada mediante una revisión bibliográfica. Esta se ha llevado a cabo consultando la literatura existente en distintas fuentes: bases de datos, revistas científicas y libros. También se consultaron páginas web de organismos oficiales como la AEP, la OMS o la AEPAP. La metodología empleada para la búsqueda bibliográfica es la descrita a continuación:

En primer lugar, se procedió a una búsqueda de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y sus homónimos en la literatura americana, Medical Subject Headings (MeSH). Dichos términos fueron los siguientes: nutrición del lactante (infant nutrition), alimentación complementaria (Baby-Led Weaning), desarrollo infantil (child development) y enfermería (nursing).

En las diversas fuentes de información se combinaron los descriptores mediante la utilización de los operadores booleanos AND y OR.

Tras la selección de los descriptores se realizó una búsqueda bibliográfica en las posteriores bases de datos: Pubmed, Scopus, Web of Science y Dialnet. Posteriormente, los criterios de inclusión fueron publicaciones de los últimos 5 años, a texto completo y redactadas en inglés o español. Asimismo, es importante mencionar que debido a la escasez de información encontrada durante los últimos 5 años referente al tema principal planteado, fue necesario ampliar el rango temporal.

La siguiente etapa en este proceso fue la recopilación de artículos, prescindiendo de aquellos que estaban duplicados o no se adecuaban al tema de estudio, obteniéndose los siguientes resultados:

- Pubmed: 46 resultados.
- Scopus: 10 resultados.
- Web of Science: 15 resultados.
- Dialnet: 11 resultados.

Por último, se realizó una lectura minuciosa de toda la bibliografía seleccionada para el desarrollo del presente trabajo y como herramienta para la organización de las referencias bibliográficas se utilizó el gestor bibliográfico “Mendeley”.

Descripción de los capítulos

Esta monografía está dividida en tres capítulos, abordando en cada uno de ellos una temática específica sobre la cuestión que se ha decidido analizar.

Capítulo 1. Dieta Beikost o AC. En él se define el concepto BLW, sus beneficios y riesgos, su prevalencia y una mejorada aplicación del método con el uso del BLISS.

Capítulo 2. Desarrollo psicomotor y oral del lactante. Capítulo en el que se expone la correlación del neurodesarrollo con los estadios de motricidad y función masticatoria, así como la posible implicación del BLW en la adquisición precoz o mejoría de estos hitos del desarrollo.

Capítulo 3. La enfermera pediátrica de AP en la educación, evaluación y seguimiento de la AC durante el primer año de vida. En ese capítulo se desarrolla la importancia de la figura de los profesionales de enfermería de AP en la educación e instrucción de conceptos básicos del BLW,

así como la responsabilidad de detectar cualquier signo de alarma de retraso psicomotor en lactantes que practican este enfoque. También se muestran los conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios frente al BLW.

CAPÍTULO 1: dieta Beikost o AC

La AC generalmente comprende desde los 6 hasta los 24 meses de edad, aportando los requerimientos que la leche por sí sola ya no ofrece al lactante. Estos alimentos como su propio nombre indica son adicionales, manteniéndose como alimento principal la lactancia materna o artificial hasta los dos años o hasta que la madre y el lactante lo deseen ^{3,4,17}.

1.1 Método BLW

En el año 2008 surgió un método alternativo denominado BLW, en español “destete dirigido por el bebé o autodestete”. Este fue creado por la enfermera pediátrica y matrona británica Gill Rapley quién viralizó esta novedosa práctica a través de la publicación de su libro “Baby-Led Weaning: helping your baby to love good food” ^{4,6,18-20}.

Actualmente no hay unanimidad respecto a su definición, ya que algunos autores lo interpretan como una técnica que no incluye alimentación con cuchara, mientras que otros son más flexibles y lo exponen como un método que puede incluir menos de un 10% de purés o alimentación con cuchara ^{7,21-23}. En cambio, Rapley y el resto de los autores que han investigado e informado acerca del BLW coinciden en que los alimentos se presentan en forma alargada, denominados “finger foods” y con una consistencia adecuada para que los propios niños y niñas puedan agarrarlo, llevárselo a la boca y masticarlo de acuerdo con su desarrollo psicomotor ^{16,24,25}.

A diferencia del enfoque tradicional el BLW se caracteriza porque promueve un papel activo del bebé durante las comidas, siendo él mismo quien coge los alimentos con las manos y se los lleva a la boca en lugar de recibirlos con cuchara ^{16,25}. A pesar de que los cuidadores principales son quienes deciden qué variedad de comida ofrecer, los lactantes eligen qué comer, qué cantidad y qué ritmo seguir sin que los padres ejerzan presión sobre ellos ^{24,26}.

Durante esa misma época en Italia surgió un enfoque similar, “alimentazione complementare a richiesta” con énfasis en que los menores muestren interés por la comida y que lo hagan junto a sus familias y no se centra tanto en la modalidad o forma de los alimentos ²⁷.

La OMS aún no se ha pronunciado respecto a esta práctica, pero su máxima repercusión ha sido en Reino Unido, Nueva Zelanda y Canadá, incluso en España ya hay familias que lo han practicado o tienen interés en hacerlo ^{7,19,25}.

Estudios llevados a cabo sobre la utilización de este método de AC en diferentes países mostraron diversos resultados como se muestra en la Figura 1. Brown y Lee ²⁸ encontraron en el 2011 que un 58,1% de las madres británicas lo practicaba. Por su parte, en el 2013 Cameron et al. ²⁹ descubrieron que solo lo seguían un 8% de las neozelandesas, mientras que Pérez-Ríos et al. ²¹ demostraron en el 2021 que lo ejecutaban el 14% de las familias españolas (gallegas) encuestadas ^{16,30}.

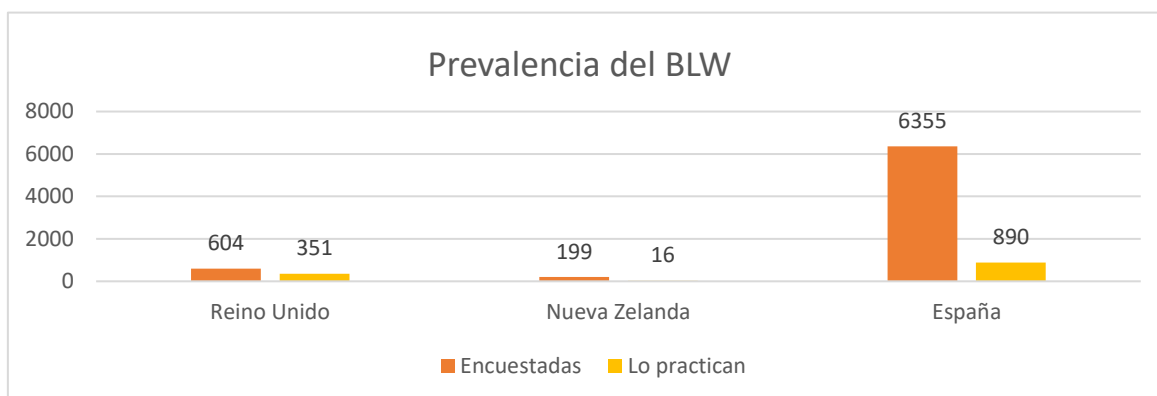


Figura 1. Prevalencia del BLW. Fuente: Martínez Rubio, et al. y Pérez-Ríos M, et al. Elaboración Propia.

Tras los resultados arrojados en múltiples investigaciones, se han puesto de manifiesto una serie de características comunes a las madres que emplean este método, ya que son ellas quienes lo practican mayoritariamente ^{16,27,31,32}:

- Mayor nivel educativo.
- Reincorporación más tardía al trabajo respecto a las madres que utilizan el método tradicional.
- Comportamientos más relajados y menor control sobre los alimentos ofrecidos a sus hijos.
- Mayor confianza en la capacidad de control del menor.
- Menor preocupación por el peso de su hijo.
- Lactancia exclusiva hasta los 6 meses.
- Introducción de sólidos a los 6 meses y seguimiento más preciso de las recomendaciones que las madres seguidoras del enfoque a cuchara.

1.2 Beneficios y riesgos del BLW

La introducción de sólidos siguiendo los principios del BLW podría aportar algunas ventajas en contraposición a la “introducción tradicional”, pero también implica riesgos. A continuación, en la Tabla 1 se exponen los beneficios y riesgos del BLW más destacados y citados en la bibliografía existente ^{6,30,33}.

Tabla 1. Beneficios y riesgos del BLW. Fuente: Sánchez González M, et al. y San José MA, et al. Elaboración propia.

BENEFICIOS	RIESGOS
Promoción de autonomía e independencia	Déficits nutricionales de hierro y zinc
Promueve y estimula el desarrollo psicomotor	Atragantamiento
Favorece el desarrollo de la musculatura orofacial → estimula la masticación	Asfixia
Mayor consumo de frutas y vegetales	
Aceptación de mayor variedad de texturas y sabores	
Mayor control respuesta hambre-saciedad → factor protector frente a la obesidad	
Mayor comunicación y mejora de las relaciones con la familia	
Interacción con la comida → aumento de experiencias sensoriales	
Prolongación de la lactancia materna	

Asimismo, las experiencias de los cuidadores principales con dicho método exponen numerosas ventajas, entre ellas, según los testimonios encontrados en la literatura, los progenitores la definen como un método más natural, que promueve la independencia del niño, más rápida, ya que le ofrecen comida familiar y no hay necesidad de hacer otras comidas, técnica económica (principalmente en padres de menores ingresos), adecuada autorregulación del niño, potencia la socialización y la participación en las comidas y fomenta un mayor desarrollo de habilidades motoras^{13,16,17,20,30,34}.

Por el contrario, también refieren desventajas como una práctica que genera desorden, excesiva comida desperdiciada y necesidad de mayor tiempo¹³.

Respecto a los riesgos y concretamente centrándonos en los episodios de ahogo y atragantamiento, Fu et al.³⁵ demostraron que no existen diferencias significativas en los lactantes que utilizan el destete dirigido por el bebé o la AC con cuchara.

Resultados similares obtuvo Brown³⁶ dónde comparaba la frecuencia de atragantamientos sufridos en lactantes que ejecutaban BLW estricto o suelto (BLW combinado con purés) y destete tradicional, obteniéndose que la frecuencia de estos sucesos no era estadísticamente significativa dependiendo del tipo de alimentación empleado, ocurriendo un 11,9% en el BLW estricto, un 15,5% en el suelto y un 11,6% en el método tradicional. El aumento de episodios no se relacionó con el método empleado sino con el tipo de alimentos que se ofrecían⁷.

Por otro lado, Dogan et al.³² en su estudio de 2018 detectaron que los alimentos más propensos a producir este incidente eran la manzana y la zanahoria cruda.

Por su parte, Rapley³⁷⁻³⁹ sostuvo que con el BLW a los 6 meses son más comunes las arcadas, ya que el reflejo se encuentra en una posición avanzada de la lengua, mientras que con el enfoque tradicional son mayores los atragantamientos, dado que los niños mediante este método aprenden a succionar y llevan directamente el alimento a la parte trasera de la lengua⁶.

No obstante, la gran mayoría de los estudios publicados se centran en el déficit de hierro asociado a este método, ya que es sabido que a partir de los 6 meses de edad los niveles de este mineral comienzan a descender. Esto se debe a que las reservas hepáticas de hierro acumuladas durante la gestación se agotan por su alto requerimiento para el crecimiento y desarrollo del lactante. La leche materna es pobre en hierro, por lo tanto, se hace necesario un aumento a través de la AC^{6,40}. Aunque hay autores que discrepan al respecto, Rowan y Lee⁴¹ encontraron que la exposición al hierro no era diferente frente al grupo de niños que se alimentaban con un método tradicional.

Por su lado, Cameron et al.⁴² hallaron que los menores alimentados con BLISS respecto a los alimentados con BLW, recibieron a los 6 meses más alimentos ricos en hierro a pesar de que la ingesta total fue insuficiente en ambos grupos.

Aunque este método presenta más beneficios que riesgos, las familias y profesionales de la salud son reticentes a aconsejarlo y a practicarlo debido principalmente al desconocimiento y a los riesgos asociados, pero es en el 2015 cuando surgió una versión modificada del BLW, el BLISS, creada para reducir las preocupaciones respecto al número de asfixias y a los aportes insuficientes de hierro y energía^{7,16,19,42}.

Este método mantiene las principales características del BLW. Está basado en la filosofía de la autonomía del lactante a la hora de comer, pero enfocado hacia la orientación detallada de consejos e instrucciones hacia los padres respecto a ofrecer un alimento rico en hierro y de valor energético en cada comida, la preparación de la comida acorde al desarrollo del menor y a la enseñanza de los alimentos con alto riesgo de atragantamiento con el objetivo de no ofrecerlos

^{4,7,42}. Por eso en muchas ocasiones los autores afirman que el BLISS es la versión mejorada de BLW.

Respecto a esta última modalidad, diferentes estudios han evaluado el riesgo de asfixia y sofocación asociado a una AC a demanda. En el estudio de Fangupo et al. ⁴³ compararon la frecuencia de episodios de asfixia en niños que seguían BLISS frente a niños que seguían el enfoque tradicional, llegando a la conclusión de que con el método innovador tenían más episodios a los 6 meses y menos a los 8 meses, ligándolo a un aprendizaje precoz en texturas sólidas ^{4,16}. En el 2015, Cameron et al. ⁴² hallaron que con el método BLISS en comparación con el BLW estricto se ofrecían menos alimentos de alto riesgo de atragantamiento.

1.3 Introducción de los alimentos

Las recomendaciones para la introducción y secuencia de alimentos sólidos son las mismas para cualquier tipo de alimentación empleada. No debe ser rígida, dependerá de la cultura o preferencias y se aconseja comenzar con alimentos ricos en hierro y zinc ^{3,24}. La AEP ³ ha creado una tabla orientativa (Anexo 1) con la incorporación de alimentos según la edad del menor.

La AEP aconseja esperar hasta los 6 meses para que el organismo tenga la maduración necesaria en los sistemas neurológico, renal, gastrointestinal e inmune ^{3,24}.

Los alimentos se ofrecerán de uno en uno con intervalos de al menos una semana para ver su tolerancia ^{44,45}. Para la aceptación de un alimento necesita exponerse de 15-20 veces ²⁴. No se recomienda la adición de sal, azúcar o cualquier otro edulcorante a las comidas, ya que los valores requeridos se encuentran en los alimentos o la propia leche. A continuación, en la Tabla 2 se reflejan diferentes grupos de alimentos que deben evitar ofrecerse en grandes cantidades durante al menos el primer año de vida, y, algunos como los frutos secos, hasta los 3 años de edad ^{24,26,46}.

Tabla 2. Grupos de alimentos que deben exponerse en pequeñas cantidades o evitarse. Fuente: Berga Liarte L, et al. Elaboración propia.

GRUPO	RECOMENDACIONES
Verduras	Hoja verde → nitratos → riesgo metahemoglobinemia
Pescado	Gran tamaño → Intoxicación con metilmercurio Ácidos omega 3 y 6 → neurodesarrollo
Lácteos	Exceso de lácteos → anemia ferropénica
Miel	Esporas Clostridium Botulium + déficit ácido gástrico → riesgo botulismo
Legumbres	Baja biodisponibilidad → fibra no digerible → baja cantidad → evitar flatulencias y favorecer digestión
Frutos secos	No enteros → alto riesgo de atragantamiento

Respecto a los alimentos con potencial alergénico, en las últimas investigaciones se ha puesto de manifiesto que no debe retrasarse su introducción, de hecho, hacerlo en pequeñas cantidades podría reducir la aparición de la alergia ^{3,24}.

En un reciente estudio del 2021 en el que participaron madres chilenas seguidoras del BLW, un 46,7% de ellas había ofrecido como primera comida a sus hijos la fruta, mientras que un 26% lo había hecho con verduras. En esa misma investigación un 32,6% añadían sal a la comida, un 8,8% azúcar y 7,7% miel ³¹. En un análisis posterior, se encontró que tras las verduras (91,6%) y

las frutas (90,5%) los alimentos más ofrecidos eran los cereales (82,4%) y la carne magra (80,2%) ⁴⁷.

Igualmente, Townsend et al. ⁴⁸ comprobaron que los niños que se regían por el método tradicional preferían los dulces, mientras que los alimentados con BLW mostraban mayor atracción por los hidratos de carbono sin existir diferencias en la exposición ^{16,18,22}.

Por otro lado, Morison et al. ⁴⁹ descubrieron que los niños alimentados con BLW eran más propensos a consumir grasas de tipo saturadas y que las ingestas de hierro, zinc y vitamina B12 eran menores a los niños que se alimentaban con el método tradicional ^{16,22}. Investigaciones más recientes arrojan resultados similares incorporando, además, un menor consumo de vitamina C ⁵⁰.

Respecto a la edad de inicio para la introducción de la AC, la OMS, no recomienda la introducción antes de los 6 meses, pero otras organizaciones como la AEP o la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica (ESPGHAN) no recomiendan la introducción de la AC antes de los 4 meses ni más tarde de los 6 ²⁶. El hecho de hacerlo de forma tardía o de forma precoz conlleva una serie de riesgos que podrían reducirse con la introducción de la alimentación en el momento oportuno. En la Tabla 3 se exponen dichos riesgos ^{3,24,26}.

Tabla 3. Riesgos de exposición temprana y tardía a alimentos. Fuente: Gómez Fernández-Vegue M. Elaboración propia.

RIESGOS DE EXPOSICIÓN TEMPRANA Y TARDÍA A ALIMENTOS	
EXPOSICIÓN TEMPRANA	EXPOSICIÓN TARDÍA
Atragantamiento	Intolerancias alimentarias
Gastroenteritis aguda	Mayor dificultad de adhesión a nuevas texturas y sabores
Infecciones respiratorias del tracto superior	Carencias nutricionales (Fe y Zn)
Interferencia con biodisponibilidad de Fe y Zn de la leche materna	Aumenta el riesgo de alteración de habilidades motoras
Riesgo de sobrepeso y obesidad	Aumento de alergias
Eccema atópico	
Diabetes Mellitus tipo 1	
Sustitución tomas de leche→ Destete precoz	

CAPÍTULO 2: desarrollo psicomotor y oral del lactante

2.1 Desarrollo psicomotor desde los 6 hasta los 12 meses de edad

Carl Wernicke elaboró el término de desarrollo psicomotor y lo definió como la adquisición continua y progresiva de habilidades físicas, cognitivas, emocionales y de relación, como la comunicación, la motricidad o el comportamiento ^{51,52}. Este proceso depende de 3 factores: la genética, las condiciones ambientales y un apropiado entorno afectivo. La consecución de este desarrollo se reconoce como un hito que permite al niño realizar tareas cada vez más complejas ^{52,53}.

Es importante mencionar que para que se produzca este desarrollo es necesaria la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC), es decir, la consolidación de los circuitos corticales ⁵². Esta es una estructura que no evoluciona de forma homogénea, siendo las áreas motoras primarias las que primero lo hacen y a los 6 meses se han desarrollado lo suficiente como para dirigir gran parte de los movimientos del menor ⁵⁴.

Durante la etapa de lactante el cerebro desempeña la función de plasticidad, término introducido por William James (1980) y apoyado por Cajal mediante su hipótesis de que las vías preestablecidas del sistema nervioso podían modificarse. Se describe por la capacidad del cerebro para reorganizar funciones de acuerdo con factores externos e internos. Durante el primer año esta función está muy activa. La producción de estos nuevos circuitos necesita estímulos aferentes y demanda eferente ^{55,56}.

El neurodesarrollo no solo depende de la genética sino también de la estimulación, la cual condiciona la creación de un mayor número de sinapsis neuronales, y, por lo tanto, mayor integración de las funciones cerebrales ⁵⁷.

El principal factor no genético que interviene en el neurodesarrollo es la nutrición, ya que el cerebro consume el 60% de la energía introducida. Es considerado un período crítico porque el cerebro rivaliza con el resto de los órganos corporales por la obtención de los nutrientes ingeridos, puesto que requiere altas cantidades de ellos para su correcta maduración ^{40,58}.

Hay una serie de nutrientes que son considerados indispensables para el desarrollo del cerebro como: el hierro, las vitaminas B6, B9 y B12, la colina, el yodo, el selenio, el hierro, el zinc, el ácido docosahexaenoico (DHA) (omega 3), el ácido araquidónico (omega 6), el ácido oleico (omega 9) y lípidos complejos encontrados en la grasa de la leche ^{40,59}.

Previo al nacimiento comienza el desarrollo cerebral, pero en el período postnatal destacan dos procesos: la mielinización y la sinaptogénesis de las vías nerviosas que incrementan el procesamiento de la información en áreas del cerebro que controlan los movimientos, el lenguaje, la memoria o la cognición ^{40,56}.

Las áreas mielinizadas al momento del nacimiento son la médula espinal y el tallo cerebral, siendo los encargados de los reflejos. La mielinización y la complejidad de las conexiones nerviosas en el área cerebral se relaciona con conductas más complejas, por esto mismo, la adquisición de actividades como sentarse o erguirse se desarrollan de forma análoga a la mielinización ⁵⁶.

Para que se propicie el movimiento tienen que coordinarse el soporte motor primario, las vías motoras centrales, las periféricas y el sistema nervioso ⁶⁰.

El psicólogo Jean Piaget definió una etapa comprendida desde el nacimiento hasta los dos años de edad como estadio sensoriomotor, que evoluciona desde los reflejos simples hacia conductas más complejas que requieren coordinación. Estos reflejos desaparecen al producirse la inhibición cortical, momento en el que comienza la actividad motora voluntaria ^{53,61}.

El desarrollo motor se distribuye en ^{54,57}:

- Motricidad gruesa: se guía por la ley cefalocaudal, es decir, se comienza a controlar de cabeza a pies y comprende el equilibrio, sentarse sin apoyo, control de la cabeza, levantarse...
- Motricidad fina: se rige por la ley próximo-distal, es decir, evoluciona desde las partes más cercanas al eje central corporal hacia las más alejadas. Comprende movimientos más complejos como la prensión, la manipulación, la realización de pinza, aplaudir....

La adquisición de habilidades motoras precisa de ^{52,57}:

- Control postural. El predominio del tono muscular flexor se inclina hacia un equilibrio flexo-extensor de las extremidades, necesario para caminar.
- Pérdida de los reflejos primarios o arcaicos. Su persistencia es signo de alteración del sistema nervioso.

Los reflejos arcaicos controlados por los niveles inferiores del sistema nervioso central que presentan los recién nacidos y que deben de eliminarse para la transformación de movimientos involuntarios en voluntarios son ^{62,63}:

- Reflejo de búsqueda. Se desencadena cuando se estimula la mejilla o los labios y el bebé gira la cabeza en dirección a la caricia. Desaparece en torno al 6º mes.
- Reflejo de succión. El tacto del paladar provoca la succión, que no desaparece, sino que se modifica y se convierte en un acto voluntario. Como mecanismo reflejo dura en torno a 6 meses.
- Reflejo de Moro o sobresalto. Producido cuando el bebé siente falta de apoyo o con estímulos inesperados. Extiende y realiza abducción de los brazos. Este reflejo se mantiene hasta alrededor de los 2 meses.
- Reflejo tónico del cuello o "esgrima". Se origina cuando se gira la cabeza del bebé hacia un lado. El brazo de ese lado se estira, mientras que el brazo contralateral se flexiona. Permanece hasta alrededor de los 3 meses.
- Reflejo de prensión. La mano se cierra cuando se acaricia la palma. Desaparece entorno a los 3 meses.
- Reflejo de Babinski. Respuesta motora que se produce por una estimulación táctil sobre la planta del pie. El primer dedo se dobla hacia la parte superior del pie mientras que el resto se flexionan. Su persistencia no se considera patológica hasta los 2 años de edad.
- Reflejo de la marcha o caminar. El niño simula caminar cuando se le sostiene erguido sobre una superficie sólida. Permanece hasta alrededor de los 2 meses.

En el segundo trimestre de vida comienza el equilibrio bi-isquiático. La sedestación y la eliminación del reflejo de prensión permiten manipular objetos. Es en el tercer trimestre cuando se examinan los reflejos posturales de paracaídas, en los que el bebé posiciona las manos hacia un lado cuando es inclinado, para evitar la caída (lateral), a diferencia del frontal, que posiciona las manos hacia delante ⁵².

El equilibrio también es esencial y para lograrlo es imprescindible el tacto, dado que los receptores localizados en diferentes zonas corporales (tendones, músculos...) dirigen la información a la corteza cerebral y cerebro, donde se percibe el tono muscular, los movimientos y la posición en el espacio. Las estructuras del desarrollo sensorial se perfeccionan durante los

primeros meses de vida. Por esta razón adquieren tanta importancia los estímulos y las experiencias ⁵⁷.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, los hitos del desarrollo son variables para cada niño y es importante individualizar, ya que no todos lo adquieren simultáneamente, pero existen unas premisas que frecuentemente se cumplen en la mayoría de los menores en los diferentes meses de edad. En la Tabla 4 se muestran los hitos del desarrollo psicomotor hasta el primer año de vida ^{33,52,64}.

Tabla 4. Patrones del desarrollo psicomotor en lactantes de 4 a 12 meses. Fuente: San José MA, et al y Brunner-López O, et al. Elaboración propia.

Meses de edad	Desarrollo psicomotor
4 meses	Desaparece el reflejo de extrusión o anteroposterior de la lengua.
4-6 meses	- Capacidad para llevarse cosas a la boca. Tragan si se colocan el alimento en la parte delantera de la lengua. - Sostienen la cabeza. 1/3 de los bebés se sientan con apoyo. 95% mantienen estable la cabeza cuando están sentados. - Intentan agarrar los alimentos, aunque lo hacen a destiempo.
6 meses	- Inicia la masticación precoz. Es inmadura, con movimientos verticales (arriba-abajo). - El 50% se sienta sin apoyo. - Cogen los objetos con técnica digito-palmar.
7-9 meses	- El 95 % se sienta sin apoyo. - Pueden agarrar alimentos y pasárselos de una mano a otra. - Masticación más madura con movimiento diagonales y laterales de la lengua (movimientos giratorios). - Pinza índice-pulgar inmadura.
10-12 meses	- Dominan la pinza índice-pulgar. - El 97% de los bebés se sienta sin apoyo. - Mastican y realizan los movimientos de forma eficaz.

Sin embargo, el momento óptimo para introducir la AC no solo depende del desarrollo motor, sino que también viene determinado por el desarrollo fisiológico y la maduración neurológica⁵⁹.

Tabla 5. Desarrollo neurológico y fisiológico en función de los meses de edad. Fuente: Campoy C, et al. Elaboración propia.

Meses de edad	Desarrollo neurológico y fisiológico
4-6 meses	El desarrollo cognitivo y cortical mejora la movilidad de la lengua. Control progresivo del transporte oral de los alimentos.
6 meses	Aparición de incisivos temporales para manejar la mordida.
9-12 meses	Desarrollo de habilidades motoras finas necesarias para el manejo de comida semisólida/sólida.

2.2 Desarrollo de la función oral

La función oromotora del niño es la capacidad para masticar y tragar con efectividad y seguridad alimentos de diferentes texturas. La masticación es un aspecto importante de este desarrollo, encargada de transformar los sólidos en bolo alimenticio listo para ser deglutido ⁶⁵.

La función motora de la boca comienza a los 6 meses y se va desarrollando proporcionalmente a medida que el niño introduce alimentos sólidos de distintas texturas en su boca ¹⁷. Realizar el acto de masticar sólidos es un aliciente para el desarrollo de los músculos, el crecimiento craneofacial y la producción de circuitos neuronales. Alimentos con diferentes texturas pueden influir en la capacidad para masticar y en su aprendizaje. Al igual que cualquier otra conducta este proceso se aprende por repetición ⁶⁵.

La masticación está comprendida por 3 fases: corte, maceración y transporte ⁶⁵. El desarrollo motor de este proceso se caracteriza por dos fases, una de inicio y otra de perfeccionamiento, que parecen estar delimitadas por la aparición de los primeros molares ⁶⁵⁻⁶⁷.

Anatómicamente existen diferencias entre el lactante y el adulto ⁶⁶:

- La cavidad oral es más pequeña y el maxilar inferior esta ligeramente retraído.
- Los lactantes poseen almohadillas de succión que limitan el espacio. Esta restricción provoca que la lengua complete el espacio bucal y no tenga libertad de movimiento.
- Las vías respiratorias están más aseguradas al encontrarse la laringe en posición más alta y la epiglotis y el paladar blando estar contiguos.

En el momento del nacimiento el ser humano posee 5 reflejos que van a ser la futura base del desarrollo de la función oral. Algunos irán desapareciendo durante el primer año de vida ⁶⁶.

- Deglución. Manifestado desde el final del primer trimestre de gestación. Se desencadena por la presencia de leche en la orofaringe.
- Succión. Se desencadena al tocar las mejillas, los labios o estimular el paladar blando.
- Reflejo nauseoso. Se estimula cuando se tocan los dos tercios posteriores de la lengua. A los 6 meses es menos intenso provocándose solo en la cuarta parte posterior de la lengua.
- Reflejo fásico. Cierre y apertura de la boca cuando se estimulan las encías.
- Reflejo de enraizamiento. Desaparece a los 3 meses.

La función masticatoria es realizada por las encías entre los 4 y los 6 meses. Estas no permiten morder, de aquí, que los alimentos ofrecidos durante el BLW deban ser blandos y deban adaptarse en textura según su maduración oral. Es entre los 6 y 10 meses cuando erupcionan los incisivos que permiten cortar los alimentos y consumir aquellos más duros y fibrosos. ^{64,68}.

Cuando los lactantes consumen leche, el líquido pasa directamente a la parte posterior de la cavidad oral, punto de inicio de la deglución, sin embargo, para manejar exitosamente los primeros sólidos debe utilizarse la lengua activamente para trasladarlos a la parte posterior y desencadenar dicho reflejo. Estos alimentos necesitan un proceso más complejo de masticación, ya que los alimentos deben triturarse, mezclarse con saliva y ser transportados a la parte trasera de la lengua ^{68,69}. La introducción de trozos grandes antes de tener control y lateralización de la lengua y la fuerza de masticar puede aumentar el riesgo de atragantamiento ⁶⁹.

En un estudio llevado a cabo en el 2011 por Wright et al. ⁷⁰ se analizó el desarrollo motor en relación con la autoalimentación y se halló que el 56,0% de los niños habían tendido las manos para agarrar el alimento antes del sexto mes de vida ²⁰.

Entre los 6 y los 9 meses debido a los cambios anatómicos y el aumento de tamaño que sufre el lactante en su cavidad oral se produce un cambio en el movimiento de la lengua permitiendo una mayor lateralidad de esta ⁶⁶.

A partir de los 6 meses es cuando la musculatura proximal comienza a desarrollarse, aportando más fuerza y estabilidad a los músculos, permitiéndolos controlar la cabeza y sentarse. Del mismo modo, este desarrollo contribuye en la motricidad fina desarrollando la lengua, los labios o la introducción y manipulación de alimentos más sólidos ⁶⁶.

2.3 Posibles implicaciones del BLW en la motricidad y desarrollo oral

La literatura publicada hasta el momento recomienda el BLW solo para lactantes nacidos a término, sanos y con un adecuado desarrollo psicomotor, desestimándose en el caso de niños con fallo de medro, enfermedades neuromusculares, lesión cerebral o dificultades neurológicas/motoras. Asimismo, si los lactantes fuesen prematuros habría que evaluarlo individualmente y podría emplearse atendiendo a la edad corregida de 6 meses ^{3,6,24,68}.

El inicio del BLW no está ligado a una edad límite sino a la adquisición de unos ítems del desarrollo. Los niños para comenzar con este método de alimentación deben presentar unos requisitos o señales que indiquen que están preparados para tal fin ^{4,26,65,68}:

Tabla 6. Ítems requeridos para el comienzo del BLW. Fuente: Grupo de Gastroenterología Pediátrica. Elaboración propia.

ÍTEMES REQUERIDOS PARA EL COMIENZO DEL BLW
Mantenerse sentado, erguido y con sostén cefálico.
Saber mostrar hambre-saciedad con gestos (apartar o cerrar la boca).
Mostrar interés por coger alimentos con las manos.
Desaparición del reflejo de extrusión (expulsión de alimentos no líquidos con la lengua).
Coordinación ojos-mano-boca.
Coordinación de habilidades motoras orales: succión-masticación-deglución (movimientos masticatorios con la lengua y la mandíbula).

El acto de autoalimentación del lactante necesita la precisión de movimientos motores gruesos y finos que se perfeccionarán progresivamente a través de un aprendizaje iterativo, pero alrededor del 20% de los menores con edades comprendidas entre los 6-8 meses no han desarrollado la madurez requerida para ejecutar esta técnica. Por este motivo, el BLW debe practicarse de forma efectiva y segura individualizándose cada situación ^{8,17,33,71}.

En el estudio realizado por Martínez-Rubio et al. ¹⁶ a un grupo de pediatras, un 63,7% valoraron que el BLW facilitaba el desarrollo de habilidades motrices, mientras que un 72,4% opinaba que potenciaba la masticación. Otro estudio previo, realizado en Brasil a profesionales de la salud manifestó que un 80,3% opinó que mejoraba la masticación y un 88,3% que ayudaba al desarrollo de habilidades motoras ¹⁹.

En el año 2020, en España, San Mauro Martín et al. ¹⁵ nuevamente reflejaron el acuerdo de los sanitarios respecto a la alimentación dirigida por el bebé. Un 68,4% opinó con un acuerdo total que mejoraba el desarrollo de las habilidades motoras finas y un 56,0% con el mismo grado de acuerdo que promovía el desarrollo madurativo ¹⁵.

Por su parte, Addessia et al.²⁷ evaluaron en el 2021 la posible asociación que tiene el BLW con tres etapas del desarrollo: sentarse sin apoyo, gatear y pronunciar las primeras palabras. En su estudio comparaban madres seguidoras del destete dirigido por el bebé con madres que empleaban el enfoque tradicional. Como resultado se obtuvo que la alimentación familiar se asociaba de forma significativa con el hecho de sentarse sin apoyo y un menor porcentaje de alimentos con cuchara con el gateo a una edad más temprana, ligándose a un temprano desarrollo psicomotor.

Otros autores han sugerido que incorporar a la dieta del lactante sólidos de forma temprana mejora la prensión manual al permitir mayor número de oportunidades de manipulación de comida con sus propias manos en lugar de recibirla por parte de un adulto. Simultáneamente se mejora también la coordinación óculo-manual y la masticación⁴⁷.

Rapley como fundadora y partidaria de este enfoque alimentario ha planteado la hipótesis de que el BLW puede promover el desarrollo psicomotor y el lenguaje²⁷. Los movimientos motores complejos desarrollados en este enfoque ayudan al desarrollo de habilidades motoras y orales necesarias para el lenguaje⁸. Respecto al desarrollo del lenguaje, en el 2021 Webber et al.⁸ hallaron que el hecho de consumir los alimentos con las manos (BLW) y mayor cantidad de la misma comida que el resto de los individuos de la familia estaba asociado a una producción y comprensión del lenguaje infantil más avanzada.

Otras investigaciones también han expuesto sus hipótesis de que este enfoque puede proporcionar experiencias que afecten el desarrollo cognitivo y motriz, incluso que promueve el desarrollo del lenguaje mediante dos patrones: por un lado, la experiencia temprana de manipular y masticar alimentos provoca un mayor uso de habilidades motoras orales ligadas con el desarrollo del lenguaje. Y, por otro lado, la convivencia familiar que propicia oportunidades de exposición y modelado del lenguaje y vocabulario^{8,27,72}.

Una diferencia clave del BLW respecto al enfoque tradicional es la textura de los alimentos ofrecidos, recomendación basada en el hecho de que a los 6 meses pueden masticar y que para llegar a ser expertos en la masticación solo necesitan practicar. El enfoque dirigido por el bebé emplea alimentos de consistencia más dura que el método a cuchara permitiendo un mayor desarrollo de la cavidad oral, dado que los alimentos blandos impiden el desarrollo muscular y óseo bucal. Realizar cambios progresivos de textura aún sin dientes produce un endurecimiento de las encías y el desarrollo de la cavidad oral. Este tipo de texturas permiten al niño aprender a mover la comida dentro de la boca para masticarla y después tragarla^{64,69,73}.

Tras numerosos estudios llevados a cabo ya existen razones teóricas para admitir que un enfoque BLW puede influir en el desarrollo del lenguaje^{8,27,72}. En primer lugar, se ofrecen trozos de comida sólidos, lo que implica la práctica continua de masticación y mordida promoviendo el fortalecimiento de los músculos faciales y un crecimiento craneofacial. Las dos características mencionadas se han asociado con el desarrollo del lenguaje en repetidas ocasiones y sugieren que los movimientos orales están relacionados con las habilidades lingüísticas⁸. Moore⁷⁴ propone que la coordinación del movimiento mandibular podría proporcionar la base para los movimientos complejos del habla.

Por su parte, Webber et al.⁸ obtuvieron que los niños expuestos a una alimentación más independiente y mayor ofrecimiento de comida familiar tenían mayores puntuaciones en la producción y comprensión del lenguaje. En cambio, aquellos alimentados con cuchara tenían una asociación significativa negativa. Otro aspecto, es que los niños con BLW están más implicados en las comidas familiares, lo que brinda oportunidades para que el lactante aumente la comprensión y producción del lenguaje.

Dichas razones declaran que los niños que comienzan a comer independientemente a una edad más temprana adquieren mayor experiencia oral-motora y mayor control oral-facial, conduciendo así a un desarrollo precoz del lenguaje ⁸.

Un requisito indispensable para que el niño pueda mejorar sus habilidades es que se le ofrezcan oportunidades con las que experimentar, cuya repetición influirá en la mejora de la técnica ^{33,52}.

La AEP en su manual de nutrición del 2021 alude a que se debe de comenzar lo antes posible con texturas semisólidas para que el menor, aunque no tenga dientes, estimule la masticación de forma precoz y así potencie su desarrollo oromotor. Al mismo tiempo, el lactante fomenta el aprendizaje sensoriomotor a través de la experimentación de la comida con sus manos ⁷⁵.

CAPÍTULO 3: la enfermera pediátrica de AP en la educación, evaluación y seguimiento de la AC durante el primer año de vida

El BLW ha experimentado un auge importante durante los últimos 4 años y numerosos padres y madres acuden a los profesionales sanitarios cada vez de manera más asidua en busca de respuestas a sus preguntas y preocupaciones respecto a esta nueva técnica fomentada principalmente a través de las redes sociales⁹. El personal de enfermería es una figura destacada durante el primer año de vida del niño, dado que es responsable de ofrecer a los padres la información adecuada respecto a la alimentación y la correcta enseñanza de hábitos saludables, ya que de ello van a depender las decisiones de los cuidadores respecto al tipo de alimentación elegida y la futura salud de los niños¹⁹. Este primer año es una etapa crítica debido al rápido crecimiento que experimentan los lactantes, por lo que la eficacia y factibilidad de esta técnica debe de vigilarse y controlarse¹⁷.

3.1 La enfermera pediátrica en la consulta del niño sano de AP

El programa de “Atención al niño sano de Cantabria” con última revisión en el 2001, ha sido modificado por la necesidad de actualizar los protocolos existentes. Es en el 2013 cuando se desarrolló el “Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia de Cantabria (PSIAC)”¹² elaborado por un grupo multidisciplinar de enfermeras especialistas en pediatría y pediatras de AP, es decir, quienes asumen la tarea de fomentar la educación y promover la salud en el contexto de la infancia.

Este programa se distribuye en una serie de revisiones periódicas dirigidas a menores con edades comprendidas entre los 0 y 16 años que orientan a los profesionales sanitarios sobre cómo guiar las visitas¹².

Desde la recomendación del inicio de la dieta Beikost hasta cumplir el primer año de vida se realizan 3 consultas programadas en los Centros de Salud, concretamente a los 6, 9 y 12 meses.

Durante la visita de los 6 meses se debe valorar la evolución respecto a las visitas anteriores y es la ocasión idónea para que el profesional enfermero realice la primera intervención nutricional enfocada a la introducción de nuevos alimentos¹².

Por un lado, se evaluará el interés que demuestra el lactante por los alimentos y se explorarán algunos de los ítems requeridos para el comienzo del BLW, expuestos en el subapartado anterior 2.3. Aquellos que no sean factibles de ser examinados en la consulta, como el interés del niño por nuevos alimentos o el hecho de que sepa mostrar signos de saciedad, serán datos que los propios padres corroborarán en sus domicilios exponiendo a los niños a esta práctica⁷⁶.

Durante esta consulta los sanitarios deben proporcionar conceptos básicos de la AC⁷⁶:

- En qué consiste cada método y sus beneficios e inconvenientes.
- Explicar la forma de introducir los alimentos, así como la necesidad de evitar aquellos con riesgo de atragantamiento (Anexo 2)³.
- Incidir en que debe comenzarse con alimentos ricos en hierro debido al descenso que van a sufrir de manera fisiológica.
- Fomentar que el niño comience a beber agua según sensación de sed, evitando los zumos o las bebidas azucaradas.

- Resolver y escuchar las preocupaciones parentales acerca de la alimentación saludable y ofrecer información también por escrito a través de documentos nutricionales acordes a la edad del menor.
- Si deciden comenzar con BLW, previamente se deberá instruir a los padres de las maniobras básicas de seguridad ante posibles episodios de asfixia ^{17, 46, 73}.

Igualmente, en esta visita seguirá promoviéndose la lactancia hasta los 12 meses sin que los alimentos interfieran en ella. Los datos serán registrados en la historia clínica y en el Documento de Salud Infantil, el cual, permite a profesionales y progenitores el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño/a ¹².

Un procedimiento adicional a la entrevista dietética para estimar si la alimentación es apropiada es la medición antropométrica en la que se valora: el peso, la longitud en decúbito supino, el perímetro cefálico y los pliegues cutáneos. Estos datos se trasladarán a las curvas de crecimiento en función de la edad y género del lactante ⁷⁷.

Otro aspecto fundamental durante esta revisión es la evaluación del desarrollo alcanzado hasta ese momento, que proporciona datos para identificar precozmente anomalías neurológicas. A pesar de que no todos los niños manifiesten un homogéneo patrón de crecimiento y desarrollo, los hitos madurativos emergen con una secuencia universal en todos ellos ⁴⁵. Este seguimiento se puede ejecutar a través de la observación, la entrevista con los padres o mediante cribados. La prueba de screening más empleada es el Denver Developmental Screening Test. Este test estudia 20 tareas divididas en 4 dominios: motor fino y grueso, lenguaje y personal-social. Está recomendado para menores con edades comprendidas entre el nacimiento y los 6 años ⁷⁸.

En la versión española, la prueba más empleada es el Test Haizea Llevant que valora los mismos áreas y el desarrollo hasta los 5 años. Este está compuesto por 97 ítems. Si el valor resultante total obtiene una puntuación igual o superior a 5, o en un solo área 3, se considerará un lactante de riesgo ⁷⁷.

Del mismo modo, durante la revisión programada enfermería examinará la posible presencia de signos de alarma del desarrollo psicomotor a la edad de 6 meses ¹².

Tabla 7: Signos de alarma del desarrollo psicomotor a los 6 meses de edad. Fuente: Grupo de Trabajo del PSIAC. Elaboración propia.

SIGNOS DE ALARMA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	
6 meses	- Persistencia de reflejos primarios. - Hipertonía e hipotonía de extremidades. - Falta de sedestación con apoyo. - No coge objetos. - No busca el origen de los sonidos ni emite sonidos.

En caso de que el test empleado resulte positivo o se detecte alguno de estos signos, el paciente será derivado a su pediatra para un seguimiento más exhaustivo y un diagnóstico precoz, ya que su presencia puede ser indicativo de una alteración grave. Si los resultados son dudosos deberá reevaluarse la escala de los signos de alarma a las 2-4 semanas ¹².

Asimismo, enfermería puede optar por entregar un menú semanal orientativo a los progenitores respecto a los alimentos que pueden ofrecer a sus hijos de forma paralela a lactancia materna o artificial. Para elaborar las comidas deben respetarse las pautas sobre la preparación y el cocinado de los alimentos (Anexo 3) ^{12,79}.

Esta revisión que tiene una duración estimada de 30-40 minutos se realiza de forma conjunta entre el pediatra y la enfermera, siendo esta última la encargada de la antropometría, la vacunación y la citación para el próximo control a los 9 meses. Además, se ofrecerá la guía anticipatoria de los 6 a los 9 meses en la que se reflejan las necesidades actuales y próximas del niño, así como las sugerencias respecto al plan nutricional y las actuaciones que deben desempeñar los progenitores en el período comprendido entre visitas ¹².

Los padres regresarán al Centro de Salud con sus hijos cuando hayan cumplido los 9 meses, pero esta consulta programada es ejecutada completamente por enfermería. Se realizará anamnesis mediante la exploración de las preocupaciones parentales y la valoración de la evolución en relación con la visita anterior ¹².

Respecto a la evaluación nutricional se realizará nuevamente la exploración física. Es la ocasión para resolver dudas referentes a la alimentación. Igualmente, la enfermera enfatizará en ^{76,79,80}:

- Indagar la actitud parental ante las comidas, el nivel socioeconómico y el conocimiento de las indicaciones ofrecidas en revisiones previas respecto a la alimentación.
- La corrección de los malos hábitos en la preparación de los alimentos.
- Investigar acerca de los métodos y alimentos empleados. Cantidad, tipo y frecuencia.
- Apoyar las técnicas de alimentación y si es preciso, se realizará una demostración en consulta o en el propio domicilio.
- Fomentar la introducción de alimentos con gluten, el pescado y el huevo, así como la frecuencia de su consumo.
- Evitar azúcar, miel u otros edulcorantes para evitar la aparición de caries.
- Elogiar los aspectos bien ejecutados y reforzar aquellos que no se estén desarrollando de manera adecuada.
- Fomentar el ofrecimiento de alimentos con las manos para una mejor regulación del apetito y menos triturados para favorecer la masticación.
- Recordar que la incorporación de nuevos alimentos debe realizarse de forma progresiva y en pequeñas cantidades para valorar posibles reacciones alérgicas. Si sucede, estas se registrarán en la historia clínica del paciente.
- Señalar que pueden comenzar a ofrecer pequeñas cantidades de yogurt y queso tierno a partir de los 9-10 meses.
- Aclarar que no debe forzarse al menor a comer y que se deben respetar sus señales hambre-saciedad.
- Insistir a los progenitores que las comidas deben desarrollarse en un ambiente tranquilo para promover las oportunidades de interacción y el desarrollo cognitivo.
- No insistir en que coman todos los alimentos, esto solo fomentará su aversión.

De la misma manera, el desarrollo psicomotor volverá a ser analizado mediante los cribados con una prevención primaria, y secundaria para aquellos niños que hayan manifestado la aparición de signos de alarma acorde a esta edad ¹².

Tabla 8: Signos de alarma del desarrollo psicomotor a los 9 meses de edad. Fuente: Grupo de Trabajo del PSIAC. Elaboración propia.

SIGNOS DE ALARMA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	
9 meses	- Hipotonía del tronco. - Espasticidad. - Falta de sedestación sin apoyo. - No coge objetos ni los manipula. - Irritabilidad o gran pasividad. - No disfruta de juegos con personas adultas. - Ausencia de angustia frente a extraños.

A lo largo de estas visitas es necesario que los progenitores muestren sus objeciones, dado que es probable que ellos hayan detectado sucesos que no se presentan durante las visitas programadas ⁸¹. El tiempo estimado para esta consulta es de 20 minutos y al finalizar la enfermera hará entrega a los padres de la guía anticipatoria de los 9 a los 12 meses ¹².

Por último, el control de los 12 meses es la visita final a lo largo del primer año de vida. En esta ocasión, intervendrá el pediatra junto a la enfermera. Como en todas las revisiones habrá que proceder a la anamnesis y registro del crecimiento mediante los valores antropométricos obtenidos. La exploración física se centrará en los mismo aspectos que las revisiones previas ¹².

Otras instrucciones aportadas por el profesional enfermero relacionadas con la dieta Beikost a esta edad son ^{63,79,80}:

- Repasar los alimentos introducidos. Recordar que deben introducirse solos y con un intervalo de al menos 1 semana para poder asegurar su tolerancia.
- Insistir en que los alimentos superfluos, el azúcar y la sal cuanto más tarde y en menor cantidad, mejor.
- Favorecer la progresión de la consistencia de los alimentos para seguir fomentado la masticación.
- Recordar que deben continuar evitando aquellos alimentos propensos al atragantamiento.
- Indicar que es el momento para introducir la leche de vaca y sus derivados, aunque la lactancia materna siga siendo la primera opción.
- Advertir no iniciar el consumo de caramelos y otras chucherías.
- Sugerir que puede ser el comienzo de un período de neofobia donde los lactantes son reacios a probar nuevos alimentos. También disminuye su apetito de manera fisiológica y debe explicarse que no se debe forzar a que consuma todos los alimentos ofrecidos.
- Recomendar que el momento de las comidas sea sin interrupciones.
- Recordar que las verduras de hoja verde siguen limitadas por el riesgo de metahemoglobinemia.
- Explicar que a partir del 12 mes pueden reincorporarse alimentos que previamente habrían ocasionado una reacción alérgica.
- Aconsejar la introducción de farináceos integrales por el aporte extra de fibra.
- Aclarar que los alimentos comerciales infantiles como papillas de frutas no son necesarios, de hecho, tienen alto contenido de azúcar y sal, por lo tanto, se aconseja que su consumo sea esporádico.

Los signos de alarma del desarrollo psicomotor son valorados de nuevo (ver tabla 9):

Tabla 9: Signos de alarma del desarrollo psicomotor a los 12 meses de edad. Fuente: Grupo de Trabajo del PSIAC. Elaboración propia.

SIGNOS DE ALARMA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	
12 meses	- No se pone de pie. - Ausencia de pinza índice-pulgar. - No entiende órdenes sencillas (toma, dame, ven...). - No parlotea usando sonidos consonánticos. - No se interesa por otros niños.

3.1.1 Intervenciones de enfermería en la AC

Los padres y madres deben de recibir una adecuada educación nutricional para evitar los riesgos derivados del BLW. Esta modalidad debe de llevar un riguroso seguimiento para poder garantizar un adecuado crecimiento y es necesario recibir información acerca de cómo preparar los alimentos, de tal forma que resulten seguros y nutritivos. Una buena educación e instrucción por parte de estos profesionales a los cuidadores respecto a las pautas de seguridad y técnicas a ejecutar durante un episodio de asfixia, contribuye al aumento de la sensación de control y confianza parental^{17, 46, 73}.

Durante las visitas los profesionales deben evaluar la percepción de los padres sobre el método complementario BLW asegurándose de que lo desean practicar. En el año 2020 se validó el cuestionario PaPerc-BLW que lo valora cuantitativamente. Está organizado en tres dimensiones: autonomía y desarrollo del niño, salud del niño y temor de los padres a aplicar este método³⁰.

Una vez conocido el interés de los progenitores por comenzar la dieta Beikost con el enfoque BLW, se ofrecerán por escrito unas consideraciones generales centradas en la resolución de los máximos inconvenientes de la técnica, es decir orientadas al método BLISS, que los cuidadores deben de conocer^{7,21,82}:

- Informar acerca de los riesgos y ventajas de esta técnica.
- Esperar hasta que el niño este totalmente preparado para ello.
- Controlar los parámetros de crecimiento durante los primeros meses y valorar si fueran necesarios los suplementos.
- Comenzar ofertando alimentos con forma de dedo, lo que facilita el agarre. La largura de los trozos de comida debe sobresalir por el puño.
- El alimento está con la cocción adecuada cuando el cuidador puede aplastarlo con la lengua en el paladar. Se debe de probar antes de ofrecérselo al lactante.
- Ofrecer variedad de alimentos.
- Tolerar cierto desorden y no prefijar una cantidad de comida.
- Permitir que sea el bebé quién decida el ritmo de la comida. No ayudar metiéndole alimentos en la boca.
- Evitar ofrecer comidas rápidas y alimentos a los que se ha añadido sal, azúcar o miel.
- Seguir las normas básicas de seguridad como que el bebé este sentado en posición vertical y nunca dejarlo solo con comida.
- Mantener tranquilidad a la hora de la comida, evitar distracciones y sentarlos en la mesa junto con el resto de la familia para fomentar la interacción.

Sin embargo, con eso no basta, ya que es necesario trabajar en las explicaciones para que realmente sean efectivas²⁴. La manera más adecuada según la literatura científica sería mediante manuales alimentarios adaptados, aportando consejos sobre la prevención del riesgo

de asfixia y entrenando a los padres en primeros auxilios, puesto que aumentaría su seguridad y ampliaría la variedad de texturas ofertadas a los niños ^{17,46,73}. Estas sugerencias deben ir orientadas al ofrecimiento de alimentos ricos en hierro y aquellos que potencian su absorción como los ricos en vitamina C ⁴⁶. También deben proporcionar recomendaciones acerca de ofrecer alimentos con alto valor energético en cada comida y aquellos que a causa de su alto potencial de atragantamiento deberían evitarse ^{21,82}.

Por último, es necesario que las enfermeras responsables de brindar la atención reiteren a las familias que durante las primeras ocasiones en las que se ofrezcan nuevos alimentos a los lactantes es probable que no los coman, puesto que primero tienen que aprender a manipularlos, experimentar con ellos a través del tacto, el olor, la vista y por supuesto, el gusto. Los alimentos deben ofrecerse solos sin enmascarar su verdadero sabor con otros alimentos para que posteriormente comiencen a chuparlos, masticarlos y finalmente tragarlos ^{62,82}.

3.2 Actitudes y conocimientos de los profesionales sanitarios frente al BLW

En la actualidad existen numerosas investigaciones que evalúan el grado de conocimiento y las actitudes de los sanitarios frente al destete dirigido por el bebé.

La publicación del 2017 de Martínez-Rubio et al. ¹⁶ dirigida a pediatras de AP para comprobar sus creencias respecto a este método de alimentación presentó los siguientes resultados: un 63,7% opinaba que facilita el desarrollo de las habilidades motoras por la manipulación de la comida y un 72,4% estaba total/parcialmente de acuerdo en que estimula la masticación en lugar de la succión.

En ese mismo estudio solo un 6,6% de los profesionales lo recomendaba siempre, mientras que un 45,3% lo hacía en ocasiones. El 49,9% de los facultativos encuestados tenía en ese momento alguna familia que practicaba el enfoque BLW ¹⁶.

También se indagaron las razones del porqué no lo aconsejaban. Fueron las siguientes: 67,2% por falta de información, un 10,6% explicó que se debía a la falta de evidencia científica y las preocupaciones planteadas respecto a este método como el atragantamiento (10,6%), la ingesta insuficiente de energía (5,2%) y el riesgo de ferropenia (1,4%) ¹⁶.

En cuanto a las fuentes de información el 29,2% refirió que fueron los cursos y congresos seguido de las propias madres que acudían a sus consultas con un 21,2%. En el 71,8% de los casos la información de la AC era una tarea compartida por el pediatra y el personal de enfermería que en el 95,3% de las ocasiones aportaban un tríptico informativo adicional a las explicaciones ¹⁶.

Otra reciente investigación (2020) realizada en Brasil en la que se seleccionaron 458 profesionales sanitarios exploró el conocimiento y el grado de acuerdo que tenían respecto a 10 enunciados que citaban posibles beneficios del BLW. Como datos a destacar, el 77,9% de ellos ejercía sus funciones en el servicio de AP y 376 de los encuestados conocían la técnica, perteneciendo al gremio enfermero 30 de ellos ¹⁹.

En la tabla 10 se muestran los enunciados proporcionados a estos profesionales ¹⁹.

Tabla 10. Posibles beneficios del BLW. Fuente: Silva Neves F, et al. Elaboración propia.

Posibles beneficios del BLW	
Enunciado A	El método BLW puede hacer que los bebés sean más proclives a compartir las comidas en familia.
Enunciado B	El método BLW puede facilitar la adaptación de los bebés a los diferentes sabores y consistencias de los alimentos.
Enunciado C	El método BLW puede mejorar la masticación de los bebés.
Enunciado D	El método BLW puede favorecer el desarrollo de las habilidades motoras del bebé.
Enunciado E	El método BLW puede prevenir el sobrepeso de los bebés.
Enunciado F	El método BLW puede promover la autorregulación de la saciedad y por lo tanto, una menor necesidad de alimentación de los bebés.
Enunciado G	El método BLW no suele provocar un aumento de peso insuficiente en los bebés.
Enunciado H	El método BLW no suele provocar la carencia de algunos nutrientes en los bebés.
Enunciado I	El método BLW puede ser muy cómodo/conveniente, ya que no es necesario preparar alimentos especiales para los bebés.
Enunciado J	El método BLW puede generar menos preocupación o ansiedad en los padres/cuidadores.

Los enunciados en los que había mayor grado de acuerdo entre los participantes fueron: el A con un 65,7%, el B con un 77,7%, el C con un 80,3%, el D con un 88,3% y el F con un 65,45 %. En este caso, las principales fuentes de información fueron de mayor a menor porcentaje los cursos, congresos o seminarios, la literatura científica y las páginas web ¹⁹.

Respecto a los beneficios del método, el 96,5% de los encuestados que conocía la existencia del BLW afirmaron que tenía beneficios y lo recomendarían frecuentemente y alguna vez. Las principales razones para desaconsejarlo eran: tener miedo a que el método no fuese lo bastante nutritivo para el bebé, la falta de evidencia científica y el considerar no tener los conocimientos suficientes como para hacerlo. La mitad de ellos tenían familias que estaban ejecutando este enfoque reflejándose así el incremento de seguidores que está teniendo este práctica ¹⁹.

En referencia al colectivo enfermero el 96,7% conocía los beneficios del BLW y el 33,33% de ellos lo recomendarían siempre. En el momento de la investigación un 30% asistía a familias que lo practicaban ¹⁹.

En el estudio de Alvisi et al. ⁸³ llevado a cabo con pediatras italianos confirmó que el 91% de los interrogados ofrecían recomendaciones a las familias escritas por ellos mismos adaptadas a sus experiencias y preferencias.

En otra investigación publicada ese mismo año y liderada por San Mauro Martín et al. ¹⁵ se realizó un cuestionario a través de plataformas virtuales a 364 profesionales de la salud españoles, exceptuando Ceuta y Melilla. El mayor colectivo estaba formado por enfermeros (47,8%) y doctores (42,3%). Destacar que un 92,3% de ellos conocían la técnica y sus fuentes de información más comunes eran con un 41,5% los cursos, conferencias o eventos profesionales, un 27,6% era Internet y un 15,3% era el aprendizaje a través de libros o artículos científicos. El 97,7% conocían los beneficios del BLW y un 81,8% tenían familias que seguían este método con sus hijos.

Un 39,8% lo recomendarían siempre y un 49,7% a veces. En términos generales la mayoría de los encuestados reconocía que este enfoque mejora la adaptación a nuevos sabores y

texturas, que estimula la masticación frente a la succión y que promueve el desarrollo del bebé favoreciendo particularmente el desarrollo de la motricidad fina ¹⁵.

Además, hallaron que el mayor porcentaje de profesionales que ofrecía información era enfermería con un 40% seguido de los pediatras con un 21,6%. La gran mayoría aplicaba un folleto informativo como refuerzo a sus explicaciones utilizando un 23,4% documentos preparados por ellos, mientras que un 36,2% y un 35,5% utilizaban informes de sociedades científicas y de su propio centro respectivamente ¹⁵.

En España Arias-Ramos et al. ¹³ demostraron que un 79% de aquellos que proporcionaban información e instruían en la AC lo hacían con consejos escritos por ellos mismos y un 42,1% con documentos facilitados por su Centro de Salud. Tan solo un 10,5% lo hacían mediante el uso de guías sanitarias emitidas por sociedades científicas. Un 86,8% conocían este método alternativo y un 76,3% sabían sus beneficios, siendo un 68,5% de ellos los que estaban de acuerdo en que facilita la adaptación a nuevos sabores y texturas, un 81,6% consideraban que estimula la masticación versus succión y un 71,1% que promueve la motricidad fina.

A pesar de las recomendaciones de organismos oficiales de comenzar a introducir alimentos distintos de la leche a los 6 meses, existe un 95,5% de profesionales españoles que son flexibles a adelantar la introducción de la AC a este período y un 63,4% a atrasarla abogando las siguientes razones ^{15,16}:

Tabla 11. Razones para adelantar o atrasar la AC. Fuente: Martínez Rubio A, et al. Elaboración propia.

Razones para adelantar el inicio de la AC	Razones para atrasar el inicio de la AC
Escasa ganancia ponderal	Ganancia excesiva de peso
Incorporación de la madre al trabajo	Retraso motor
“El niño se aburre de la leche”	Prematuridad
Demanda frecuente por la noche	Aversión a nuevos alimentos
Experiencia de la madre	Experiencia materna
Interés del niño por la comida	Desinterés del niño por la comida

De todas ellas las de mayor relevancia para adelantarlas son “una escasa ganancia ponderal” o “la reincorporación de la madre al trabajo”, mientras que la más trascendental para producir una ampliación del inicio de la AC por parte de los sanitarios es “la prematuridad” ¹⁶.

CONCLUSIONES

Actualmente no existen suficientes estudios con resultados que indiquen la necesidad de un cambio de tendencia del enfoque tradicional al BLW. Ambas opciones de inicio de AC son perfectamente válidas, sin que se haya demostrado que una de ellas sea mejor que la otra. Diferentes autores apuntan que la técnica BLISS al ser la versión mejorada del BLW podría establecerse como el método idóneo.

Por otro lado, algunas de las publicaciones que analizan a las familias han demostrado que los padres que aseguran ejecutar el BLW lo combinan con el método tradicional, aspecto que insinúa que podría generar una mayor confianza en ellos presentándose como otra posible opción.

A pesar de que las investigaciones existentes evidencian que el BLW no presenta más riesgos de atragantamiento que el enfoque a cuchara, que aporta más beneficios que riesgos y que la prevalencia de familias seguidoras ha aumentado, aún existen reticencias de los progenitores y sanitarios a su introducción.

Los niños entre los 6 y 12 meses están en una etapa clave en la que debido a la gran plasticidad cerebral que presentan, es la ocasión adecuada para proporcionarlos estimulación y brindarles oportunidades de manipulación y libre experimentación con los alimentos sólidos. El hecho de que se alimenten por ellos mismos llevándose la comida a la boca favorece la motricidad fina, mejora la masticación y el desarrollo de la musculatura facial facilitando la instauración temprana del lenguaje.

Las familias reciben la información de diversos medios y en ocasiones resulta contradictoria con la proporcionada por los profesionales sanitarios. La educación en el BLW debe ser impartida por personal cualificado, adquiriendo especial relevancia la labor de enfermería resolviendo las dudas de los cuidadores, ofreciendo apoyo e información basada en la evidencia. Además de las recomendaciones ofrecidas durante las consultas, dado que Internet es el canal de comunicación más empleado por las familias, podría utilizarse como vía de divulgación por parte de los enfermeros para lograr una mayor difusión.

Todas las publicaciones existentes hasta el momento coinciden en que los profesionales enfermeros conocen la técnica BLW, pero manifiestan que concurre una escasa transmisión y difusión de los resultados de la evidencia científica, por lo tanto, es necesario destinar más recursos para su adecuada formación. Esto les permitiría poder trasladar las diferentes alternativas a las familias de una forma homogénea y clara, facilitando la elección del método de alimentación que desean implementar con sus hijos.

Una de las principales limitaciones de este trabajo es la escasez de estudios publicados respecto a las habilidades motoras, se necesita mayor número de investigaciones que arrojen resultados consolidados. Otra de las restricciones, es que los análisis se han desarrollado en base a distintas definiciones del término BLW, por lo que los sucesivos deberían basarse en los mismos criterios para que los resultados sean fiables y comparables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alimentación complementaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2002 [consultado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/index.html
2. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Alimentación de 6 a 24 meses. Programa de salud Infantil [Internet]. 1ª ed. Madrid: Exlibris Ediciones, S.L; 2009 [consultado el 9 de febrero de 2022]. p. 317-323. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/alimentacion_6-24m.pdf
3. Gómez Fernández-Vegue M. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria [Internet]. Asociación Española de Pediatría; 2018 [consultado el 9 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
4. Milagro Jiménez ME, Cases Jordán C, Morte Cabistany CM, Peñalva Boronat E, Navarro Torres M, Lorenzo Ramírez MD. Baby-led weaning. Qué opinan profesionales y padres sobre este método de introducción de la alimentación complementaria. Rev Sanit Investig [Internet]. 2021 [consultado el 27 de enero de 2022]; 2(6). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/baby-led-weaning-que-opinan-profesionales-y-padres-sobre-este-metodo-de-introduccion-de-la-alimentacion-complementaria/>
5. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y niño pequeño [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
6. Sánchez González M, Gómez Piqueras P. Baby led weaning, ¿seguro y eficaz? Una revisión narrativa. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2021 [consultado el 6 de febrero de 2022]; 23(92): e163-e171. Disponible en: <https://pap.es/articulo/13434/baby-led-weaning-seguro-y-eficaz-una-revision-narrativa>
7. D'Auria E, Bergamini M, Staiano A, Banderali G, Pendezza E, Penagini F, et al. Baby-led weaning: What a systematic review of the literature adds on. Ital J Pediatr [Internet]. 2018 [consultado el 6 de febrero de 2022]; 44(1): 49. doi: 10.1186/s13052-018-0487-8
8. Webber C, Blissett J, Addessi E, Galloway AT, Shapiro L, Farrow C. An infant-led approach to complementary feeding is positively associated with language development. Matern Child Nutr [Internet]. 2021 [consultado el 6 de febrero de 2022]; 17(4): e13206. doi: 10.1111/mcn.13206
9. Perdomo Giraldo M, De Miguel Durán F. Alimentación complementaria en el lactante. Pediatr Integral [Internet]. 2015 [consultado el 9 de febrero de 2022]; XIX(4): 260-267. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2015-05/alimentacion-complementaria-en-el-lactante/>
10. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado [Internet]. Washington DC: OPS; 2003 [consultado el 9 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf

11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Ginebra: OMS; 2002 [consultado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en https://apps.who.int/nutrition/topics/global_strategy_itycf/es/index.html
12. Grupo de Trabajo del PSIAC. Programa de salud de la infancia y adolescencia de Cantabria (PSIAC) [Internet]. Cantabria: Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública; 2014 [consultado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/index.php?page=PSIAC>
13. Arias-Ramos N, Andina-Díaz E, Granado-Soto M, Álvarez Rodríguez R, Liébana-Presa C. Baby-led weaning: Health professionals 'knowledge and attitudes and parents' experiences from Spain. A mixed methods approach. Health Soc Care Community [Internet]. 2021 [consultado el 17 de febrero de 2022]. doi: 10.1111/hsc13543
14. Davis CM. RESULTS OF THE SELF-SELECTION OF DIETS BY YOUNG CHILDREN. Can Med Assoc J [Internet]. 1939 [consultado el 19 de Abril de 2022]; 41(3): 257-261. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC537465/>
15. San Mauro Martín I, Garicano Vilar E, Porro Guerra G, Camina Martín MA. Knowledge and attitudes towards baby-led-weaning by health professionals and parents: A cross-sectional study. Enferm Clin [Internet]. 2021 [consultado el 6 de febrero de 2022]. doi: 10.1016/j.enfcli.2021.04.005
16. Martínez Rubio A, Cantarero Vallejo MD, Espín Jaime B. ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria? Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2018 [consultado el 27 de enero de 2022]; 20(77): 35-44. Disponible en: <https://pap.es/articulo/12613/como-orientan-los-pediatras-de-atencion-primaria-la-alimentacion-complementaria>
17. Jiménez Ramos I, Caballero Casanova Y, Ballarín Ferrer A, Navarro Calvo R, Navarro Torres M, Lorenzo Ramírez MD. Revisión sistemática: Baby-led weaning. Rev Sanit Investig [Internet]. 2021 [consultado el 27 de enero de 2022]; 2(5). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-sistemica-baby-led-weaning/>
18. Sofia Gomez M, Toneto Novaes AP, Paulino da Silva J, Miranda Guerra L, de Fátima Possobon R. BABY-LED WEANING, AN OVERVIEW OF THE NEW APPROACH TO FOOD INTRODUCTION: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2020 [consultado el 27 de enero de 2022]; 38: e2018084. doi: 10.1590/1984-0462/2020/38/2018084
19. Silva Neves F, Miranda Romano B, Lombelo Campos AA, Almeida Pavam C, Souza Oliveira RM, Carlos Cândido AP, et al. Brazilian health professionals' perception about the Baby-Led Weaning (BLW) method for complementary feeding: an exploratory study. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2021 [consultado el 9 de febrero de 2022]; 40: e2020321. doi: 10.1590/1984-0462/2022/40/2020321
20. Andries e Arantes AL, Silva Neves F, Lombelo Campos AA, Pereira Netto M. THE BABY-LED WEANING METHOD (BLW) IN THE CONTEXT OF COMPLEMENTARY FEEDING: A REVIEW. Rev

- Paul Pediatr [Internet]. 2018 [consultado el 9 de febrero de 2022]; 36(3): 353-363. doi: 10.1590/1984-0462/;2018;36:3:00001
21. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Butler H, Mourino N, Malvar A, Hervada X. Baby-led weaning: prevalence and associated factors in Spain. Eur J Pediatr [Internet]. 2020 [consultado el 9 de febrero de 2022]; 179(6): 849-853. doi: 10.1007/s00431-020-03579-7
 22. Boswell N. Complementary Feeding Methods- A Review of the Benefits and Risks. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [consultado el 17 de febrero de 2022]; 18(13): 7165. doi: 10.3390/ijerph18137165
 23. Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. Matern Child Nutr [Internet]. 2011 [consultado el 6 de febrero de 2022]; 7: 34-47. doi:10.1111/j.1740-8709.2010.00243.x
 24. Navarro Zapata MC, Borque Navarro E. Doctor@, necesito una masterclass para alimentar a mi bebé. Bol Pediatr Arag Rioj Sor. 2019; 49(3): 73-78.
 25. Cameron SL, Heath ALM, Taylor RW. How feasible is Baby-led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. Nutrients [Internet]. 2012 [consultado el 25 de febrero de 2022]; 4(11): 1575-1609. doi: 10.3390/nu4111575
 26. Berga Liarte L, Alcalá Millán P, Figuerola Novell J, Eddrhourhi Laadimat H, Zamora Bagüés M, Ibáñez Tomás E. Importancia de la alimentación complementaria en la salud infantil. Rev Sanit Investig [Internet]. 2021 [consultado el 29 de enero de 2022]; 2(2). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-alimentacion-complementaria-en-la-salud-infantil/>
 27. Addessi E, Galloway AT, Wingrove T, Brochu H, Pierantozzi A, Bellagamba F, et al. Baby-led weaning in Italy and potential implications for infant development. Appetite [Internet]. 2021 [consultado el 25 de febrero de 2022]; 164: 105286. doi: 10.1016/j.appet.2021.105286
 28. Brown A, Lee M. Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. Matern Child Nutr [Internet]. 2011 [consultado el 6 de febrero de 2022]; 15(8): 1265-1271. doi: 10.1007/s10995-010-0678-4
 29. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. BMJ Open [Internet]. 2013 [consultado el 6 de febrero de 2022]; 3(12): e003946. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003946
 30. Martí-Solsona E, González-Chordá VM, Andreu-Pejo L, Cervera-Gasch Á, Valero-Chillerón MJ, Mena-Tudela D. Parents' Perception of the Complementary Baby-Led Weaning Feeding Method: A Validation Study. Nurs Rep [Internet]. 2020 [consultado el 9 de marzo de 2022]; 10(2): 115-123. doi: 10.3390/nursrep10020015
 31. Quintiliano-Scarpelli D, Lehmann N, Castillo B, Blanco E. Infant Feeding and Information Sources in Chilean Families Who Reported Baby-Led Weaning as a Complementary Feeding Method. Nutrients [Internet]. 2021 [consultado el 29 de enero de 2022]; 13(8): 2707. doi: 10.3390/nu13082707

32. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study. *Pediatr Int* [Internet]. 2018 [consultado el 9 de febrero de 2022]; 60(12): 1073-1080. doi: 10.1111/ped.13671
33. San José MA, Méndez Fernández P. El niño mal comedor y la importancia de un buen comienzo. *Bol Pediatr*. 2018; 58(244): 107-116.
34. Utami AF, Wanda D, Hayati H, Fowler C. "Becoming an independent feeder": infant's transition in solid food introduction through baby-led weaning. *BMC Proc* [Internet]. 2020 [consultado el 6 de febrero de 2022]; 14 (Suppl 13): 18. doi: 10.1186/s12919-020-00198-w
35. Fu X, Conlon CA, Haszard JJ, Beck KL, von Hurst PR, Taylor RW, et al. Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite* [Internet]. 2018 [consultado el 9 de marzo de 2022]; 130: 110-116. doi: 10.1016/j.appet.2018.07.033
36. Brown A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet* [Internet]. 2017 [consultado el 2 de marzo de 2022]; 31(4): 496-504. doi: 10.1111/jhn.12528
37. Rapley G. Baby-Led Weaning: The theory and evidence behind the approach. *J Health Visit* [Internet]. 2015 [consultado el 2 de marzo de 2022]; 3(3): 144-151. doi: 10.12968/johv.2015.3.3.144
38. Rapley G, Forste R, Cameron S, Brown A, Wright C. Baby-Led Weaning: a new frontier? *Infant Child Adolesc Nutr* [Internet]. 2015 [consultado el 2 de marzo de 2022]; 7(2): 77-85. doi: 10.1177/1941406415575931
39. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract* [Internet]. 2011 [consultado el 12 de marzo de 2022]; 84(6): 20-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21739856/>
40. Gould JF. Complementary Feeding, Micronutrients and Developmental Outcomes of Children. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser* [Internet]. 2017 [consultado el 29 de enero de 2022]; 87: 13-28. doi: 10.1159/000448934
41. Rowan H, Lee M, Brown A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *J Hum Nutr Diet* [Internet]. 2019 [consultado el 2 de marzo de 2022]; 32(1): 11-20. doi: 10.1111/jhn.12616
42. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids—a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr* [Internet]. 2015 [consultado el 25 de febrero de 2022]; 15: 99. doi: 10.1186/s12887-015-0422-8
43. Fangupo LJ, Heath ALM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics* [Internet]. 2016 [consultado el 17 de febrero de 2022]; 138(4): e20160772. doi: 10.1542/peds.2016-0772

44. Pol Pons A. Promoción de la salud infantil. En: Blasco RM, director. Enfermería Pediátrica. 1ªed. Barcelona: Masson; 2001. p. 153-196.
45. Aparicio Goñi MI. El proceso de crecer y madurar en el lactante. En: González Villanueva P, coordinadora. Enfermería de la infancia y adolescencia. 1ª ed. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. p. 77-91.
46. Cervera Catalán M, Negredo Rojo E, Bellés Aranda M, Herrera Alegre R, Gamarra Marzo L, Tregón Loras MJ. Alimentación complementaria en el lactante. Artículo monográfico. Rev Sanit Investig [Internet]. 2021 [consultado el 27 de enero de 2022]; 2(11). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/alimentacion-complementaria-en-el-lactante-articulo-monografico/>
47. Campeau M, Philippe S, Martini R, Fontaine-Bisson B. The baby-led weaning method: A focus on mealtime behaviours, food acceptance and fine motor skills. Nutr Bull [Internet]. 2021 [consultado el 25 de febrero de 2022]; 46(4): 476-485. doi: 10.1111/nbu.12532
48. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. BMJ Open [Internet]. 2012 [consultado el 6 de febrero de 2022]; 2(1): e000298. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000298
49. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Erickson LW, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. BMJ Open [Internet]. 2016 [consultado el 6 de febrero de 2022]; 6(5): e010665. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010665
50. Erickson LW, Taylor RW, Haszard JJ, Fleming EA, Daniels L, Morison BJ, et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. Nutrients [Internet]. 2018 [consultado el 2 de marzo de 2022]; 10(6): 740. doi: 10.3390/nu10060740
51. Vericat A, Orden AB. Psychomotor development and its disorders: between normal and pathological development. Cien Saude Colet [Internet]. 2013 [consultado el 25 de febrero de 2022]; 18(10): 2977-2984. doi: 10.1590/s1413-81232013001000022
52. Gómez-Andrés D, Pulido Valdeolivas I, Fiz Pérez L. Desarrollo neurológico normal del niño. Pediatr Integral [Internet]. 2015 [consultado el 9 de febrero de 2022]; XIX(9): 640.e1-640.e7. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2015-11/desarrollo-neurologico-normal-del-nino/>
53. García Pérez MA, Martínez Granero MA. Desarrollo psicomotor y signos de alarma. En: AEPap, editor. Curso Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 81-93.
54. Cruz Sáez MS, Maganto Mateo C. Desarrollo físico y psicomotor en la etapa infantil. En: Bermúdez Sánchez MP, coordinadora, Bermúdez Sánchez AM, coordinadora. Manual de psicología infantil: aspectos evolutivos e intervención psicopedagógica. 1ª ed. San Sebastián: Biblioteca Nueva; 2004. p. 27-64.

55. Moreno Aguirre AJ. El sistema auditivo en las primeras etapas del desarrollo: aspectos anatómicos y funcionales. En: Carbajal-Valenzuela C, coordinadora. Neurodesarrollo de la primera infancia. 1ª ed. México: Eón S.A; 2020. p. 11-27.
56. Roselli M, Matute E. Desarrollo cognitivo y maduración cerebral. En: Viveros Fuentes S, editor. Neuropsicología del desarrollo infantil. 1ª ed. Bogotá: Manual Moderno; 2010. p. 15-46.
57. Medina Alva MDP, Caro Kahn I, Muñoz Huerta P, Leyva Sánchez J, Moreno Calixto J, Vega Sánchez SM. Child neurodevelopment: normal characteristics and warning signs in children under five years. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2015 [consultado el 2 de marzo de 2022]; 32(3): 565-573. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.unican.idm.oclc.org/26580941/>
58. Krebs NF, Lozoff B, Georgieff MK. Neurodevelopment: The Impact of Nutrition and Inflammation During Infancy in Low-Resource Settings. Pediatrics [Internet]. 2017 [consultado el 14 de marzo de 2022]; 139(Suppl 1): s50-s58. doi: 10.1542/peds.2016-2828G
59. Campoy C, Campos D, Cerdó T, Diéguez E, García-Santos JA. Complementary Feeding in Developed Countries: The 3 Ws (When, What, and Why?). Ann Nutr Metab [Internet]. 2018 [consultado el 27 de enero de 2022]; 73(Suppl 1): 27-36. doi: 10.1159/000490086
60. Mamo H. Estudio analítico del sistema nervioso. En: Mezquita Plá C, director, Rodés Teixidor J, director. Fisiología Humana. 1ª ed. Barcelona: Salvat Editores S.A; 1985. p. 827-916.
61. Luckmann J. Atención de lactantes, niños y adolescentes. En: Luckmann J, editor. Cuidados de ENFERMERÍA. Vol.I. 1ª ed. Philadelphia: McGraw- Hill Interamericana; 1997. p. 456-539.
62. Hamilton PM. Crecimiento, desarrollo de los niños y su salud. En: Hamilton PM, editora. Enfermería pediátrica básica. 5ªed. Madrid: McGRAW-HILL INTERAMERICANA DE ESPAÑA; 1990. p. 19-145.
63. Ball JW, Bindler RC. Valoración del sistema nervioso para la función cognitiva, el equilibrio, la coordinación, la función de los pares craneales, la sensibilidad y los reflejos. Enfermería Pediátrica. Asistencia infantil. En: Martín-Romo M, editor. 4ª ed. Madrid: PEARSON EDUCACIÓN S.A; 2020. p. 201-210.
64. Brunner-López O, Fuentes-Martín MJ, Ortigosa-Pezonaga B, López-García AM. Texturas evolutivas en la introducción de nuevos alimentos: un acercamiento teórico. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet]. 2019 [consultado el 29 de enero de 2022]; 23(2): 104-122. doi: 10.14306/renhyd.23.2.459
65. Green JR, Simione M, Le Révérend B, Wilson EM, Richburg B, Alder M, et al. Advancement in Texture in Early Complementary Feeding and the Relevance to Developmental Outcomes. Nestle Nutr Inst Workshop Ser [Internet]. 2017 [consultado el 29 de enero de 2022]; 87: 29-38. doi: 10.1159/000448935
66. Naylor AJ, Danner S, Lang S. Infant Oral Motor Development in Relation to the Duration of Exclusive Breastfeeding. En: Naylor AJ, editor, Morrow AL, co-editor. Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the

- Introduction of Complementary Foods. Washington D.C.: Wellstart International, The LINKAGES Project; 2001. p. 21-25.
67. Carruth BR, Skinner JD. Feeding Behaviors and Other Motor Development in Healthy Children (2-24 Months). J Am Coll Nutr [Internet]. 2002 [consultado el 17 de febrero de 2022]; 21(2): 88-96. doi: 10.1080/07315724.2002.10719199
 68. Grupo de Gastroenterología Pediátrica. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Madrid: Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria; 2019 [consultado el 12 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alimentacion-del-lactante-y-del-ni%C3%B1o-de-corta-edad.pdf>
 69. Cichero JAY. Introducing solid foods using baby-led weaning vs. spoon-feeding: A focus on oral development, nutrient intake and quality of research to bring balance to the debate. Nutr Bull [Internet]. 2016 [consultado el 14 de marzo de 2022]; 41(1): 72-77. doi: 10.1111/nbu.12191
 70. Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, Parkinson KN. Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? Matern Child Nutr [Internet]. 2011 [consultado el 14 de marzo de 2022]; 7(1): 27-33. doi: 10.1111/j.1740-8709.2010.00274.x
 71. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Hendricks K. Developmental milestones and self-feeding behaviors in infants and toddlers. J Am Diet Assoc [Internet]. 2004 [consultado el 6 de febrero de 2022]; 104(Suppl 1): S51-S56. doi: 10.1016/j.jada.2003.10.019
 72. Rapley G. Starting solid foods: does the feeding method matter? Early Child Dev Care [Internet]. 2018 [consultado el 14 de marzo de 2022]; 188(8): 1109-1123. doi: 10.1080/03004430.2016.1250080
 73. Demonteil L, Ksiazek E, Marduel A, Dusoulier M, Weenen H, Tournier C, et al. Patterns and predictors of food texture introduction in French children aged 4-36 months. Br J Nutr [Internet]. 2018 [consultado el 9 de marzo de 2022]; 120(9): 1065-1077. doi: 10.1017/S0007114518002386
 74. Moore C. Speech motor control in normal and disordered speech. En: Maassen B, editor, Kent R, editor, Peters H, editor, van Lieshout P, editor, Hulstijn W, editor. 1ª ed. Oxford University Press: OUP Oxford; 2004.
 75. Blesa Baviera LC, Cenarro Guerrero T. Alimentación complementaria: alimentos y consejos prácticos. En: Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la AEP, coordinador. Manual de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. 1ª ed. Madrid: Lúa Ediciones 3.0, S.L; 2021. p. 288-295.
 76. Marlow DR, Redding BA. El lactante normal: crecimiento, desarrollo y cuidados. Enfermería pediátrica. El lactante. El niño de 1 a 3 años. 6ª ed. Buenos Aires: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S.A; 1991. p. 609-670.
 77. Vilanova Juanola JM. Procedimientos diagnósticos y de cribado. En: De la Flor i Brú J, coordinador, Bras i Marquillas J, coordinador. Pediatría en Atención Primaria. 4ª ed. Madrid: ERGON; 2018. p. 1154-1161.

78. González Villanueva P. Crecimiento y desarrollo. Teorías sobre cómo comprenden el mundo niñas, niños y adolescentes. González Villanueva P, coordinadora. Enfermería de la infancia y adolescencia. 1ª ed. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. p. 41-52.
79. Manera Bassols M, Salvador Castell G. Alimentación y nutrición. En: De la Flor i Brú J, coordinador, Bras i Marquillas J, coordinador. Pediatría en Atención Primaria. 4ª ed. Madrid: ERGON; 2018. p. 324-341.
80. Aguilar Cordero MJ, Collado Torreblanca F, Gallego Hoyos MA, Pecete Donaire N. Alimentación en el niño sano: necesidades nutritivas en los distintos períodos de la vida. En: Aguilar Cordero MJ, editora. Cuidados y nutrición del niño. 1ª ed. Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada; 1993. p. 221-237.
81. Ball JW, Bindler RC. Nutrición del lactante, el niño y el adolescente. Enfermería Pediátrica. Asistencia infantil. 4ª ed. Madrid: PEARSON; 2020. p. 106-145.
82. Daniels L, Heath ALM, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. BMC Pediatr [Internet]. 2015 [consultado el 14 de marzo de 2022]; 15: 179. doi: 10.1186/s12887-015-0491-8
83. Alvisi P, Congiu M, Ficara M, De Gregorio P, Ghio R, Spisni E, et al. Complementary Feeding in Italy: From Tradition to Innovation. Children [Internet] 2021. [consultado el 14 de marzo de 2022]; 8(8): 638. doi: 10.3390/children8080638

ANEXOS

Anexo 1. Recomendaciones de la AEP para la introducción de alimentos según edad

ALIMENTO	0-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	>24 meses
Leche materna (LM)				
Fórmulas adaptadas (en caso de no LM)				
Cereales (con o sin gluten), frutas y hortalizas, legumbres, huevo, carne, pollo, pescado, aceite de oliva				
Yogur, queso tierno				
Leche entera				
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, manzana o zanahoria cruda)				Después de los 36 meses
Alimentos superfluos (miel, bollería, azúcares, embutidos)	Cuanto más tarde y menor cantidad mejor (Siempre después de los 12 meses)			
Sal y alimentos salados	Recomendado evitar su uso			

Fuente: Asociación Española de Pediatría 2018. Elaboración propia.

Anexo 2. Alimentos sólidos con potencial riesgo de atragantamiento

ALIMENTOS CON RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO
Frutos secos enteros
Palomitas de maíz
Uvas enteras
Manzana o zanahoria cruda en trozos

Fuente: Asociación Española de Pediatría 2018. Elaboración propia.

Anexo 3. Menú semanal de alimentos sólidos para lactantes entre los 6 y 12 meses

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DESAYUNO/MERIENDA	Naranja + pan con tomate	Pera + pan con aceite de oliva	Tortas de avena + 1 loncha de pavo	3 galletas + mandarina	Naranja + pan con aceite de oliva	Trozo de bizcocho de avena y plátano (sin lácteos/frutos secos) + mandarina	1 loncha de pavo+ 3 galletas
COMIDA/CENA	Arroz integral + 1/6 de pechuga de pollo + melón.	Judías con zanahoria y patatas cocidas + 1 huevo cocido pequeño	Pasta con salsa de tomate + ¼ trozo de merluza.	Sopa de garbanzos + 1/3 trozo de lomo + melocotón	Albóndigas + Huevo cocido pequeño + pera	Coliflor + 1/3 de filete de hígado + trozo de pan.	¼ merluza + patatas cocidas + tomate y lechuga.

Fuente: Manera Bassols M, Salvador Castell G. Alimentación y nutrición. En: De la Flor i Brú J, coordinador, Bras i Marquillas J, coordinador. Pediatría en Atención Primaria. 4ª ed. Madrid: ERGON; 2018. p. 324-341. Elaboración propia.