



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

MEDIKUNTZA
ETA ERIZAINNTZA
FAKULTATEA
FACULTAD
DE MEDICINA,
Y ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Enfermería

Revisión Bibliográfica

Beneficios y riesgos del método Baby Led Weaning frente al método tradicional de destete

Eider Abuin Ruiz

Mayo 2020



Esta obra está sujeta a la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

RESUMEN

Introducción. Baby Led Weaning es un método de introducción de alimentos sólidos autorregulado por el bebé. Este método de inicio de la alimentación complementaria se caracteriza por fomentar que el lactante, según su desarrollo psicomotor, utilice sus propias manos para llevarse trozos de alimentos a la boca, dejando a un lado, la alimentación triturada o con cuchara del método tradicional. Su creciente implementación en otros países apunta hacia una tendencia en aumento. Por ello, resulta esencial determinar los potenciales beneficios y riesgos del método, para que los profesionales sanitarios y las familias dispongan de información actualizada y basada en la evidencia científica.

Objetivo. Comparar el método Baby Led Weaning (BLW) frente al método tradicional de destete en lactantes de 6 meses analizando sus beneficios, riesgos y percepciones maternas.

Metodología. A través de una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Science Direct, Biblioteca Virtual en Salud de España (BVS) y Medline) y combinando los diferentes términos DeSC y MeSH se obtuvieron 51 artículos. Tras realizar un análisis de la duplicidad y aplicar los criterios de inclusión se alcanzaron un total de 16 artículos incluidos en la revisión.

Resultados. El 100% de los estudios asocia el Baby Led Weaning a una duración mayor de la lactancia exclusiva. En cuanto al riesgo de asfixia o al déficit de hierro, los estudios que analizan estas variables no encuentran diferencias significativas entre los dos grupos de destete. Tampoco se han encontrado diferencias significativas para la variable IMC, pero sí una asociación del Baby Led Weaning con mejores percentiles. Al grupo BLW se le atribuye un mejor comportamiento alimenticio, una ingesta mayor de variedad de alimentos y una menor irritabilidad alimentaria. Las/os madres/padres que utilizan BLW son más propensas/os a tener menor ansiedad, menores restricciones alimentarias, menor preocupación para la comida y menor tiempo de jornada laboral.

Conclusiones. A día de hoy, la investigación realizada hasta la fecha parece demostrar que el BLW no supone mayores riesgos que el tradicional para los lactantes y sí potenciales beneficios relacionados con una mayor duración de la lactancia materna y prevención de obesidad. Aun así, se necesitan más trabajos de investigación, con muestras más representativas de la población y analizando las distintas variables a largo plazo.

Palabras clave. Baby Led Weaning, beneficios, alimentación complementaria, infante, madre, convencional, conducta alimentaria, peso.

ABSTRACT

Background. Baby Led Weaning is a self-regulated method of introducing solid food for the baby. This method of starting complementary feeding is characterized by encouraging the infant, according to his psychomotor development, to use his own hands to put pieces of food in his mouth, leaving aside the crushed or spoon feeding of the traditional method. Its increasing implementation in other countries points to an increasing trend. Therefore, it is essential to determine the potential benefits and risks of the method, so that health professionals and families have up-to-date information based on scientific evidence.

Aim. Compare the Baby Led Weaning (BLW) method versus the traditional weaning method in 6-month-old infants, analyzing its benefits, risks and maternal perceptions.

Design and Methods: Through a bibliographic search in the different databases, such as Pubmed, Science Direct, Virtual Health Library of Spain (BVS) and Medline, and combining the different terms DeSC and MeSH, 51 articles were obtained. After performing an analysis of duplication and applying the inclusion criteria, a total of 16 articles were included in the review.

Results. 100% of studies associated Baby Led Weaning with a longer duration of exclusive breastfeeding. Regarding the risk of suffocation or iron deficiency, the studies that analyzed these variables did not find significant differences between the two weaning groups. For the BMI variable, it was found an association of the BLW with better percentiles, but there were no statistically significant differences. The BLW group is credited with better eating behavior, a higher intake of a variety of foods and less irritability with food. Mothers/fathers who use BLW are more likely to have less anxiety, less food restrictions, less worry about food and less time in the workday.

Conclusions. To date, the research carried out seems to show that BLW does not imply greater risks than traditional ones for infants and it has potential benefits related to a longer duration of breastfeeding and prevention of obesity. Even though, more research is needed, with more representative samples of the population and analyzing the different variables in the long term.

Keywords. Baby Led Weaning, benefits, complementary feeding, infant, mother, conventional, eating behavior, weight.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVO	5
METODOLOGÍA.....	6
- Diseño	6
- Estrategia de búsqueda.....	6
- Proceso de selección.....	8
RESULTADOS	9
- <i>Tabla 5:</i> Resumen de los 16 artículos utilizados para realizar la revisión.....	10
DISCUSIÓN.....	18
- Duración de lactancia materna/ leche artificial.....	18
- Control de peso.....	19
- Riesgo de asfixia.....	20
- Déficit de hierro y zinc	21
- BLISS (BLW modificado)	22
- Variedad, preferencias y conducta alimentaria	23
- Comportamiento y experiencias maternas.....	24
- Rol de enfermería	25
CONCLUSIÓN.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe una evidencia sólida del impacto que la alimentación tiene en la salud. Consecuentemente la relevancia de llevar y promover dietas saludables ha ido en aumento ^{1,2}.

En el caso de la alimentación en los recién nacidos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda desde el año 2002 mantener la lactancia exclusiva hasta los seis meses. En ese momento, recomienda iniciar la introducción de la alimentación complementaria. La Asociación Española de Pediatría (AEP) define el concepto de alimentación complementaria como: “ un proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de ésta”. Por tanto, la alimentación complementaria no excluye la ingesta de leche materna recomendada por la OMS hasta los 2 años de edad ^{2,3,4-7}. Las necesidades nutricionales cambian proporcionalmente a medida del crecimiento del lactante, por ello el desarrollo de la alimentación en los primeros años de edad varía ^{2,3}. Los alimentos complementarios, recomendados a partir de los 6 meses, son una fuente importante de energía y nutrientes. Estos nutrientes son necesarios para un correcto desarrollo tanto físico como mental y prevención de enfermedades futuras ^{3,8,9-11}.

Según la Convención sobre los Derechos del Niño, recibir una adecuada nutrición es un derecho de todos las/os niña/os. Sin embargo, actualmente el 45% de la mortalidad infantil, en torno a 2,7 millones, está relacionada con la desnutrición, la que impide un correcto desarrollo. A nivel mundial, en 2016, 155 millones de niños/as menores de 5 años presentaban retraso del crecimiento y 52 millones tenían un peso bajo para su talla mientras que 41 millones tenían sobrepeso u obesidad ³.

La OMS estima que podrían salvarse en el mundo muchas vidas infantiles si todos los lactantes fueran alimentados con lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Aun así, a nivel mundial, tan solo el 40% de los lactantes menores de 6 meses se alimentan de esta forma ^{3,12}. La OMS calcula que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, particularmente, la lactancia materna no exclusiva en estos primeros meses de vida, provoca 1,4 millones de muertes y el 10% de la ‘carga’ de enfermedades entre menores de 5 años ¹³. En un estudio, realizado por Remigio R. Gorrita Pérez, se estableció una asociación entre el abandono de la lactancia exclusiva con las enfermedades infecciosas, los ingresos por dichas causas y los trastornos del estado nutricional encontrándose éste como factor de riesgo biológico ¹⁴.

Hasta la fecha, la investigación se ha centrado en determinar la edad idónea de introducción de la alimentación complementaria. Sin embargo, se ha prestado escasa atención a la manera de introducir esos alimentos ³. Este cambio de alimentación, introducir otro tipo de alimentos además de la leche, tiene como objetivo proporcionar la energía y nutrientes necesarios para el correcto desarrollo de los bebés ^{2,3}. Tradicionalmente, se realiza mediante purés, donde son los/as padres/madres, mediante una cuchara, quienes alimentan a los lactantes. Los problemas emergentes de salud asociados a la alimentación, y la importancia de la dieta en la infancia han llevado a buscar otras alternativas de introducción de alimentos ³. Es así que en los últimos años han surgido diferentes alternativas entre las que se encuentra el método llamado “Baby Led Weaning (BLW)”. Este método, es un método de introducción de alimentos sólidos autorregulado por el bebé ^{2,6,9}.

Este método fue desarrollado en 2002 por una enfermera pediátrica y matrona de Reino Unido, llamada Gill Rapley. En este método se pone el énfasis en explorar el sabor, la textura, el color y el olor a medida que el lactante va estableciendo su propio ritmo para la comida, eligiendo en qué alimentos concentrarse. Asimismo, con idea de fomentar la lactancia y terminar la alimentación mediante cuchara, decidió crear unas nuevas pautas a las conocidas entonces ^{15,16}.

Gill Rapley, percibió problemas con el método tradicional, tales como rechazo y cansancio de la misma consistencia y textura, y posterior retraso del momento de inicio de la masticación. También, observó que los/as niños/as tenían mayor interés por el plato de sus familiares que por el suyo propio. Además, reparó que, en otros países, concretamente en los países de menos recursos económicos, al no tener la posibilidad de dar purés, daban los alimentos de forma sólida ¹⁵.

La introducción de sólidos es recomendada por la OMS a partir de 6 meses debido a que, es en esa edad, cuando la función renal del bebé, la función digestiva y las habilidades motoras orales se han desarrollado lo suficiente como para controlar estos alimentos ^{7,15,16}. Introducirlos inicia el desarrollo motor para masticar y tragar, creando la lateralización de la lengua y la formación del bolo alimenticio. De esta manera, a través de una práctica continua, se crea un patrón de masticación ^{15,16}.

El BLW se caracteriza por fomentar que el lactante, según su desarrollo psicomotor, utilice sus propias manos para llevarse trozos de alimentos a la boca, dejando a un lado, la alimentación triturada o con cuchara. De esta manera, coge la cantidad de alimento que desea o necesita, gestionando así su propia alimentación. Pone énfasis

en comer la misma comida, a la misma hora y en el mismo entorno que sus familiares
2,6,15

Acorde a la literatura científica desarrollada, para la correcta realización del BLW, el bebé debe cumplir una serie de requisitos de maduración. Entre los requisitos se encuentran: la pérdida del reflejo de extrusión, la capacidad de mantenerse sentado, interés por los alimentos y la posibilidad o capacidad de alimentarse por sí mismo ^{2,16}.

Según la OMS, los alimentos complementarios deben tener consistencia y variedades adecuadas, administrándose en cantidades y frecuencia adecuada, cubriendo las necesidades nutricionales del niño/a, sin abandonar la lactancia materna a demanda. Se deberá aumentar gradualmente el número de comidas: de 2 a 3 hasta los 8 meses, y de 3 a 4 hasta los 24 meses. Entre sus indicaciones remarca la correcta manipulación de los alimentos siguiendo una higiene y lavado de manos ^{3,7}. Cabe destacar que unas prácticas apropiadas de inicio de alimentación complementaria podrían crear un 6% de beneficio adicional en la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años ¹³.

En España, la Norma Oficial sobre Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria, recomienda empezar con la introducción de verduras, frutas y cereales, y posteriormente la carne y el pescado. Según el Comité de Prevención, Detección y Manejo de la Deficiencia de Hierro de los Institutos de Medicina de la Academia Nacional, para un aporte óptimo de hierro, se recomienda realizar una combinación de carnes y cereales fortificados ¹¹. Según la Asociación Española de Pediatría la sal, la verdura de hoja verde, el pescado azul, el marisco, los frutos secos, los alimentos azucarados y la leche de vaca no están recomendados hasta cumplir, mínimo, el año
2,6,15

El método BLW sigue las recomendaciones de la AEP, variando sólo la forma de introducir los alimentos. En este método, al ofrecer la comida sólida, se ofrece en forma "finger food" o en palitos. La carne y el pescado se ofrecen sin cortar, para que el/la niño/a pueda agarrar la comida con su puño ^{2,6,15}.

Respecto a los alimentos potencialmente alergénicos, hasta el momento, no hay evidencia de que retrasar la introducción más allá de los 6 meses prevenga el desarrollo de alergias. Por ello, la recomendación de la OMS es la introducción de los alimentos de manera progresiva, ya que si se introducen a la vez dos o más alimentos diferentes, no se sabría cuál ha sido el causante de la posible reacción alérgica. Se aconseja introducir los nuevos alimentos durante la mañana, evaluando así a lo largo

del día su tolerancia ³. Para la introducción de gluten, hoy en día se desconoce cuál es la mejor forma. La recomendación actual de Osakidetza es no introducirlo antes de los 4 meses ni después de los 7 meses ¹⁷.

Según diferentes estudios, las/os madres/padres tienen mayor probabilidad de identificar las señales de hambre que las señales de saciedad, lo que puede contribuir a la sobre-nutrición. A escala mundial, el número de lactantes y niños pequeños de entre 0 y 5 años que padecen sobrepeso u obesidad ha aumentado de 32 millones en 1990 a 41 millones en 2016. La probabilidad de persistir esta obesidad en la adultez es de 20% a los 4 años de edad y de 80% en la adolescencia ¹⁰.

Entre las principales claves del BLW, destaca el control de los/as niños/as sobre la cantidad ingerida, evitando así las percepciones maternas y teniendo ellos/as el control de su saciedad. Otra de las principales claves del método es comer la misma comida que sus familiares ^{2,6,15}. Diferentes estudios han demostrado que los hábitos de vida de los progenitores tienen un impacto directo en los hábitos del lactante. En esta franja de edad, es necesario que aparte de conseguir un buen estado nutricional, se adquieran unos hábitos de vida saludables y los malos hábitos de la familia parecen ser un factor de riesgo primario para la obesidad ^{1,18}. Por ello, en este método, al recomendarse ingerir la misma comida, es esencial una dieta saludable y equilibrada de los progenitores construyendo un marco idóneo donde se transmitan buenas conductas ^{1,2,9,18}.

Los problemas derivados de una nutrición inadecuada en el primer año de vida afectan tanto al desarrollo físico, como al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional ^{3,8,9-11,15}. En este sentido, ante este método novedoso, muchos de los profesionales sanitarios muestran preocupación. Tienen inquietudes con respecto al estado nutricional, los déficit de hierro y zinc, y a cómo estos déficit puedan afectar en el desarrollo. Por otra parte, aun sabiendo que el cuerpo es capaz de tolerar alimentos sólidos a partir de 6 meses, asocian el BLW con un riesgo potencial de asfixia ^{3,4}.

Ante las preocupaciones, y para intentar cubrir esos déficits nutricionales que se le atribuyen al BLW, en 2015, se publicó una versión modificada del BLW llamada "Baby-Led Introduction to SolidS" (BLISS). Ambos tienen la misma base, pero el método BLISS da mayor relevancia a los alimentos ricos en hierro y a los alimentos con mayor aporte energético. Además, incide en la importancia de evitar los atragantamientos y de conocer los alimentos de alto riesgo como maíz, uvas enteras, salchichas, vegetales y frutas duros, entre otros ¹⁶.

Debido a la popularidad reciente de este método, su seguimiento en las familias no ha sido cuantificado hasta hace poco, por ello es difícil estimar la prevalencia del método. Un estudio realizado en España obtuvo que el 83% de los/as padres/madres seguían el método tradicional, alimentando a sus hijos/as con cuchara; mientras que un 17% seguían el BLW. Otro estudio realizado en Nueva Zelanda, obtuvo el 29% con el método BLW o método combinado y otro estudio realizado en Reino Unido obtuvo que el 70% realizaban BLW ¹⁹.

A pesar de su menor prevalencia en España, su creciente implementación en otros países apunta hacia una tendencia en aumento por lo que es muy probable que cada vez haya más familias interesadas en este método. Los/as profesionales de enfermería resultan esenciales en la información que las familias reciben respecto a la alimentación en los primeros años de vida de sus niños/as. Esta información debe estar siempre actualizada y basada en la evidencia científica existente, por lo que resulta esencial determinar los potenciales beneficios y riesgos del BLW frente al método tradicional acorde a la literatura científica mediante una revisión bibliográfica.

OBJETIVO

Comparar el método Baby Led Weaning (BLW) frente al método tradicional de destete en lactantes de 6 meses analizando sus beneficios, riesgos y percepciones maternas.

METODOLOGÍA

Diseño

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica enfocada a la obtención de evidencias planteándose la siguiente cuestión mediante el sistema PICO: ¿Qué beneficios y riesgos puede suponer el método Baby Led Weaning frente al método tradicional?

Tabla 1: Formulación de pregunta PICO.

Paciente:	Lactantes a partir de 6 meses de edad
Intervención:	Baby Led Weaning
Comparación:	Método tradicional de destete
Outcome:	Beneficios/riesgos y satisfacción materna

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se desarrolló entre septiembre y diciembre de 2019. La primera búsqueda se basó en la contextualización del tema, consiguiendo así el objetivo de la revisión. Previo a la búsqueda por las diferentes bases de datos se realizó un rastreo por diferentes páginas web como la Asociación Española de Pediatría y la OMS. Así, conociendo las ideas principales del método, se realizó una búsqueda empleando las siguientes bases de datos: Pubmed, Science Direct, Biblioteca Virtual en Salud de España (BVS) y Medline. Posteriormente, los estudios fueron filtrados dando lugar a 312 artículos. Tras revisar por título y resumen se obtuvieron 51 artículos a partir de los cuales se realizó un análisis de la duplicidad y se aplicaron los criterios de inclusión alcanzando así un total de 16 artículos incluidos en la revisión.

Para que la búsqueda fuese más precisa se planteó utilizar palabras clave tanto términos MeSH (Medical Subject Headings) como Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reflejados en la Tabla 2.

Tabla 2: Palabras clave en términos DeSC y MeSH.

Términos DeSC	Términos MeSH
Riesgos	Risk
Beneficios	Benefits
Alimentación Complementaria	Complementary Feeding
Infante	Infant
Madre	Mother
Convencional	Conventional
Conducta Alimentaria	Feeding behaviour
Peso	Weight
Baby Led Weaning	

Las estrategias de búsqueda empleadas en las diversas bases de datos combinaron los términos MeSH y DeSC utilizando operadores booleanos “AND” y “OR”. También se emplearon unos filtros limitando los resultados a 5 años de antigüedad y artículos en texto completo.

En la siguiente tabla (Tabla 3) se describe la estrategia de búsqueda utilizada en cada una de las bases consultadas.

Tabla 3: Resumen de estrategia de búsqueda y resultados.

Base de Datos	Estrategia de Búsqueda	Resultados Totales	Filtros	Resultados con filtros	Primera lectura	Resultados incluidos
PubMed	Baby led weaning AND Infant	180	>5 años Texto completo	30	10	3
	Baby led weaning AND Risk	46	>5 años Texto completo	11	6	3
	Baby led weaning AND Mother Experience	7	>5 años Texto completo	2	2	1
	Baby led weaning AND Conventional	7	>5 años Texto completo	3	3	1
Science Direct	Baby led weaning AND Eating Behaviour	1028	>5 años Texto completo	229	12	2
Medline	Baby led weaning AND Child Weight	6	-	6	3	1
BVS	Baby led weaning AND Complementary Feeding	44	>5 años Texto completo	31	15	5

Proceso de selección

Tras realizar la búsqueda se obtuvieron 1318 artículos.

En primer lugar se filtraron los artículos en función del idioma (castellano o ingles), la disponibilidad de texto completo y estableciendo una antigüedad de 5 años. Tras estos filtros se obtienen un total de 312 artículos. Posteriormente, se hace una revisión de título y resumen y se obtienen 51 artículos. Al eliminar duplicidades y aplicando los criterios de inclusión resultan 24 artículos. Tras la lectura de texto completo, el número de registros incluidos en la revisión bibliográfica fue de 16 artículos.

- Criterios de inclusión y exclusión

Además de los filtros aplicados en las bases de datos, con el fin de un correcto cribado, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión reflejados en la Tabla 4.

Tabla 4: Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
-Artículos de los últimos 5 años	-No ajustados con el objetivo planteado
-Lactantes entre 6-24 meses de edad	-Población pediátrica prematura, con alguna enfermedad o malformación o con problemas en el desarrollo
-Acceso a texto completo mediante biblioteca UPV	
-Artículos en inglés o castellano	

RESULTADOS

Tras aplicar la estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos mencionadas previamente se obtuvieron un total de 1318 artículos. Pubmed mostró 240 artículos, BVS mostró 44 artículos, Medline mostró 6 artículos y Science Direct mostró 1028 artículos. Tras la aplicación de filtros se eliminaron 1119 artículos, quedando así un total de 51 artículos. Al eliminar los 15 duplicados y los 12 artículos que no cumplen los criterios de inclusión resultan 24 artículos válidos para la revisión. Tras leer éstos en texto completo se descartan 8 artículos, dando un total de 16 artículos incluidos en la revisión. (Figura 1).

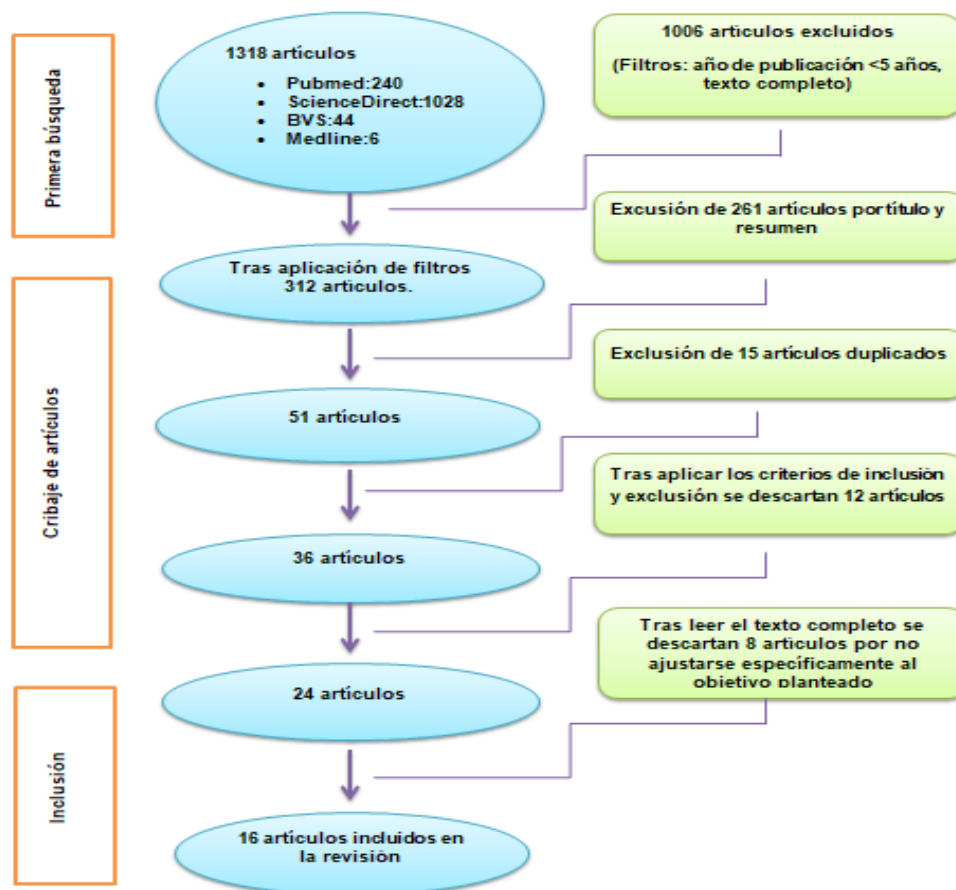


Figura 1: Diagrama de flujo de búsqueda bibliográfica.

De los 16 artículos que han sido seleccionados, 13 de ellos hacen referencia a los beneficios y riesgos del método y los 3 restantes hacen referencia a la percepción y experiencias de los progenitores con el BLW. Con respecto a los diseños de los estudios que se seleccionaron 5 de ellos son estudios transversales, 6 estudios controlado aleatorizados, 1 estudio piloto longitudinal controlado no aleatorizado y 2 estudios cualitativos. Los resultados principales de estos artículos se resumen en la Tabla 5.

Tabla 5: Resumen de los 16 artículos utilizados para realizar la revisión.

AUTOR, AÑO Y PAÍS DE PUBLICACIÓN	TIPO DE DISEÑO	TAMAÑO Y CARACTERÍSTICAS DE MUESTRA	VARIABLES	RESULTADOS PRINCIPALES
Morison BJ et al. ²⁰ 2016 (Nueva Zelanda)	Estudio transversal	N: 51 lactantes entre 6 y 8 meses de edad. Divididos según tipo de destete en 3 grupos: – BLW completo (n=18) – BLW parcial (n=7) – Tradicional (TSF) (n=26)	<ul style="list-style-type: none"> – Datos demográficos (fecha de nacimiento, peso...) – Duración de la lactancia materna exclusiva – Registro de los alimentos consumidos (tipo, método de preparación, peso, consistencia, quien alimentó al niño) 	<p>Existen diferencias significativas en la duración de la lactancia materna, siendo BLW completo mayor (p=0.003). La introducción de sólidos también fue más tardía en este grupo que en el grupo tradicional (p<0.001).</p> <p>En el grupo de BLW completo, el 77% de los alimentos los ingerían por sí mismos, mientras que en el TSF en el 50% era compartido entre niño/a y adulto (p<0.001). BLW tiene una ingesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> – > en: grasa total, grasa saturada y porcentaje de energía (p<0.001) – < en: Fe, Zinc, Vit B12, Vit C, Ca y fibra (p<0.001) <p>No hubo diferencias significativas en la ingesta del tipo de alimentos ni en alimentos que representaban riesgo de asfixia. BLW completo y parcial tuvo una mayor participación en comidas familiares.</p>
Daniels L et al. ²¹ 2018 (Nueva Zelanda)	Estudio controlado aleatorizado	N: 206 lactantes cuyas madres estando embarazadas estaban registradas en la unidad de maternidad del hospital de Dunedin. Divididos aleatoriamente en dos grupos: – BLISS (n=105) – Control (n=101)	<ul style="list-style-type: none"> – Datos demográficos (fecha de nacimiento, peso...) – Duración de la lactancia materna exclusiva – Peso total y tipo de alimentos ofrecidos y de alimentos sobrantes – Evaluación bioquímica a través de muestra sanguínea 	<p>A los 7 meses y a los 12 meses los bebés BLISS tuvieron significativamente mayor adherencia al enfoque dirigido por el bebé (p<0.001).</p> <p>Las diferencias en la ingesta media de hierro en la dieta entre los grupos control y BLISS no fueron significativas a los 7 meses (diferencia 0,6 mg / día; IC del 95%: -1,0 a 2,3) ni a los 12 meses (-1,1 mg / día; -1,6 a 1,4). La ferritina plasmática y los indicadores bioquímicos tampoco difirieron significativamente.</p> <p>No hubo diferencias en la ingesta de leche materna ni fórmula infantil a los 7 meses (p=1.00, p=0.17) ni a los 12 meses (p=0.94, p=0.38) entre ambos grupos. El grupo BLISS consumió significativamente mayor cantidad de carne roja. Los bebés BLISS comenzaron a consumir "cereal para bebés fortificado con hierro" aproximadamente 2 semanas más tarde que los bebés de control (p=0.008).</p>
Morison BJ et al. ²² 2018(Nueva Zelanda)	Estudio controlado aleatorizado	N: 206 lactantes cuyas madres estando embarazadas estaban registradas en la unidad de maternidad del hospital de Dunedin. Divididos aleatoriamente en dos grupos: – BLISS (n=105) – Control (n=101)	<ul style="list-style-type: none"> – Información demográfica a partir de registro hospitalario (peso al nacer, sexo infantil, educación materna) – Grupos de alimentos: ("alimentos básicos", "alimentos no básicos", "alimentos y otras proteínas" y "frutas y verduras") asignados a seis categorías de sabor y cuatro categorías de textura 	<p>El grupo BLISS come más comida sólida en todas las edades analizadas, especialmente a los 7 meses comparado con el grupo control (p<0.001).</p> <p>A los 7 meses de edad, BLISS tuvo una mayor variedad total de alimentos (3.0; IC 95%, 1.1 a 4.8).</p> <p>Existe un consumo significativamente mayor de frutas y verduras en el grupo BLISS a los 24 meses de edad (2.0; IC 95%, 0.4 a 3.6).</p> <p>Al grupo BLISS se le ofrece mayor cantidad de alimentos salados. No obstante, la diferencia en la preferencia percibida en esos alimentos fue pequeña (0.2; IC 95%, 0.04 a 0.4).</p> <p>A los 24 meses de edad los niños alimentados mediante BLISS obtuvieron altos porcentajes de preferencia para: "fruta", "carne y pescado", "postres" y valores más bajos para "vegetales".</p>
Taylor RW et al. ²³ 2017 (Nueva Zelanda)	Estudio controlado aleatorizado	N: 206 lactantes cuyas madres estando embarazadas estaban registradas en la unidad de maternidad del hospital de Dunedin. Divididos aleatoriamente en dos grupos: – BLISS (n=105) – Control (n=101)	<ul style="list-style-type: none"> – Información demográfica a partir de registro hospitalario (peso al nacer, sexo infantil, educación materna). – Adherencia a BLISS – Medidas antropométricas (IMC) – Comportamiento alimentario – Duración de la lactancia materna exclusiva 	<p>No se encontraron diferencias significativas para la puntuación del IMC entre los dos grupos a los 12 meses (0.21; IC 95% , -0.07 a 0.48) ni a los 24 meses (0.16; IC 95% , -0.13 a 0.45).</p> <p>Los lactantes BLISS fueron amamantados exclusivamente durante más tiempo (p=0.002).</p> <p>Las/os madres/padres del grupo BLISS informaron de menos irritabilidad alimentaria con la comida a los 12 meses de edad (-0.33; IC 95%, -0.51 a -0.14), aunque no a los 24</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Eventos adversos (asfixia) 	<p>meses.</p> <p>Se encontraron diferencias significativas en la actitud positiva hacia la comida que tenían los niños del grupo BLISS a los 12 meses (0,25; IC 95%, 0.07 a 0.43) y a los 24 meses (0.24; IC 95%, 0.05 a 0.43). También se obtuvieron mayores decisiones a la hora de comer en este grupo a los 12 y 24 meses.</p> <p>No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las tasas de asfixia o anemia por deficiencia de hierro.</p>
Fu X et al. ²⁴ 2018 (Nueva Zelanda)	Estudio transversal	<p>N: 876 lactantes entre 6-36 meses de edad reclutados mediante Facebook y ReachMe a través de sus padres/madres. Según el tipo de destete se dividieron en tres grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BLW completo (n=155) - BLW parcial (n=93) - Tradicional (TSF) (n=628) 	<ul style="list-style-type: none"> - Datos demográficos (sexo, peso, educación materna...) - Duración de la lactancia materna exclusiva y fecha de introducción de alimentos sólidos - Consumo de cereal infantil, carne roja, frutas y verduras - Comportamiento alimentario - Fuente de información 	<p>BLW completo tuvieron una duración de la lactancia materna exclusiva significativamente mayor el grupo TSF (p=0.019).</p> <p>BLW completo y parcial tenían significativamente menor probabilidad de consumir cereal fortificado con hierro (p<0.001) y mayor probabilidad de consumir carne roja (p<0.001) a los 6 meses.</p> <p>BLW completo fueron menos propensos a consumir "más fruta que verdura" cuando se introdujeron los sólidos por primera vez (p=0.002).</p> <p>BLW tuvo una puntuación significativamente menor de irritabilidad alimentaria (-0.37; IC 95%, -0.51 a -0.24).</p> <p>Los/as padres/madres tenían una probabilidad menor de haber recibido consejos de BLW por parte de un profesional sanitario (17%) que de otra fuente (88%).</p> <p>El 68% de los/as padres/madres de BLW consideran que es una forma lógica de alimentar a su hijo teniendo él mismo el control de su ingesta.</p>
Dogan E et al. ²⁵ 2018 (Turquía)	Estudio controlado aleatorizado	<p>N: 280 lactantes de 5 a 6 meses de edad de la clínica de niños de la Universidad de Karabük. Se dividieron aleatoriamente en 2 grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BLW (n=142) - Tradicional (TSF) (n=138) 	<ul style="list-style-type: none"> - Datos demográficos (sexo, peso, educación materna...) - Adherencia a alimentación complementaria - Alimentos que contienen: hierro, alta energía y alto riesgo de asfixia. - Eventos adversos (asfixia, náuseas) - Medidas antropométricas (peso, longitud, circunferencia de cabeza) - Duración de la lactancia materna exclusiva - Muestra sanguínea (Hb, MCV, RDW, hierro sérico...) 	<p>Existe diferencia significativa en la duración de la lactancia materna exclusiva siendo mayor en el grupo BLW (p<0.001). En este grupo la introducción de sólidos fue significativamente más tardía (p<0.001).</p> <p>Los lactantes TSF fueron significativamente más pesados que los lactantes BLW (t=8.45, p <0.001).</p> <p>En el grupo BLW el 98% tenía peso normal y el 2% tenía peso bajo. En comparación, en el grupo TSF el 83% tenía peso normal y el 17% sobrepeso.</p> <p>No se observaron diferencias significativas en HB, hematocrito, MCV, RDW, TS o ferritina entre los grupos, ni diferencias en la ingesta de hierro en la dieta.</p> <p>La incidencia de asfixia informada no fue diferente entre los grupos.</p>
Alpers B et al. ²⁶ 2019 (Reino Unido)	Estudio transversal	<p>N: 134 lactantes entre 6-12 meses de edad que fueron reclutados a través de sus padres/madres mediante sitios web. Se dividieron según tipo de destete utilizado en dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BLW (n=88) - Tradicional (n=46) 	<ul style="list-style-type: none"> - Datos demográficos (sexo, peso, educación materna...) - Tipos de alimentos: frutas, verduras, ricos en almidón, cereales fortificados, postres lácteos, pescado, carnes procesadas, alimentos y bebidas azucarados y meriendas saladas. - Duración de la lactancia materna exclusiva 	<p>Los lactantes que siguen BLW comenzaron el destete significativamente más tarde que el grupo tradicional (p<0.001) y significativamente más lactantes BLW fueron amamantados exclusivamente durante 6 meses (p<0.001).</p> <p>Al grupo tradicional se le ofreció más cereales fortificados (p<0.001), refrigerios salados (p=0.03), postres lácteos y lácteos (p=0.049) y alimentos preparados para bebés (p<0.001). Por el contrario, al grupo BLW se le ofreció significativamente más pescado azul (p<0.001) y carnes procesadas (p<0.001).</p> <p>Existen diferencias en el consumo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tradicional > consumo de: azúcar libre (p=0.03), Fe en la leche infantil (p=0.012). - BLW < consumo de: Na (p=0.28), grasa (p=0.035).

Brown A et al. ²⁷ 2018 (Reino Unido)	Estudio transversal	N: 1151 lactantes entre 4-12 meses de edad reclutados a través de sus padres/madres mediante sitios web. Según destete utilizado se les dividió en 3 grupos: - BLW completo (n=412) - BLW parcial (n=377) - Tradicional (TSF) (n=362)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos demográficos (sexo, peso, educación materna...) - Duración de la lactancia materna exclusiva y fecha de introducción de alimentos sólidos - Tipos de alimentos: sólidos, purés con grupos y purés lisos - Eventos adversos (asfixia) 	El grupo BLW completo introdujo sólidos significativamente más tarde que los que siguieron BLW parcial ($p < 0.001$) y el método tradicional (< 0.001). BLW completo y parcial ofrecía menos "purés con grumos" ($p < 0.001$) y más alimentos sólidos ($p < 0.001$) que el grupo tradicional. 11,9% de BLW completo, 15,5% de BLW parcial y 11,6% del TSF habían sufrido episodios de atragantamiento. No se encontró asociación significativa entre la edad de introducción de alimentos sólidos y la frecuencia de asfixia ($p = 0.153$). Los lactantes que seguían TSF tuvieron significativamente más episodios de asfixia para "alimentos sólidos" y "purés con grumos" que BLW completo y parcial. No se encontró diferencias en "purés líquidos". El grado de uso de cuchara se asoció significativamente con el número de episodios de asfixia en todos los alimentos.
Cameron SL et al. ²⁸ 2015 (Nueva Zelanda)	Estudio Piloto Longitudinal controlado no aleatorizado	N: 23 lactantes de 5 meses de edad reclutados a través de sus padres/madres mediante un anuncio en el periódico DunedinStar. Según preferencia de destete se les dividió en 2 grupos: - BLISS (n=14) - BLW (n=9)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos demográficos (sexo, peso, educación materna...) - Alimentos que contienen: hierro, alta energía y alto riesgo de asfixia. - Eventos adversos (asfixia, náuseas) 	No existen diferencias significativas en la cantidad de hierro ($p = 0.110$) ni en la cantidad de energía ($p = 0.494$) que ofrecen los alimentos complementarios entre los dos grupos. Sin embargo, BLISS ofreció significativamente más porciones por día de alimentos que contienen hierro a los 6 meses ($p = 0.001$). Este grupo también ofreció una variedad más amplia de alimentos de alta energía. A los lactantes de BLISS se les ofreció significativamente mayor cantidad de carne roja ($p = 0.014$). Los bebés BLISS tienen significativamente menos probabilidad de que se les ofrezca alimentos de alto riesgo de asfixia ($p = 0.027$).
Fangupo LJ et al. ²⁹ 2016 (Nueva Zelanda)	Estudio Controlado Aleatorizado	N: 206 lactantes cuyas madres estando embarazadas estaban registradas en la unidad de maternidad del hospital de Dunedin. Divididos aleatoriamente en dos grupos: - BLISS (n=105) - Control (n=101)	<ul style="list-style-type: none"> - Información demográfica a partir de registro hospitalario (peso al nacer, sexo infantil, educación materna...) - Eventos adversos (asfixia, náuseas) - Adhesión a BLISS - Duración de la lactancia materna exclusiva y fecha de introducción de alimentos sólidos 	Los lactantes del grupo BLISS esperaron hasta los 6 meses antes de comenzar con sólidos, existiendo diferencia significativa con respecto al grupo control ($p < 0.01$). BLISS a los 6 meses amordazaron con mayor frecuencia episodios de asfixia que el grupo control (1.56; IC 95%, 1.13 a 2.17). Sin embargo, este grupo amordazó con menos frecuencia a los 8 meses de edad (0.60; IC 95%, 0.42 a 0.87). El número de niños que sufrieron asfixia no difirió significativamente entre los grupos a cualquier edad (todos $p > 0.2$), ni en el número total de alimentos de riesgo de asfixia ofrecidos.
Daniels L et al. ³⁰ 2018 (Nueva Zelanda)	Estudio Controlado Aleatorizado	N: 206 lactantes cuyas madres estando embarazadas estaban registradas en la unidad de maternidad del hospital de Dunedin. Divididos aleatoriamente en dos grupos: - BLISS (n=105) - Control (n=101)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos demográficos (sexo, peso, educación materna...) - Adherencia a BLISS - Ingestas dietéticas (dieta pesada de 3 días) - Estado de zinc (concentración de zinc en plasma partir de muestra sanguínea) 	No hubo diferencias significativas en la ingesta de zinc entre BLISS y control a los 7 meses ($p = 0.42$) ni a los 12 meses ($p = 0.86$). Los grupos de alimentos complementarios que aportaron más zinc a los 7 meses fueron "vegetales" para lactantes del grupo control y "panes y cereales" para lactantes BLISS. A los 12 meses "lácteos" para ambos grupos. No hubo diferencias significativas en el plasma de desviación estándar promedio concentración de zinc entre los grupos Control y BLISS ($p = 0.75$).
Rowan H et al. ³¹ 2019 (Reino Unido)	Estudio transversal	N: 180 lactantes entre 6-12 meses de edad. Divididos según tipo de destete en 3 grupos: - BLW completo (n=56)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos demográficos (sexo, peso, educación materna...) - Tipo de alimentos (proteínas, frutas, verduras, alimentos salados, 	En los lactantes entre 6 y 8 meses para las porciones de vegetales, el grupo BLW completo y parcial tuvo una exposición significativamente mayor que el grupo tradicional ($p = 0.000$, $p = 0.016$). Estos grupos también tuvieron una exposición mayor a proteínas ($p = 0.001$, $p = 0.002$).

		<ul style="list-style-type: none"> - BLW parcial (n= 88) - Tradicional (n= 36) 	alimentos ricos en hierro...)	<p>En los lactantes de 9 a 10 meses, el grupo BLW completo tuvieron significativamente más alimentos lácteos que los del grupo BLW parcial (p=0,006).</p> <p>En los lactantes de 11 a 12 meses, para los aperitivos salados el grupo BLW parcial tenía una exposición significativamente más alta que las del completo (p=0.015). Para los lácteos, el grupo BLW parcial tuvo una ingesta significativamente mayor que los del grupo BLW completo (p=0.009). La comida compuesta fue significativamente mayor en el grupo tradicional en comparación con el grupo completo BLW (p=0.045).</p>
Brown A et al. ³² 2015 (Reino Unido)	Estudio transversal	<p>N: 604 madres con lactantes entre 6-12 meses de edad reclutadas a través de centros de cuidado infantil y sitios web. Divididas según tipo de destete utilizado en dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BLW (n=351) - Tradicional (n=253) 	<ul style="list-style-type: none"> - Datos demográficos (sexo, peso, educación materna...) - Comportamiento alimentario - Duración de la lactancia materna exclusiva - Características maternas (ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, restricción alimentaria...) 	<p>Las madres que seguían el enfoque BLW tenían niveles de educación significativamente más altos (p<0.001).</p> <p>Las madres BLW obtuvieron puntuaciones significativamente menores de ansiedad (p=0.000), de trastorno obsesivo-compulsivo (p=0.000) y de restricción alimentaria (p=0.007) que las que siguen un enfoque tradicional.</p> <p>Las madres BLW obtuvieron una puntuación significativamente mayor en conciencia materna (p=0.000).</p>
Swanepoel L et al. ³³ 2019 (Australia)	Estudio cualitativo	<p>N: 13 mujeres a punto de introducir alimentos sólidos a sus bebés reclutados mediante anuncios publicitarios. Se dividieron según tipo de destete en 2 grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BLW (n=5) - Tradicional (n=6) 		<p>El grupo BLW eran más jóvenes (29 años [± 1.8]) que las que se identificaron siguiendo un enfoque tradicional (35 años [± 3.2]).</p> <p>BWL introdujeron sólidos a los 6 meses, mientras que las que utilizaron un enfoque tradicional comenzaron la alimentación complementaria entre 4,5 y 5,5 meses.</p> <p>Los enfoques de las mujeres para la alimentación complementaria estuvieron mediados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confianza. Todas las mujeres discutieron preocupaciones relacionadas con la asfixia. El grupo de madres BLW parecían confiar en la capacidad de su bebé para comer de manera segura. Las mujeres de BLW consideraban fuertemente la limitación de las influencias externas. Este grupo parecía usar su propia investigación para superar sus desafíos percibidos. - Conveniencia. Para las mujeres del método tradicional, el deseo de facilidad y eficiencia en el tiempo parecía apuntalar muchas decisiones de alimentación. - Toma de decisiones basadas en valores y práctica. Utilizar BLW parece permitir a las mujeres cumplir sus ideales y mantener sus valores de alimentación.
Arden MA et al. ³⁴ 2015 (Reino Unido)	Estudio cualitativo (análisis temático)	<p>N: 15 madres con lactantes entre 9-15 meses de edad reclutadas mediante sitios y foros de crianza.</p>		<p>Algunos participantes comentaron que BLW se realizó como resultado de intentos fallidos anteriores de seguir el método tradicional.</p> <p>Otros participantes, en cambio, informaron que el proceso estresante era la introducción de alimentos sólidos a sus bebés ya que les causaba preocupación, particularmente con respecto a la cantidad consumida y la ingesta de una dieta que satisfaga sus necesidades.</p> <p>La preocupación potencial del enfoque BLW a menudo se contrastaba con un fuerte deseo de evitar enfoques más tradicionales alimentados con puré, caracterizados a menudo como "alimentación forzada".</p> <p>Varios de los participantes mencionaron la crianza con apego, el uso del bebé y el colecho junto con la lactancia materna y BLW.</p> <p>El papel de los alimentos sólidos en la reducción y la posible interrupción de la lactancia materna era una preocupación para algunas mujeres y esto fue un factor primordial en su elección de usar BLW en lugar del destete tradicional.</p>

<p>Kominou S et al. ³⁵ 2019 (Reino Unido)</p>	<p>Estudio trasversal</p>	<p>N: 565 niños de 12-36 meses de edad reclutados a través de sus padres/madres mediante sitios web. Se les dividió según destete en 4 grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BLW completo (n=188) - BLW parcial (n=98) - Tradicional completo (n=131) - Tradicional parcial (n=148) 	<ul style="list-style-type: none"> - Categorías de estilos de destete - Datos demográficos (sexo, peso, educación materna...) - Prácticas de alimentación con leche - Ambiente familiar y patrones de comida - Estilo de alimentación de los padres - Comportamiento alimentario de los niños - Fuentes de información 	<p>BLW completo y parcial fueron amamantados por más tiempo en comparación con los otros tres grupos ($p < 0.001$).</p> <p>BLW completo y parcial estaban usando prácticas de alimentación menos instrumentales ($p < 0.001$).</p> <p>BLW completo ejercen un control significativamente menor sobre la alimentación de sus hijo/as y usan menos estímulos para aumentar el consumo de alimentos ($p < 0.001$).</p> <p>Estos bebés compartían sus horas de comida y comen las mismas comidas con sus hijos/as significativamente más a menudo que todos los demás.</p> <p>Los/as padres/madres del grupo BLW completo siguen los consejos de los profesionales de la salud con una frecuencia significativamente menor que la estadísticamente esperada ($p < 0.001$). También demostraron una preferencia por la investigación independiente, siendo una fuente de asesoramiento significativa Internet para el BLW parcial ($p = 0.05$) y los libros para el BLW completo ($p = 0.04$).</p> <p>BLW completo eran significativamente menos propensos a ofrecer cereales para bebés ($p < 0.001$) y más propensos a ofrecer verduras ($p = 0.011$) o una comida mixta ($p < 0.001$) como primer alimento que los otros 3 grupos de alimentación.</p> <p>Los lactantes BLW tienen un nivel significativamente menor de irritabilidad alimentaria ($p = 0.030$) y un mayor disfrute de alimentos ($p = 0.004$) que el grupo tradicional completo.</p>
--	-------------------------------	--	---	--

El 100% de los artículos remarcan que el método BLW consigue una duración de la lactancia materna mayor a la del método tradicional, retrasando así, la introducción de alimentos sólidos ^{20,22,23-27,29,33,35}. El estudio de análisis temático, realizado por Arden MA et al., refiere que la preocupación por la interrupción de la lactancia materna juega un papel importante en la elección de usar el método BLW en lugar del destete tradicional ³⁴.

En relación a la obesidad, el estudio elaborado por Taylor RW et al, evidenció que no existe diferencia significativa entre los grupos para la variable del IMC. No obstante, en el estudio realizado por Dogan E et al. sí existen diferencias: en el BLW el 98% tenía peso normal y el 2% tenía peso bajo; en cambio, en el destete tradicional el 83% tenía peso normal y el 17% sobrepeso ²⁵.

El 30% de los artículos analizan los riesgos relacionados con el método BLW entre los cuales destacan la asfixia o atragantamiento. De estos, en el 80% de los artículos no hay diferencias significativas entre ambos grupos ^{25,29}. Sin embargo, un artículo afirma que de una muestra de 1151 lactantes, los que siguieron el destete tradicional sufrieron significativamente más episodios de asfixia para “alimentos sólidos” y “purés con grumos” que aquellos que seguían los métodos BLW completo y parcial ²⁷. Otro estudio controlado aleatorizado muestra que los del método BLW sufrieron más episodios de atragantamiento a los 6 meses, pero a partir de los 8 meses estos episodios predominaron en los lactantes del método tradicional ²⁹. El 20% de los artículos analiza la ingesta de alimentos de riesgo de asfixia no difiriendo entre los dos grupos ^{20,29}. No obstante, en el estudio realizado por Cameron SL et al. se observa que los bebés que siguen el método BLISS tienen significativamente menos probabilidad de que se les ofrezca alimentos de alto riesgo de asfixia ²⁸.

En relación a los riesgos relacionados con el método BLW, el 30% de los artículos investiga la deficiencia de hierro. De éstos, en el 90% de los artículos no se encuentran diferencias significativas en niveles de hierro en sangre ni en la ingesta de alimentos ricos hierro ^{21,23,25}. Sin embargo, en un estudio realizado por Morison BJ et al., los lactantes del método BLW obtuvieron una ingesta menor de hierro ²⁰. Según un estudio controlado aleatorizado que compara el BLW con el BLW modificado (BLISS) realizado por Cameron SL et al., se observó que el método BLISS ofreció significativamente más porciones por día de alimentos que contienen hierro en lactantes a 6 meses de edad ²⁸. En cuanto a la ingesta de cereal fortificado con hierro, los estudios muestran que el grupo que sigue el BLW tiene menos probabilidad de consumir cereal fortificado con hierro que los del grupo control ^{21,26,35}.

La ingesta de Zinc es analizada por un estudio controlado aleatorizado realizado por Daniels L et al. donde no encuentra diferencias significativas ni en la ingesta de alimentos ricos en zinc ni en la desviación estándar promedio de concentración de zinc en plasma sanguíneo entre el grupo BLW modificado (BLISS) y el grupo control ³⁰.

En los diferentes estudios realizados por Morison BJ, Daniels L, Fu X, Alpers B y Rowan H et al. se analizan las diferencias entre los tipos de alimentos ofrecidos a cada grupo de lactantes ^{20,21,24,26,31}. Según Morison BJ et al. el grupo BLW tiene mayor ingesta de carne roja, frutas y verduras (teniendo mayor probabilidad la ingesta de fruta que verdura), grasas total, postres y alimentos salados ²⁰. Daniels L y Fu X et al. afirman el mayor consumo de carne roja y de frutas y verduras ^{21, 24}. Según Alpers B et al., al grupo BLW se le ofreció una cantidad mayor de pescado azul y carnes procesadas. En el consumo de sodio y grasa, en cambio, afirma que el BLW obtiene una menor ingesta. Al grupo de destete tradicional se le atribuye una mayor ingesta de azúcar libre y lácteos ²⁶. Rowan H et al. señala mayor consumo de vegetales, proteínas y coincide con Alpers B et al. con una menor ingesta de alimentos salados ³¹.

El 100% de los artículos que analizan la conducta alimentaria refieren menor irritabilidad alimentaria en el grupo BLW, mostrando una actitud positiva hacia la comida y teniendo mayores decisiones a la hora de comer comparado con el destete tradicional ^{23,24,35}. Además, el grupo BLW obtiene un consumo más variado de alimentación ²².

En el estudio cualitativo que analiza el comportamiento y experiencias maternas en los diferentes tipos de destete, realizado por Brown A et al., afirma que las madres que usaban el método BLW obtuvieron puntuaciones significativamente menores de ansiedad, de trastorno obsesivo-compulsivo y de restricción alimentaria ³². Otro estudio realizado por Swanepoel L et al. muestra que los enfoques de las mujeres para la alimentación complementaria estuvieron mediados por la confianza, conveniencia y toma de decisiones basadas en valores y prácticas. Las mujeres que seguían el método BLW consideraban fuertemente las influencias externas, pero parecían confiar en la capacidad de su bebé para comer. En las mujeres del método tradicional, el deseo de facilidad y eficiencia en el tiempo parecía apuntalar muchas decisiones de alimentación ³³. Un estudio transversal realizado por Komninou S et al. señala que las madres que optan por el BLW ejercen un menor control sobre la alimentación y usan menos estímulos para aumentar el consumo de alimentos. También, se evidencia que

este grupo comparte sus horas de comida y comen la misma comida que sus familiares más a menudo que el grupo tradicional ³⁵.

Con respecto a la fuente de información empleada, el grupo de madres de BLW es más propenso por la investigación independiente, siendo una fuente de asesoramiento Internet y con menor probabilidad un profesional sanitario ^{24,35}.

DISCUSIÓN

Los diferentes artículos de esta revisión bibliográfica tienen como objetivo comparar dos métodos de destete analizando sus beneficios y riesgos. Además, sabiendo que el control materno juega un papel importante en la alimentación del lactante, se incluyeron las experiencias maternas en la comparación de los diferentes enfoques. Entre los resultados, se encontraron diferentes beneficios asociados al BLW, siendo los más destacados un mejor comportamiento alimenticio y una mayor variedad de alimentos en sus dietas. A pesar de estos resultados, hoy en día sigue habiendo miedo a sus riesgos llegando hasta el punto de no ser considerado por la OMS como un método de destete, por no ser considerado seguro para los lactantes. En las guías de alimentación complementaria de Osakidetza, recomiendan un inicio progresivo de texturas, comenzando por alimentos triturados y aumentando la consistencia en función de la maduración del bebé.

Al analizar los estudios incluidos en la revisión se obtuvieron diferentes variables a tener en cuenta para la elección del método de destete.

Duración de lactancia materna/ leche artificial

El 100% de los estudios asocian el método BLW con una duración mayor de la lactancia materna o leche artificial exclusiva. Las madres que siguen un enfoque BLW alargan la ingesta de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses, que es lo recomendado por la OMS ^{20,22,23-27,29,33,35}.

Las madres que siguen un enfoque tradicional, el destete llamado con cuchara, en cambio, tienen menor probabilidad de realizar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses ^{20,23-27,29,33,35}. Un estudio realizado a 4.100 bebés nacidos en Rotterdam evidenció que la lactancia exclusiva durante seis meses redujo dos tercios la probabilidad de padecer infecciones respiratorias. No obstante, en los casos de lactancia exclusiva durante cuatro meses el riesgo también se vio disminuido, pero a un tercio o la mitad ¹.

Por otra parte, se ha visto que las madres con el enfoque BLW al alargar la lactancia exclusiva, el inicio de la alimentación complementaria lo hacen según lo recomendado. Las madres que optan por el destete tradicional, por el contrario, introducen la alimentación complementaria antes de la edad recomendada ^{20,23-27,29,33,35}. La edad de introducción de la alimentación complementaria es de seis meses de edad, que es cuando la función renal del bebé, la función digestiva y las habilidades motoras orales se han desarrollado lo suficiente como para controlar los alimentos ^{4,15,34}.

A pesar de referirse al 100% de los artículos, se debe tener en cuenta que estos estudios pueden no ser representativos de toda la población, ya que, una gran parte de los estudios, ha sido realizada con la misma muestra (muestra recogida en Dunedin), lo cual reduce el total de los bebés estudiados así como los contextos en los que se ha realizado. De esta manera, sería necesario realizar estudios con mayor tamaño muestral y variedad geográfica.

Control de peso

La obesidad y el sobrepeso es otro de los aspectos a analizar en los estudios, debido a la importancia e impacto en salud que generan en la actualidad.

En el estudio realizado por Dogan E et al., se observó que los lactantes destetados con el método BLW tienen percentiles más cercanos a la media comparado con los del método tradicional ²⁵. En cambio, en el artículo realizado por Taylor RW et al. no se evidenciaron diferencias significativas para la variable IMC, prevalencia de sobrepeso, ingesta de energía o autorregulación del apetito en ambos grupos de lactantes ²³. En artículos anteriores a éstos, realizados por Brown A, Cameron SL y Townsend E et al. señalan una relación entre el método y la prevención de obesidad, pero no evidenciaron una diferencia estadísticamente significativa ¹⁶.

En una asociación no se pueden establecer relaciones causa-efecto, pues pueden existir variables confusoras que no han sido tomadas en cuenta y que podrían haber creado un sesgo. Son necesarios mayor número de estudios para ver si esas asociaciones en un largo plazo son estadísticamente significativas.

La saciedad también es uno de los factores que puede tener impacto directo en el peso del lactante, y es estudiada por artículos anteriores a esta revisión. Brown A et al., en 2010, muestra que los lactantes alimentados con el BLW son más sensibles a la saciedad y poseen un mayor control de su apetito ¹⁶.

El modelo de autorregulación BLW facilita al lactante el control de su ingesta y de su saciedad. Al controlar la saciedad, se controla la probabilidad de padecer sobrepeso u obesidad. Una de las principales claves del método es dejar al lactante comer solo, sabiendo cuando tiene hambre para seguir comiendo, o bien, saber el momento en el que está lleno y por tanto, dejar de comer. Los bebés del modelo BLW siguen las pautas de la lactancia materna, comen a demanda controlando en todo momento su saciedad ²⁰. Pero, a veces, la autonomía del bebé con BLW, podría no ser beneficiosa para el control del peso corporal ante la dificultad de algunos lactantes para interpretar las señales de apetito y saciedad, lo que puede crear un consumo excesivo ¹⁶.

Debido a toda la controversia y a las limitaciones entre cada artículo, con los artículos que disponemos en la actualidad, no se puede relacionar el método de destete con el peso de los lactantes ni respecto al tiempo en el que se prolonga esta asociación. Por ello, se necesitarían estudios analizando a largo plazo esta relación ^{23,25}.

Riesgo de asfixia

El inicio de la alimentación complementaria es angustioso para multitud de madres/padres, sobre todo, por esa transición de alimentar exclusivamente con leche a tener que introducir alimentos. En el método tradicional, al introducir los alimentos con cuchara, pasan directamente a tragarlos. No obstante, en el método BLW se fomenta la masticación, ya que la comida sólida se queda en la boca, favoreciendo ese aprendizaje. Algunos autores asocian el método BLW con mayor riesgo de asfixia y mayores episodios de atragantamiento. Sin embargo, otros, afirman que, este método novedoso, no es un factor de riesgo para la asfixia. En las consultas de pediatría cada vez se aborda más este tema, debido al gran estrés que genera. Tanto en madres/padres que optan por el método BLW como madres/padres que deciden un destete tradicional el miedo de atragantamiento siempre está presente. En este sentido, muchos profesionales de la salud también muestran su preocupación ^{3,4,14,19,20,25,27-29}.

Para el inicio de la alimentación complementaria, según Gil Rapley, es esencial comprobar los siguientes signos de maduración en el lactante: la pérdida del reflejo de extrusión, la capacidad de mantenerse sentado e interés por los alimentos. Para el método BLW se añade capacidad de masticar, de agarrar los objetos y la posibilidad o capacidad de alimentarse por sí mismo ^{2,15,16}.

Un estudio realizado por Fangupo LJ et al. muestra que los que siguieron el método BLW sufrieron más episodios de atragantamiento a los 6 meses, pero a partir de los 8 meses fueron los del método tradicional quienes los sufrieron ²⁹. Brown A et al., en su estudio, observó que los lactantes del método tradicional sufrieron más episodios de asfixia que los del BLW completo y parcial ²⁷. Si analizamos otro estudio realizado por Cameron et al., previo a los dos estudios ya nombrados, los bebés habían tenido al menos un episodio de atragantamiento no existiendo diferencias entre los seguidores del BLW y del método tradicional, lo que también se afirma en el estudio de Morison et al. ^{16,20}. Esta asociación del método BLW con mayor riesgo de asfixia también es rechazada por Wright et al. en su estudio de cohorte prospectivo ¹⁶.

En base a los estudios encontrados para esta revisión, no existen diferencias significativas en el riesgo de atragantamiento entre ambos métodos. Muchas veces, el cuerpo reacciona ante los atragantamientos de forma natural, siendo capaces de revertirlo con el reflejo tusígeno, entre otros ^{20,27,29}.

Brown et al., en su estudio con una muestra de 1151 madres, concluyó que no existe asociación entre los alimentos referidos de riesgo de asfixia y el grupo de destete ²⁷. Los artículos que analizan la ingesta de alimentos de riesgo de asfixia no encuentran diferencias atribuibles al método. Es decir, no se relaciona el tomar alimentos de riesgo de asfixia con el método de destete utilizado. Los/as padres/madres que optan por el BLW tienen que prestar atención a las recomendaciones para la introducción de ciertos alimentos. Entre los alimentos de alto riesgo de asfixia que se han evidenciado con una mayor probabilidad se encuentran: los frutos secos, las salchichas si no están cortadas correctamente, uvas, zanahoria cruda y manzana cruda ^{20,29}.

A pesar de esta gran preocupación y miedo al atragantamiento, retrasar el comienzo de la alimentación complementaria, puede suponer problemas en la masticación y en la adquisición de hábitos alimentarios futuros. Entre ellos se encuentra la diversificación alimentaria al no acostumbrarle a comer y experimentar diferentes texturas y sabores ².

Por otra parte, son importantes las aclaraciones sobre las diferencias entre un episodio de asfixia y de una náusea, asesorando a los/as padres/madres sobre los alimentos de riesgo de asfixia y de la incorporación de ciertos alimentos según la consistencia.

Déficit de hierro y zinc

Otra de las preguntas más frecuentes de los familiares, es si la alimentación que están dando a sus niños/as cubre las necesidades nutricionales, sobre todo de hierro y zinc. Como ya se ha mencionado anteriormente, a partir de los 6 meses, la lactancia materna exclusiva no garantiza un aporte óptimo de hierro. Es por ello, que se precisa un aporte de hierro añadido al pasar esta edad ^{2,4,19}.

El hierro es un nutriente muy demandado, ya que participa en diversas funciones biológicas. Su función principal es el transporte de oxígeno a través de los glóbulos rojos. A partir de los 6 meses, la prevalencia de presentar bajos niveles de hierro es de 9,6% en lactantes de 12 meses ¹⁹. En el caso de la alimentación complementaria tradicional, realizada mediante purés y papillas con cereales fortificados, ya se realiza ese aporte necesario. En el método BLW, en cambio, este aporte se debe realizar mediante alimentos ricos en hierro ².

Un estudio realizado por Morison BJ et al. concluyó que los lactantes que se alimentaban siguiendo el método BLW obtuvieron una menor ingesta de hierro ²⁰. Sin embargo, en los diferentes artículos realizados por Daniels L, Taylor RW y Dogan E et al. evidenciaron no haber diferencias en cuanto a niveles de hierro en sangre ni en la ingesta de alimentos ricos en hierro entre los dos grupos de destete ^{21,23,25}. En cuanto al hierro fortificado, el grupo de lactantes de BLW tienen menor probabilidad de consumir cereal fortificado con hierro que los del grupo tradicional ^{21, 26, 35}.

Un estudio controlado aleatorizado con una muestra de 206 lactantes analizó las diferencias en cuanto al zinc, no encontrando diferencias ni en la ingesta de alimentos ricos en zinc ni en la desviación estándar promedio de concentración de zinc en plasma sanguíneo entre los dos grupos de destete estudiados ³⁰. Se necesitarían mayor número de estudios que contemplen los niveles de zinc como una variable de comparación entre los dos métodos.

Debido a la gran variedad de resultados obtenidos, no se relaciona la deficiencia de hierro ni de zinc a un grupo de destete en concreto ^{20,21,23,25,26,28,35}.

BLISS (BLW modificado)

El método BLW crea multitud de preocupaciones e inquietudes sobre la seguridad en las/os madres/padres y en los profesionales sanitarios, sobre todo, acerca del estado nutricional ^{3,4}. Por ello, se planteó un método alternativo llamado “Baby Led Introduction to SolidS” (BLISS). Este método tiene las mismas claves del método BLW, añadiendo la importancia de dar alimentos ricos en hierro y con alto contenido energético ^{28,29}.

Un estudio piloto longitudinal realizado por Cameron SL et al. compara el método BLW con el método modificado (BLISS). Al analizar los alimentos de riesgo de asfixia, el estudio muestra una menor probabilidad de que se les ofrezca alimentos de alto riesgo de asfixia al grupo BLISS (BLW modificado) que al grupo BLW. Fangupo et al., en su estudio, concluye que los bebés que siguen la versión modificada BLISS se atragantaron con la misma frecuencia que los que se alimentaban de forma tradicional con cuchara, y destacaron que el BLW puede ser igual de seguro ²⁹.

Al estudiar la ingesta de alimentos ricos en hierro, Cameron SL et al. observó que el método BLISS ofrece más porciones al día de alimentos ricos en hierro a los 6 meses que el BLW, pese a no encontrar diferencias en cuanto a la cantidad de hierro total. El grupo BLISS puede llegar a favorecer la absorción de este micronutriente en el organismo, dando lugar a unos parámetros de hierro más adecuados, pero se

necesitaría un ensayo con una muestra mayor para poder evidenciarlo significativamente ²⁸.

Todos los demás estudios, al tener el método BLISS las mismas bases del método BLW, estudian indistintamente los dos métodos, comparándolos con el tradicional ^{20-27,29-35}.

Variedad, preferencias y conducta alimentaria

La variedad alimentaria difiere en cada tipo de lactante, al igual que los gustos. No obstante, una serie de artículos investigaron la relación entre cada método de destete con los tipos de alimentos ingeridos mediante un registro de alimentos de 3 días de duración, donde se recogen datos sobre: tipo de nutriente, cantidad y forma de preparación de los alimentos.

Para el consumo de frutas, verduras y carne roja, todos los artículos coinciden que el grupo de lactantes BLW tienen mayor porcentaje de consumo comparado con el grupo tradicional ^{20,21,24,26,31}. Para el pescado azul, Alpers B et al. encontró diferencias significativas entre los dos grupos de destete, siendo mayor la ingesta en el grupo BLW ²⁶. Respecto a la grasa consumida, Morison BJ et al. afirma mayor consumo en el grupo BLW, lo que contradice Alpers B et al. ^{20,26}. Al grupo de destete tradicional, se le atribuye mayor ingesta de azúcar libre. Para los alimentos salados, existen contradicciones en los artículos estudiados, por tanto su ingesta no se puede relacionar con ningún método ^{20, 26, 31}.

Las frutas y verduras se aconsejan introducirlas progresivamente, en cualquiera de las comidas diarias, variando la forma de presentación. La carne roja, al ser una fuente principal de hierro, también es un alimento muy recomendado. En cuanto a la sal, no se debe añadir en ninguna de las comidas y se debe disminuir la ingesta de alimentos salados ².

Analizando las capacidades de los lactantes en su propia alimentación, un estudio muestra que el 40% los bebés eran capaces de alimentarse por sí mismos antes de los 6 meses, y a partir de los 8 meses un 90% de los niños. Otro estudio refiere que el 77% de los/as niños/as eran capaces de alimentarse por sí solos con 6-8 meses ¹⁶.

Una de las características del BLW se basa en compartir las comidas con la familia, ingiriendo alimentos similares. En todos los artículos que analizan esta variable, se evidencia que el grupo BLW comparte sus horas de comida y comen la misma comida que sus familiares con mayor frecuencia que el grupo tradicional ³²⁻³⁵. En otro estudio

realizado en 2010 se analiza esta característica, y se observa que el 85% de comidas eran realizadas por el bebé y los/as padres/madres al mismo tiempo. Éstos/as tenían una probabilidad mayor de consumir alimentos enteros, siendo el 57% iguales a los de sus padres/madres ¹⁶.

Todos los artículos que analizan la conducta alimentaria del lactante, relacionan el método BLW con una menor irritabilidad alimentaria. Además, destacan que los lactantes muestran una actitud positiva hacia la comida y tienen mayores decisiones a la hora de comer ^{23,24,35}. Al tener esa actitud positiva, realizan un consumo más variado de alimentación, obteniendo una variedad total de alimentos mayor que la del grupo tradicional ²².

El gusto por los diferentes sabores (dulce, salado, ácido y amargo) se construye desde la temprana edad. Es por ello la gran importancia de introducir gran variedad de sabores y texturas de manera temprana. El estar acostumbrado a muchos sabores favorece una buena conducta alimentaria, y por tanto, una variedad mayor variedad en la alimentación ².

Dentro de las limitaciones para analizar la variedad, preferencias y conducta alimentaria destaca el método de recogida de datos mediante cuestionarios, siendo una forma subjetiva de valorar la variable a estudio y sujetas a memoria.

Comportamiento y experiencias maternas

Las/os madres/padres de los lactantes tienen un papel fundamental en la alimentación. Es la razón por la que se le da gran relevancia al análisis de sus comportamientos y experiencias ³²⁻³⁵.

Un estudio realizado por Brown A et al., refiere que las madres cuyos trabajos eran a jornada completa tenían mayor probabilidad de seguir el método tradicional de destete, mientras que las que no trabajaban tendían a seguir el BLW. El tiempo que dispongan los familiares es una variable en la elección del método de destete ³².

Por otra parte, Swanepoel L et al. muestra que las madres que optaban por BLW confiaban en la capacidad de su bebé, a pesar de considerar fuertemente las influencias externas. Las madres que optaban por el método tradicional, en cambio, estuvieron mediadas por el deseo de facilidad y eficiencia en el tiempo ³³. En otro estudio previo, realizado por Cameron et al en 2013, se reparó que el 46% de las madres/padres que utilizaron el método tradicional de destete cambiarían su elección anterior y realizarían el método BLW de destete si tuvieran otro/a hijo/a ¹⁶.

Arden MA et al., en su estudio de análisis temático, observó que algunas madres realizaron el método de destete BLW como resultado de intentos fallidos del destete tradicional. Muchas de ellas optaron por el BLW por la preocupación de interrumpir la lactancia materna y por su importancia en la crianza con apego, el colecho junto con la lactancia materna y el BLW. Además, esas madres veían el método tradicional como “alimentación forzada”³⁴.

Un estudio cualitativo realizado por Brown A et al, coincide en que las madres que optaron por el BLW tienen menor ansiedad, menor comportamiento obsesivo-compulsivo y menores restricciones alimentarias³². Komninou S et al. señala que las madres del BLW, ejercen un menor control sobre la alimentación y añade que utilizan menos estímulos para aumentar el consumo de alimentos³⁵.

Rol de enfermería

En el primer año de vida, como fuente de información, las madres/padres de los/as niños/as acuden a las revisiones de sus bebés a su enfermera pediátrica. Estas consultas están dirigidas a controlar el desarrollo de los lactantes, incluyendo las diferentes pautas de alimentación. No obstante, en un estudio realizado por D`Andrea et al., los profesionales sanitarios referían no tener los suficientes conocimientos como para servir de asesoramiento o dar consejos sobre el método BLW¹⁶.

Los/as padres/madres que realizan el destete según el modelo BLW son más propensos/as a la investigación independiente, siendo la principal fuente de asesoramiento Internet. Éstos/as siguen los consejos de los profesionales sanitarios con menor frecuencia que los/as del método tradicional y a la estadísticamente esperada^{24,35}. Los/as padres/madres refieren encontrar información útil, tanto en las webs de internet como la Asociación Española de Pediatría o la Organización Mundial de la Salud, como en los libros de alimentación complementaria^{2,3}.

CONCLUSIÓN

Tras haber realizado el análisis de los diferentes estudios incluidos en esta revisión bibliográfica, se puede concluir que:

- Las madres que siguen el método BLW alargan la duración de la lactancia exclusiva e introducen los alimentos a partir de los 6 meses de edad, teniendo mayor probabilidad de seguir las recomendaciones de la OMS.
- Se ha visto que el método BLW puede evitar o prevenir el desarrollo de sobrepeso u obesidad, fomentando un estilo de vida saludable. Ya que, aunque las ingestas de energía son similares, el BLW contribuye a la autorregulación del apetito, controlando el bebé su propia ingesta.
- Hasta el momento, el método BLW no se asocia con un mayor riesgo de asfixia. Se deben seguir las pautas y guías correctas en cuanto al inicio de alimentación y las recomendaciones de cada método.
- No existe suficiente evidencia acerca de los efectos que el método BLW tiene en los niveles de hierro comparado con el método tradicional.
- Al grupo de destete BLW se le relaciona con un mejor comportamiento alimenticio, una ingesta mayor de variedad de alimentos y una menor irritabilidad alimentaria. También, se le atribuye comer con mayor frecuencia con sus familiares e ingerir los mismos alimentos.
- Parece que las madres con menor tiempo de jornada laboral son más propensas a utilizar el método BLW. A éstas se les atribuye menor ansiedad, menores restricciones alimentarias y menor preocupación por la comida.
- Respecto a la fuente de información, las/os madres/padres que optan por el BLW tienden a la investigación independiente con mayor frecuencia que a los profesionales sanitarios.
- Gran parte de las familias que realizan el BLW suelen utilizar un método combinado con el tradicional, por lo que ambas opciones se pueden complementar. Es de destacar que las familias seguidoras de BLW recomendarían este método combinado a las demás familias.

Analizados los beneficios/riesgos del método BLW no existen, por el momento, contraindicaciones para su recomendación y sí potenciales beneficios como los descritos anteriormente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duijts L, Jaddoe VWV, Hofman A, Moll HA. Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in Infancy. *Pediatrics* 2010 Jul;126(1):e18-e25.
2. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria. AEP; 2018.
3. OMS [Internet]. Ginebra: OMS, 2019. Alimentación del lactante y del niño pequeño [actualizada el 16 de febrero de 2018] [consultado el 19 de Noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
4. Alvisi P, Brusa S, Alboresi S, Amarri S, Bottau P, Cavagni G, et al. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. *Ital J Pediatr.* 2015;41(36):1-9.
5. Calañas Continente JA, Bellido D. Bases científicas de una alimentación saludable. *Revista de medicina* 2006;50(4):7-14.
6. Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones 2006;249-56.
7. OMS [Internet] Ginebra: OMS,2019. Alimentación complementaria [consultado el 3 de Noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es
8. García García E, Vázquez López M, Galera Martínez R, Alias I, Martín González M, Bonillo Perales A, et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes de 2 a 16 años. *Endocrinología y Nutrición* 2012;60(3):121-126.
9. Brown A, Lee M. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr. Obes.* 2013;10:57-66.
10. OMS [Internet]. Ginebra OMS, 2019. Comisión para acabar con la obesidad infantil [consultado el 23 de Noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
11. Pardío-López J. Alimentación complementaria del niño de seis meses a 12 meses de edad. *Acta Pediatr Mex.* 2012;33(2):80-88.
12. OMS [Internet] Ginebra: OMS,2019. Lactancia materna exclusiva [consultado el 19 de Noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
13. OPS/OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C.: OPS 2010.

14. Valdés V. Lactancia para la madre y el niño. Chile; 1994.
15. Rapley G, Murkett T. El niño ya come solo. Barcelona: Ediciones MEDICI; 2008.
16. Arantes, Ana Letícia Andries e, Neves FS, Campos AAL, Pereira M. The baby-led weaning method (blw) in the context of complementary feeding: a review. *Revista Paulista de Pediatria* 2018;36(3):353-363.
17. Aitziber Benito y Beatriz Nuin. Guías de salud infantil de 6 meses a 3 años. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 2017;5-12.
18. Hodges, Eric; Johnson, Susan; Hughes, Sheryl; Hopkinson, Judy; Butte, Nancy; Fisher, Jennifer. Development of the responsiveness to child feeding cues scale. *Appetite* 2013; 65:210–219.
19. Azahara Rupérez. Prevalencia del Baby Led Weaning [Internet]. *Nutrinenes.com*. 2015-[consultado el 3 de Noviembre de 2019]. Disponible en: <http://nutrinenes.com/prevalencia-baby-led-weaning>
20. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Williams Erickson L, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? Across-sectional study of infants aged 6–8 months. *BMJ Open* 2016;6(5).
21. Daniels L, Taylor RW, Williams SM, Gibson RS, Fleming EA, Wheeler BJ, et al. Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2018 Jun;8(6).
22. Morison BJ, Heath AM, Haszard JJ, Hein K, Fleming EA, Daniels L, et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Dietary Variety and Food Preferences in Infants. *Nutrients* 2018 Aug 15,;10(8):1092.
23. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2017 Sep 1,;171(9):838-846.
24. 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* 2018 Nov 1,;130:110-116.
25. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study. *Pediatrics International* 2018 Dec;60(12):1073-1080.
26. Alpers B, Blackwell V, Clegg ME. Standard v. baby-led complementary feeding: a comparison of food and nutrient intakes in 6–12-month-old infants in the UK. *Public Health Nutrition* 2019 Oct;22(15):2813-2822.

27. 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. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2018 Aug;31(4):496-504.
28. Cameron SL, Taylor RW, Heath AM. 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 paediatrics*. 2015;15(1):99.
29. Fangupo LJ, Heath AM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics* 2016 Oct;138(4).
30. Daniels L, Taylor BJ, Taylor RW, Williams SM, Gibson RS, Samman S, et al. Modified Version of Baby-Led Weaning Does Not Result in Lower Zinc Intake or Status in Infants: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2018 Jun;118(6):1006-1016.
31. Rowan H, Lee M, Brown A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2019 Feb;32(1):11-20.
32. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Maternal & Child Nutrition* 2016 Oct;12(4):826-837.
33. Swanepoel L, Henderson J, Maher J. Mothers' experiences with complementary feeding: Conventional and baby-led approaches. *Nutr Diet*. 2019;1–9.
34. Arden MA, Abbott RL. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. *Maternal & Child Nutrition* 2015 Oct;11(4):829-844.
35. Komninou S, Halford JCG, Harrold JA. Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behaviour across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size. *Appetite* 2019 Jun 1;137:198-206.