

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa
Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

Baby-Led Weaning frente a la alimentación complementaria tradicional: revisión bibliográfica y diseño de una intervención.

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Estudiante: Sara Cordón Hernández

Tutora: Olga López de Dicastillo Sainz de Murieta

Mayo, 2021

RESUMEN

La etapa de la introducción de la alimentación complementaria (AC) es fundamental en el desarrollo físico y psicosocial del lactante. El ritmo, la forma y el tipo de alimentos que se introduzcan condicionará la adquisición de hábitos alimentarios saludables. El estilo parental va a influir en el enfoque que los padres utilicen en este periodo, condicionando la duración de la lactancia, el tiempo de introducción de sólidos y el método de AC elegido. El *Baby-Led Weaning* (BLW) permite que el bebé dirija parte del proceso de alimentación fomentando la autorregulación del hambre-saciedad y permitiendo una experiencia sensorial más amplia. Por lo tanto, parece importante comparar este método con el tradicional, extraer ciertas conclusiones e informar a las familias utilizando la evidencia científica disponible en la actualidad. Este Trabajo de Fin de Grado tiene esas dos aspiraciones, por un lado, realizar una revisión bibliográfica de la comparación del BLW con el método tradicional de AC, y por otro lado diseñar una intervención basada en la evidencia en la que se dé a conocer el BLW entre las familias. La literatura permite identificar tanto fortalezas como riesgos ligados al BLW que se han tenido en cuenta al diseñar la intervención fomentando la práctica segura de este tipo de alimentación. Además, se pretende facilitar el papel de los profesionales de enfermería de los centros de salud proporcionando materiales que se puedan utilizar para formar a las familias que se decidan por este método de alimentación.

Palabras clave: "*Baby-Led Weaning*", "Alimentación Complementaria", "Método Tradicional", "Hábitos Alimentarios", "Preferencias Alimentarias".

Número de palabras: 14.209

ABSTRACT

The introduction of complementary feeding stage is fundamental in the physical and psychosocial development of the infant. The rhythm, form and type of food that are introduced will condition the acquisition of healthy eating habits. The parenting style will influence the approach that parents use in this period, determining the duration of breastfeeding, the time of introduction of solids and the complementary feeding method chosen. The *Baby-Led Weaning* (BLW) allows the baby to direct part of the feeding process by promoting self-regulation of hunger-satiety and allowing a broader sensory experience. Therefore, it seems important to compare this method with the traditional one, draw certain conclusions and inform the families using the scientific evidence available today. This TFG has these two aspirations: on the one hand, to carry out a bibliographic review of the comparison of the BLW with the traditional complementary feeding method, and on the other hand, to design an intervention based on evidence in which BLW is made known between families. The literature allows us to identify both strengths and risks related to BLW that have been considered when designing the intervention promoting the safe practice of this type of diet. In addition, it is intended to facilitate the role of nursing professionals in health centers by providing materials that can be used to train families who decide on this feeding method.

Key words: “Baby-Led Weaning”, “Complementary Feeding”, “Traditional Spoon-Feeding”, “Eating Habits”, “Food Preferences”.

Number of words: 14.209

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	2
3. METODOLOGÍA.....	2
Diseño de búsqueda.....	2
Criterios de inclusión:	4
Criterios de exclusión:.....	4
4. RESULTADOS.....	4
5. DISCUSIÓN.....	5
5.1 Estilos de vida que se adquieren durante la AC.....	5
5.1.1 Lactancia y tiempo de introducción de la AC.....	5
5.1.2 Exposición a distintos tipos de alimentos y repercusión en el futuro.	6
5.1.3 Comportamientos alimentarios: señales de saciedad, control del hambre, disfrute con la comida, preferencias alimentarias y variedad de la dieta.	9
5.1.4 Preferencias alimentarias y variedad de la dieta.	10
5.1.5 Participación y consumo de comidas familiar.....	11
5.2 El papel de los padres en la AC.....	12
5.2.1 Características parentales que influyen en la AC y en los comportamientos alimentarios del niño.....	12
5.2.2 Datos demográficos que influyen en el desarrollo de la AC.	14
5.3 Desarrollo del niño: crecimiento y relación con la AC.	15
5.3.1 Peso: riesgo de obesidad y de infrapeso. Problemas de crecimiento en relación con la AC.....	15
5.3.2 Cantidad de energía y nutrientes ingeridos. Riesgo de déficit de hierro y zinc.	16
5.4 Desarrollo del niño: aspectos psicosociales.....	18
5.4.1 Desarrollo sensorial a partir de distintos sabores y texturas. Desarrollo de las habilidades de masticación.	18
5.4.2 Desarrollo sensorial sin riesgo de atragantamiento.....	19
5.5 El papel de los profesionales de la salud.	21
5.5.1 Fuentes de información sobre la AC.	21
5.6 Metodología de los estudios revisados.....	22
6. CONCLUSIONES.....	23
7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	25
7.1 Introducción y justificación.....	25
7.2 Objetivos.....	27
7.2.1 Área de conocimientos.....	27

7.2.2 Área de actitudes.....	27
7.2.3 Área de habilidades.....	27
7.3 Diseño	28
7.4 Población.....	29
7.5 Materiales y métodos	29
7.6 Desarrollo de puntos de la propuesta	31
7.6.1 Sesión informativa sobre BLW	33
7.6.2 Cuestionario sobre BLW y estilos parentales.....	34
7.6.3 Sesión sobre alimentación con enfoque positivo	35
7.6.4 Sesión para solventar problemas.....	36
7.7 Recursos.....	38
7.8 Evaluación	38
8. AGRADECIMIENTOS	39
9. BIBLIOGRAFÍA.....	39
10.ANEXOS	43
Anexo 1	43
Anexo 2.....	55
Anexo 3	59
Anexo 4	60
Anexo 5	63
Anexo 6	66
Anexo 7	68
Anexo 8	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Objetivo, metodología y contenidos de las sesiones. Fuente: elaboración propia.....	30
Tabla 2. Cronograma de actividades. Fuente: elaboración propia.....	32
Tabla 3. Desarrollo de la intervención. Fuente: elaboración propia.....	37
Tabla 4. Recursos necesarios. Fuente: elaboración propia.	38
Tabla 5. Resultados de la búsqueda bibliográfica. Fuente: elaboración propia.....	43
Tabla 6. Plantilla evaluación del programa. Fuente: elaboración propia.....	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proceso de selección de los trabajos y los límites establecidos en cada base de datos. Fuente: elaboración propia.....	3
Figura 2. Fases de la propuesta de intervención. Fuente: elaboración propia.	32

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Peso para la edad (Niñas). Fuente: OMS	69
Imagen 2. Peso para la edad (Niños). Fuente: OMS	70
Imagen 3. Hitos del desarrollo normal de los 0 a los 12 meses. Fuente: AEPNYA.	70

1. INTRODUCCIÓN

La transición de la lactancia, materna o artificial, a la introducción de los primeros sólidos es un hito importante para los padres¹ y sus hijos (Cichero, 2016). Alrededor de los seis meses la lactancia materna o la leche de fórmula dejan de aportar suficiente energía y nutrientes clave para el crecimiento y desarrollo del bebé. A pesar de que sigue siendo importante continuar con este aporte de leche entre los 6 y 12 meses, es necesaria la introducción de sólidos como complemento (Cichero, 2016). Este hecho se denomina alimentación complementaria (AC), la Asociación Española de Pediatría (AEP) la define como “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 esta” (Gómez Fernández-Vegue, 2018) y es determinante para el estado nutricional del bebé y para el desarrollo de los comportamientos relacionados con la alimentación (Komninou et al., 2019). La AC no solo permite complementar la dieta del lactante, sino que también ofrece una experiencia sensorial única de texturas y sabores (Komninou et al., 2019), y afecta al plano físico, al plano psicosocial y condiciona el estilo de vida del niño en el futuro (Fu et al., 2018; Brown, 2016; Komninou et al., 2019; Brown & Lee, 2015; Taylor et al., 2017).

El método que los padres usan para la introducción de sólidos ha sido especialmente investigado en la segunda mitad de la última década (Komninou et al., 2019). Tradicionalmente, el método que más se ha empleado es la introducción gradual de sólidos desde texturas simples a texturas más complejas, comenzando primero con purés y siendo los padres los que alimentan al niño, y más tarde texturas grumosas y semisólidas (Komninou et al., 2019); esto es lo que se denomina método tradicional. Sin embargo, en los últimos años un método de AC más respetuoso con el desarrollo del niño ha cobrado importancia: el BLW o *Baby-Led Weaning*. Este método excluye la etapa en la que los padres alimentan al bebé mediante purés, y apuesta por que el niño se autoalimente desde los 6 meses (Rowan et al., 2019). De esta manera, los padres deciden qué ofrecer y el niño decide qué va a comer, cuánto y a qué velocidad

¹ En el desarrollo de este trabajo, cuando se habla de padres, hijos, niños o enfermeras se incluye a padres y madres, hijos e hijas, niños y niñas y enfermeros y enfermeras. Se utilizará padres, hijos, niños y enfermeras con el fin de facilitar la narrativa y no de manera discriminatoria.

(Cichero, 2016). Sin embargo, y a pesar de su creciente popularidad entre las familias que comienzan con la AC, la eficacia, la seguridad y los resultados obtenidos con este método no se han investigado lo suficiente (Brown, 2016). Esto hace que los profesionales de la salud todavía no se decanten por aconsejar este método de AC, dada la escasa evidencia científica y, además, no del todo concluyente que existe (Rowan et al., 2019). Por ello, las familias que emplean BLW se ven obligadas a realizar sus propias búsquedas en otras fuentes de información, como por ejemplo internet sobre cómo llevar a cabo esta forma de alimentación (Kominou et al., 2019). Los resultados de las investigaciones emergentes sugieren que el BLW promueve hábitos de alimentación saludables, se asocia con una mejor regulación del hambre-saciedad y hace que los niños sean menos selectivos con lo que comen (Brown, 2016). La literatura existente afirma también que si el BLW no se pone en práctica de manera adecuada pueden aparecer carencias nutricionales, como la falta de hierro, e incrementarse el riesgo de atragantamiento (Erickson et al., 2018). Por ello, parece interesante dar a conocer este método y, sobre todo, enseñar a los padres a ponerlo en práctica manera adecuada desde los Centros de Salud.

2. OBJETIVOS

Este trabajo tiene dos objetivos principales. El primero es revisar la literatura que compara la AC tradicional con el método de *Baby-Led Weaning*, y su repercusión en las preferencias alimentarias y en los hábitos saludables del niño en etapas posteriores de la vida. El segundo es presentar el diseño de una intervención para padres describiendo el método de AC más adecuado en base a la literatura existente hasta el día de hoy y enseñando cómo ponerlo en práctica de manera correcta.

3. METODOLOGÍA

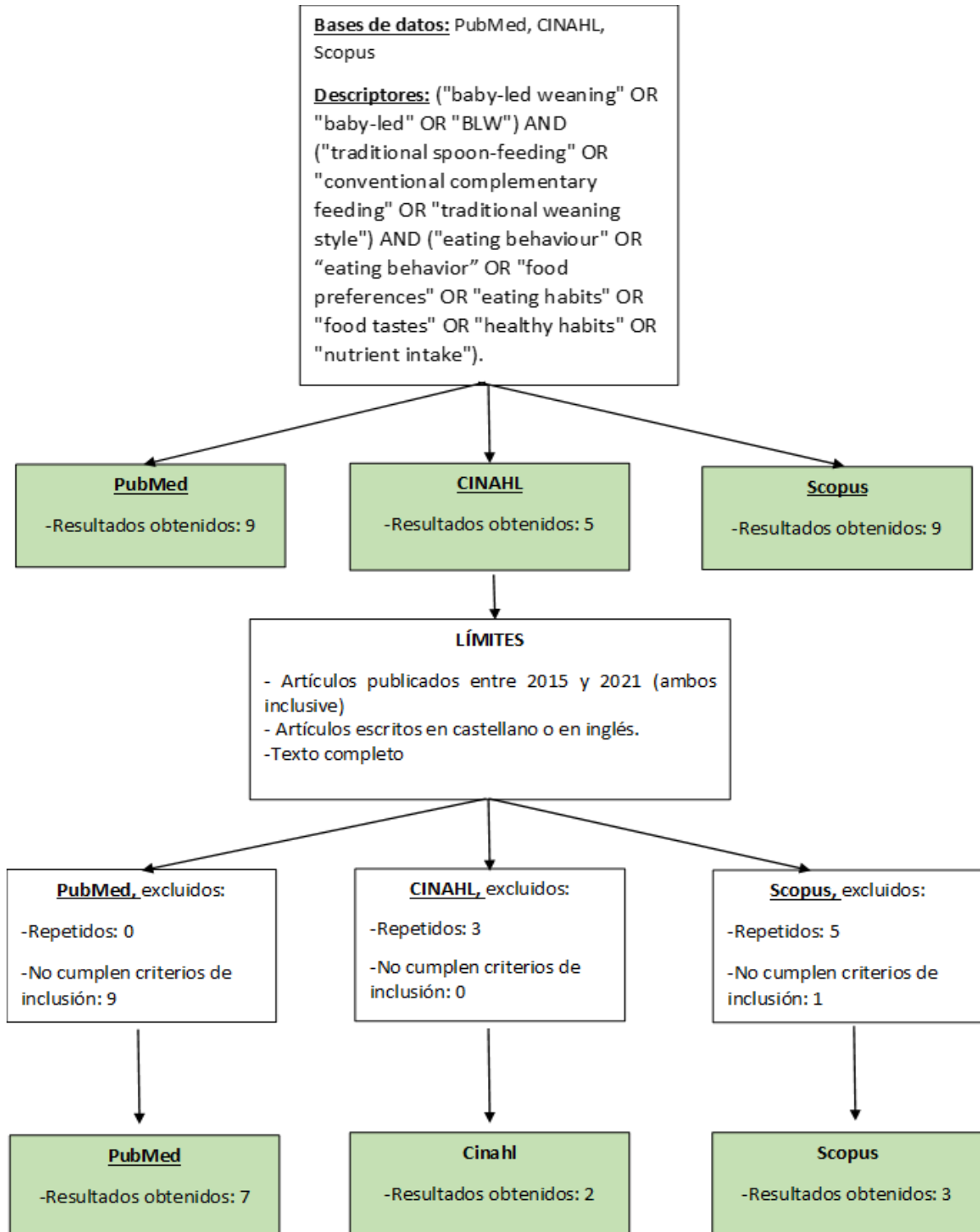
Para responder al primer objetivo mencionado anteriormente, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica, utilizando la metodología que se describe a continuación.

Diseño de búsqueda

Se seleccionaron tres bases de datos, PubMed, CINAHL y Scopus, por su relevancia para el estudio del tema que se plantea en este trabajo. Los términos de búsqueda

utilizados, el proceso de selección de los trabajos y los límites establecidos en cada base de datos se detallan en la figura 1.

Figura 1. Proceso de selección de los trabajos y los límites establecidos en cada base de datos. Fuente: elaboración propia.



Los criterios de inclusión y exclusión se detallan a continuación.

Criterios de inclusión:

- Artículos centrados en comparar la AC tradicional con el *Baby-led weaning*.
- Artículos que aborden el desarrollo de las preferencias alimentarias y los hábitos saludables del niño en función de estos dos métodos de AC.
- Artículos que se centren en el niño sano.

Criterios de exclusión:

- Artículos que no comparen el método de AC tradicional con el *Baby-led weaning*.
- Artículos que no aborden las preferencias alimentarias y hábitos saludables.
- Artículos que incluyan niños con algún tipo de patología o enfermedad.

4. RESULTADOS

Para el desarrollo de esta revisión bibliográfica se han revisado 12 artículos, de los cuales 11 eran estudios de investigación y uno era una mini-revisión bibliográfica. En los trabajos revisados participaron madres con hijos entre 6 y 36 meses que habían iniciado la AC. El acceso a los participantes se realizó utilizando internet, en concreto accediendo a foros parentales o redes sociales, o estableciendo contacto con escuelas infantiles o grupos locales. En tres estudios se reclutó a las participantes en la etapa final del embarazo a través del hospital de referencia en el que se iba a producir el parto. Los participantes variaron entre 1151 madres en el estudio más grande (Brown, 2018) y en el más pequeño 51 niños (Morison et al., 2016). Se incluyeron en los trabajos padres mayores de 16 años de niños sanos de entre 6 y 36 meses que habían comenzado con la AC. Los criterios de exclusión fueron también bastante parecidos en todos los estudios: niños prematuros o con bajo peso al nacer, que tuviesen enfermedad congénita física o intelectual que fuese a afectar su alimentación o su crecimiento y niños que no consumiesen sólidos a los 6 meses. La recogida de datos se realizó a través de cuestionarios, en su mayoría online, o en papel. Por otro lado, varios estudios utilizaron también la recogida de la dieta del niño a través de los padres, también llamado WDR (Weighed Diet Records) (Erickson et al., 2018; Morison et al., 2018; Taylor et al., 2017; Daniels et al., 2018; Morison et al., 2016). Un único estudio realizó recogidas de muestra de sangre de todos los participantes para obtener los niveles de zinc en plasma (Daniels et al., 2018).

Cuatro de los artículos proceden de un gran estudio realizado en Nueva Zelanda denominado BLISS, donde se emplea un BLW modificado y se comprueba su validez nutricional y los comportamientos alimentarios obtenidos a lo largo del tiempo (Daniels et al., 2018; Taylor et al., 2017; Erickson et al., 2018; Morison et al., 2018).

Tras revisar los hallazgos de los estudios seleccionados se han identificado los temas principales abordados en los mismos para elaborar la discusión que se presentan en la siguiente sección.

5. DISCUSIÓN

Los temas identificados están relacionados con los siguientes aspectos: los estilos de vida que el niño adquiere durante la AC, el papel de los padres en la AC, el desarrollo del bebé en el plano físico y en el plano psicosocial y el papel de los profesionales de la salud en este ámbito.

5.1 Estilos de vida que se adquieren durante la AC

5.1.1 Lactancia y tiempo de introducción de la AC.

La transición de la lactancia a los primeros alimentos sólidos es un hito importante en el desarrollo de los niños y para los padres que se encuentran con un cambio en la forma de alimentar a sus hijos (Brown, 2016). La lactancia materna o artificial es la protagonista antes de la introducción de los alimentos sólidos, pero a partir de los 6 meses los aportes nutricionales que provienen de la leche no son suficientes para el crecimiento y el desarrollo del bebé y debe complementarse con la introducción de sólidos o lo que se conoce como AC.

Independientemente del método de AC que se elija, hay que tener en cuenta que, para introducir los sólidos, el bebé debe tener la habilidad de mantenerse sentado, con poca o ninguna ayuda (Cichero, 2016). Además, deben ser capaces de mostrar ciertas señales que indiquen que están preparados para alimentarse mediante sólidos: abrir la boca, llevarse la mano a la boca y alcanzar la comida o los cubiertos mientras los padres comen (Cichero, 2016). Estas señales de desarrollo suceden en torno a los 6 meses y son necesarias para que el bebé se alimente de manera segura, por lo que deben ser consideradas por los padres antes de introducir la AC (Cichero, 2016).

El método empleado para lactar y la duración de este período condicionan después la AC. La evidencia revisada muestra relación entre la elección de la lactancia materna con el hecho de optar por el método BLW por parte de las madres (Rowan et al., 2019). Además, las madres que se deciden por el BLW tienden a alargar la lactancia exclusiva y a retrasar la introducción de los sólidos en comparación con aquellas madres que prefieren el método tradicional (Fu et al., 2018; Brown, 2016; Komninou et al., 2019; Erickson et al., 2018; Brown & Lee, 2015; Morison et al., 2018; Morison et al., 2016; Brown, 2018; Daniels et al., 2018; Taylor et al., 2017). La prolongación de la lactancia materna está relacionada con que los niños sean menos selectivos con la comida y tengan una dieta variada en el futuro, además de promover la sensibilidad a las señales de saciedad (Brown & Lee, 2015). La introducción tardía de sólidos también está asociada con que los niños sean menos remilgados con lo que comen en el futuro (Rowan et al., 2019). El hecho de que sean menos selectivos puede estar relacionado con que la lactancia materna expone al bebé a una variedad de sabores más amplia que la leche de fórmula (Morison et al., 2018). Esto puede traer beneficios para el bebé y para la madre.

La lactancia materna promueve el hábito de no comer sin hambre en la infancia, ya que los bebés tienen la oportunidad de regular el volumen de leche que toman. Además, se relaciona con un menor control de la madre durante la toma, ya que la duración de esta y la cantidad ingerida son dirigidas por el bebé (Brown, 2016). Sin embargo, la alimentación mediante biberón posee mayor riesgo de sobrealimentación, y por lo tanto, de una mayor ganancia de peso (Brown & Lee, 2015). La lactancia materna y el BLW permiten al bebé un mayor control de la alimentación, esto aumenta la sensibilidad a los signos de saciedad, por lo tanto actúan como protectores ante la sobrealimentación en la infancia (Brown & Lee, 2015).

5.1.2 Exposición a distintos tipos de alimentos y repercusión en el futuro.

Una de las principales diferencias entre el BLW y el método tradicional es la exposición a distintos tipos de alimentos. Estas diferencias entre métodos son visibles desde el inicio de la AC, ofreciendo distintos alimentos como primer sólido. En el método BLW se tiende a ofrecer vegetales, fruta, pan o comidas mixtas en forma de

finger foods, y en el método tradicional se suele comenzar por los cereales infantiles (Kominou et al., 2019; Erickson et al., 2018). El método BLW aumenta la exposición a alimentos clave como son los vegetales y las proteínas, a diferencia del método tradicional donde abundan las comidas compuestas por varios alimentos. Además, se emplean muy a menudo los *finger foods* (alimentos que se presentan en forma y tamaño del dedo índice), formando parte del 77% de las comidas en el BLW y del 33% en el método tradicional (Rowan et al., 2019).

Los bebés alimentados mediante BLW, a los 6-7 meses son más propensos en el futuro a consumir proteínas distintas a las de la leche y verduras y menos propensos a consumir cereales infantiles o preparados comerciales (Fu et al., 2018). Por otro lado, al emplear el método tradicional los niños consumen más fruta que verdura (Fu et al., 2018). El BLW permite una mayor exposición a las verduras y al familiarizarse con el sabor y la textura, se aumenta la probabilidad de que se acepte la toma de verduras en el futuro (Rowan et al., 2019). Por otro lado, los niños que emplean el método tradicional son más propensos a consumir preparados comerciales infantiles, cuya composición suele ser pobre en verduras a pesar de que se indique lo contrario en su etiquetado (Rowan et al., 2019). Además, cuando estos preparados llevan verduras, suelen ser variedades dulces como la zanahoria en vez de aquellas menos sabrosas de hoja verde (Rowan et al., 2019). Un consumo excesivo de preparados infantiles se asocia con un elevado aporte de calorías y de azúcares, por encima de lo recomendado para niños de entre 6 y 9 meses, aunque también se ha identificado que algunas comidas infantiles suponen mucho volumen con un aporte de energía insuficiente (Rowan et al., 2019).

Como se ha mencionado anteriormente, el BLW aumenta el consumo de proteínas distintas a la leche. Esto puede deberse también a la forma de presentar los alimentos, ya que en el método BLW hay alimentos ricos en proteína y fáciles de ofrecer como puede ser un trozo de tortilla o de carne como parte de la comida. Sin embargo, en el método tradicional, las primeras comidas suelen estar compuestas de frutas, vegetales y cereales infantiles comerciales, por lo que el aporte proteico puede ser escaso. A pesar de esto, la leche es la principal fuente de proteínas durante el primer año, por lo que no debe ser motivo de preocupación (Rowan et al., 2019).

El estudio de Erickson et al. (2018), afirma que los niños que practican el BLW consumen más “granos”, “carne y derivados”, “leche y lácteos” y “misceláneos” a los 7 meses (Erickson et al., 2018).

A los 9-10 meses el grupo BLW recibe un aporte de leche mayor, y más niños dentro de este grupo son amamantados. Sin embargo, en el grupo que emplea el método tradicional, la mayoría recibe leche materna a la vez que leche de fórmula (Morison et al., 2016). Con 11-12 meses, la principal diferencia entre grupos es el consumo de lácteos: en el grupo tradicional se consume el doble de lácteos que en el grupo BLW. Una de las razones que explica esto es que ciertos lácteos como el yogurt o el queso fresco se comen con cuchara, y muchos padres del grupo BLW deciden no dejar a su hijo comer con cuchara por sí mismo. Esta falta de lácteos puede que no sea mala, ya que el contenido de azúcares en ciertos productos comerciales es alto (Ej.: yogures) y el aporte de leche materna o de fórmula suple las necesidades de calcio a esta edad.

Los snacks salados abundan en el grupo BLW (palitos de pan, patatas fritas, galletas saladas), esto puede ser una desventaja de este método, ya que los padres pueden interpretar *finger foods* como snacks procesados, ricos en carbohidratos, en sal y en azúcares, disponibles en todos los supermercados y dirigidos a niños. Se ha identificado que los bebés alimentados mediante BLW prefieren los carbohidratos en el futuro, este hecho puede deberse al abuso de los snacks procesados en edades tempranas (Rowan et al., 2019).

La mayoría de los estudios mencionados en esta sección identifican diferencias en la exposición a distintos alimentos según el método de AC empleado; sin embargo, también se ha encontrado un estudio en el que se indica que el número de niños que consumen verduras, frutas o preparados infantiles no varía según el método de AC que se emplee (Morison et al., 2016). Tampoco hay discrepancias en la edad a la que se introduce la carne roja ni en la probabilidad de consumirla durante los tres días en los que se recogió la dieta para este estudio (Morison et al., 2016).

5.1.3 Comportamientos alimentarios: señales de saciedad, control del hambre, disfrute con la comida, preferencias alimentarias y variedad de la dieta.

Según la bibliografía consultada, los principales 'outputs' del BLW no son las diferencias en el peso o en el crecimiento, sino los distintos comportamientos ante la alimentación que pueden condicionar el estilo de vida del niño en el futuro. Se ha demostrado que los niños alimentados con BLW al inicio de la AC, mostraban ser menos remilgados o selectivos con la comida que aquellos alimentados con el método tradicional (Fu et al., 2018; Brown, 2016; Komninou et al., 2019; Brown & Lee, 2015; Taylor et al., 2017). Hay varias razones que explican este hecho, una de ellas es que la lactancia materna exclusiva se asocia con una reducción del nivel de selección con la comida tal y como se ha comentado anteriormente, y los niños del grupo BLW son amamantados durante más tiempo que el grupo tradicional.

Por otro lado, se ha visto que una introducción tardía de alimentos con texturas grumosas puede hacer más difícil la alimentación en el futuro, ya que el periodo de desarrollo de las habilidades de masticación se produce entre los 6 y los 9 meses. Además, el hecho de introducir los alimentos enteros, en su forma original, con frecuencia y desde el inicio de la AC, puede resultar beneficioso para el desarrollo de estas habilidades de masticación (Fu et al., 2018).

Por último, ciertas características maternas pueden influir en los comportamientos alimentarios del bebé. Así, las madres con niveles más bajos de ansiedad tienden a ejercer un menor control y a dejar que el niño dirija gran parte de su alimentación, lo que se asocia con que posteriormente sea menos remilgado con la comida (Fu et al., 2018; Brown, 2016; Brown & Lee, 2015). El método BLW se relaciona también con una mayor sensibilidad a las señales de saciedad cuando lo comparamos con el método tradicional. La lactancia materna y el BLW promueven el desarrollo de las señales de saciedad, ya que es el propio bebé el que controla las tomas y la cantidad a ingerir comiendo únicamente con el objetivo de saciarse y no con el de acabar la comida del plato. De este modo, se ha visto que el método BLW desarrolla un patrón de alimentación más receptivo, promueve el control del apetito mediante señales internas (hambre) y no mediante señales externas (comer emocional o como recompensa) (Komninou et al., 2019). Sin embargo, en el método tradicional, los

padres tienden a alimentar al niño sin hambre, enseñando así al bebé a ignorar las señales internas de saciedad (Komninou et al., 2019). Por lo tanto, se puede concluir que la propia filosofía del BLW y las características parentales conforman los comportamientos alimentarios que se observan a largo plazo en el niño (Komninou et al., 2019). Este método permite a los niños aprender la capacidad saciante de los distintos alimentos, ya que normalmente se ofrecen en su forma original (Brown & Lee, 2015). Por otro lado, al emplear purés con distintos ingredientes, los sabores se mezclan y el niño no es capaz de distinguir cada alimento. Se postula que el BLW aumenta la capacidad de aprender sobre el poder saciante de cada alimento, mejorando así la sensibilidad a las señales de saciedad (Komninou et al., 2019; Brown & Lee, 2015).

Los niños alimentados mediante BLW a los que se les ofrecen los alimentos en su forma original tienden a ser menos ansiosos con la comida, y menos propensos a comer sin hambre cuando ven, huelen o saborean algún alimento apetecible. Además, el disfrute con la comida y la actitud positiva ante esta parece ser mayor en este grupo. Ambos comportamientos están relacionados con un menor control parental y una participación más activa del lactante sobre su alimentación. Se podría decir que el BLW ha nacido para proteger al bebé de altos niveles de control parental (Komninou et al., 2019; Brown & Lee, 2015; Taylor et al., 2017).

Al comprobar el efecto a largo plazo, se ha visto que la magnitud de cualquier diferencia en el comportamiento alimenticio del niño en función del método de AC empleado es muy pequeña (Komninou et al., 2019). Esto puede indicar que los comportamientos alimentarios pueden ser fruto de las características y el estilo de alimentación de los padres, más que de las texturas de los alimentos que se le dan al bebé (Komninou et al., 2019).

5.1.4 Preferencias alimentarias y variedad de la dieta.

Se ha demostrado que el método BLW aumenta la variedad de la dieta y la exposición a las distintas texturas. En un estudio se compararon dos grupos de niños, uno que seguía un BLW modificado, y otro grupo control. Los niños que siguieron el BLW como método de AC, a los 7 meses consumían una mayor variedad de alimentos básicos (lácteos, granos y leche), alimentos no básicos (comida precocinada, dulces, bebidas

azucaradas y otras) y carne y otras proteínas, y una mayor variedad de frutas y verduras a los 24 meses (Morison et al., 2018). A los 12 meses este grupo mostraba preferencia por los alimentos ricos en proteína distintos a la carne (huevos, judías, queso) y se les ofrece más a menudo comidas con texturas grumosas. Sin embargo, a los 24 meses ambos grupos prefieren “fruta”, “carne y pescado” y “postres”, y no aparecen diferencias significativas. De este modo, las diferencias en las preferencias alimentarias según el método de AC utilizado parecen ser transitorias (Morison et al., 2018).

Hay varias razones que llevan a pensar que los niños que son alimentados mediante BLW tendrán una dieta más variada. La lactancia materna expone a los bebés a una gran variedad de sabores, cosa que no sucede con la leche de fórmula, y los bebés del grupo BLW son amamantados más frecuentemente y durante más tiempo. Además, la introducción temprana de la AC perjudica el desarrollo de una dieta variada, y los bebés que emplean BLW tienen una introducción de la AC más tardía. Estas dos razones influirán en la composición de la dieta del lactante, pero este estudio ha demostrado que es el método BLW por sí mismo el que mejora la variedad de la dieta (Morison et al., 2018).

5.1.5 Participación y consumo de comidas familiar.

El método BLW está asociado con un incremento de la participación del bebé en las comidas familiares y una mayor exposición a las comidas cocinadas en casa que come el resto de la familia (Cichero, 2016; Komninou et al., 2019; Erickson et al., 2018; Morison et al., 2016; Brown, 2018). A los 12 meses todos los bebés deberían comer la misma comida que el resto de la familia en cantidades más pequeñas, dejando atrás la comida específica de bebé (Rowan et al., 2019; Erickson et al., 2018; Morison et al., 2016). El BLW se adelanta a este acontecimiento y se tiende a ofrecer al niño la misma comida que come su familia desde el comienzo de la AC. Los estudios muestran que los bebés que utilizan BLW son entre 2 y 4 veces más propensos a comer junto a su familia la misma comida que ellos (Erickson et al., 2018). A los 12 meses, el grupo BLW sigue siendo dos veces más propenso que el grupo control. Muchos de los padres que eligen el BLW como método de AC afirman que una de las ventajas es poder comer todos juntos en familia (Erickson et al., 2018).

El hecho de que el bebé comparta mesa con su familia y coma la misma comida se asocia con mejores resultados de salud, mejores resultados en cuanto al peso, menor prevalencia de obesidad, mejora de la calidad de la dieta y del consumo de fruta, verdura y leche (Komninou et al., 2019). Se ha visto que consumir la misma comida que los padres hace que los niños de 2 a 5 años les guste más la verdura y por tanto la coman a menudo. Es cierto que esto puede tener también ciertos prejuicios, sobre todo si la dieta de la familia no es equilibrada, variada y rica en nutrientes, vitaminas y minerales esenciales para el bebé (Erickson et al., 2018). Por lo tanto, es importante que las guías y el consejo sanitario vayan dirigidos a concienciar a la familia de la importancia de que su dieta sea variada y equilibrada (Morison et al., 2016).

Una mayor participación del bebé en las comidas familiares puede traer beneficios también para la propia familia, ya que aumenta la duración de la comida y disminuye la velocidad a la que todos los miembros comen, aumentando así la sensibilidad a las señales de saciedad (Brown & Lee, 2015). Además, se puede llegar a pensar que el bebé tendrá unas preferencias alimentarias más saludables y una alimentación variada, ya que, presuponiendo que la familia va a seguir una dieta equilibrada, el bebé tenderá a imitar el modelo de alimentación familiar (Morison et al., 2018).

5.2 El papel de los padres en la AC

5.2.1 Características parentales que influyen en la AC y en los comportamientos alimentarios del niño.

El papel parental en la AC es fundamental, por ello, un estudio analizó las características maternas (dejando atrás el marco demográfico) que diferían entre las madres que elegían BLW y las que elegían el método tradicional (Brown, 2016). La salud mental de la madre está relacionada con la duración de la lactancia, con el método de AC seleccionado y con el peso del bebé (Brown, 2016). La lactancia materna se asocia a su vez con la personalidad de la madre, su estilo de alimentación y el estilo parental. Partiendo de esta base, está claro que la introducción de los sólidos y el método de AC elegido estarán condicionados por las características maternas. Las madres que eligen BLW tienen más confianza en la introducción de sólidos, menores niveles de ansiedad y de síntomas obsesivo-compulsivos, menor introversión y menos restricciones alimentarias, además, ejercen menos presión para

que el niño coma y se preocupan menos por su peso (Brown, 2016; Cichero, 2016; Komninou et al., 2019; Brown, 2018; Taylor et al., 2017).

El peso y la ansiedad materna parecen tener relación con la temporalidad y el tipo de AC. Los estudios indican que las madres que introducen más tarde los sólidos tienen un peso más bajo antes y después del embarazo, y también tienen hijos que pesan menos (Brown, 2016). La ansiedad materna por la alimentación conduce a una introducción temprana de los sólidos, con el fin de que desaparezcan preocupaciones sobre la alimentación del bebé y la ganancia de peso (Brown, 2016)). Además, las madres que tienden a ser más restrictivas en su alimentación ejercen también más control sobre la alimentación de su hijo, por ello dejan antes la lactancia materna para pasar a introducir los sólidos, donde pueden controlar lo que el niño ingiere. Sin embargo, las madres que escogen el método BLW suelen retrasar la introducción de sólidos hasta los 6 meses, cuando el bebé ha desarrollado las habilidades motoras necesarias para el comienzo de la AC (Brown, 2016).

Los estudios muestran que aquellas madres que tienden a ser restrictivas con su dieta son más propensas a adoptar un enfoque de la AC que permita controlar lo que el niño ingiere, es decir, el método tradicional (Brown, 2016). Las preocupaciones que pueda tener la madre sobre su propio peso hacen que crea que, si ejerce más control sobre la alimentación de su hijo, esta será saludable y la ganancia de peso adecuada. Sin embargo, una mayor restricción en la alimentación de la madre se asocia con sobrealimentación y sobrepeso en el niño (Brown, 2016). Por otro lado, la ansiedad materna se asocia con un destete más controlado y con un estilo parental autoritario. La introversión deriva en una menor confianza en uno mismo y menor autoeficacia, lo que se relaciona con un mayor control sobre el bebé. El método tradicional permite a las madres controlar la ingesta, está aceptado, es seguro y está recomendado por los profesionales de la salud, lo cual otorga más seguridad (Brown, 2016).

Muchos factores del carácter del niño influyen en las decisiones que las madres toman. Por ejemplo, los padres que consideran que sus hijos tienen un temperamento difícil, tienden a introducir la AC y a dejar la lactancia materna antes (Brown, 2016). Además, las madres suelen comunicar que poseen dificultades con la

alimentación de sus hijos y que usan la comida para tratar de calmarlos (Brown, 2016). Esto hace que sea menos usual adoptar un estilo BLW para la AC en estos niños.

La mayoría de los padres que han probado o que siguen el BLW tienen opiniones positivas acerca del método. Este método se caracteriza por que las madres ejercen menor control sobre la velocidad y la cantidad de la ingesta, y otorgan una mayor libertad para el bebé en su alimentación, lo que se relaciona con que los niños sean menos remilgados con la comida (Fu et al., 2018). La presión para que el niño coma puede ser perjudicial en la creación de hábitos alimenticios saludables: disminuye la habilidad de ingerir alimentos en función del apetito, altera la ganancia de peso y el IMC del niño, hace que sean más selectivos con lo que comen y puede desembocar en un peso bajo (Brown & Lee, 2015).

5.2.2 Datos demográficos que influyen en el desarrollo de la AC.

La mayoría de los estudios comparan el perfil demográfico de los participantes según el método seleccionado. En 10 de los 11 estudios seleccionados, participan solo madres, solo en uno de ellos se consigue la participación de los padres (Rowan et al., 2019). Se puede pensar que ese bajo porcentaje de participación masculina se debe a que no se les da la oportunidad de participar en los estudios. Sin embargo, el estudio de Rowan et al. (2019) cuenta con la participación de ambos progenitores y a pesar de esto únicamente accedieron 2 padres y 178 madres. La alta participación de las madres puede estar relacionada con que la figura de cuidadora relacionada con la crianza sigue recayendo con fuerza sobre la mujer. Esto se refleja en los estudios analizados, que a pesar de estar publicados hace pocos años, únicamente cuentan con la opinión materna para evaluar la alimentación del bebé, y cuando se intenta contar con la opinión paterna se obtiene una escasa participación (Rowan et al.; 2019). El papel del padre en la crianza es un asunto digno de reflexión y de estudio que no puede pasar desapercibido al revisar los artículos seleccionados.

Los estudios se han desarrollado en Nueva Zelanda y en Reino Unido, y se ha analizado la etnia, la edad, el nivel de estudios, la paridad y el nivel socioeconómico de las participantes. Las madres tienen un perfil étnico similar, su nivel de estudios y su nivel socioeconómico es superior a la media del país (Fu et al., 2018). Además, las

madres que practican el BLW, tienen un nivel de estudios más elevado, un mayor nivel socioeconómico y un mayor porcentaje posee una ocupación profesional comparado con las madres del grupo tradicional. Es más probable que las madres del grupo BLW no tengan que reincorporarse al trabajo inmediatamente después de dar a luz. La media de edad de las participantes ronda los 30 años y la de los bebés los 8 meses (Brown, 2016; Rowan et al., 2019; Komninou et al., 2019; Erickson et al., 2018; Brown & Lee, 2015; Morison et al., 2018; Daniels et al., 2018; Taylor et al., 2017).

5.3 Desarrollo del niño: crecimiento y relación con la AC.

5.3.1 Peso: riesgo de obesidad y de infrapeso. Problemas de crecimiento en relación con la AC.

Uno de los miedos de la mayoría de los padres acerca del BLW es que su hijo no coma lo suficiente y no gane peso adecuadamente o tenga problemas de crecimiento. Varios estudios hasta la fecha han demostrado que no hay diferencia de peso entre los niños alimentados mediante BLW o método tradicional (Fu et al., 2018).

Varios autores defienden que el BLW disminuye la probabilidad de que el niño sufra obesidad. Concretamente el estudio realizado por Brown and Lee (2013), se hallan los siguientes porcentajes: en el método BLW 86% normopeso, 8% sobrepeso y 5% infrapeso; en el método tradicional 78% normopeso, 19% sobrepeso y 3% infrapeso. Las cifras de sobrepeso son considerablemente mayores en el método tradicional. Los autores argumentan que esto se debe a una combinación entre las características maternas y el método de AC (Cichero, 2016). La salud mental de la madre se relaciona con la obesidad en el niño, como ya se ha comentado en las secciones anteriores las madres que optan por el BLW poseen menos ansiedad y síntomas obsesivo-compulsivos, menor preocupación por el peso y menos restricciones alimentarias, comportamientos que se relacionan con la obesidad en el niño. Además, un estilo parental autoritario está también relacionado con la obesidad, y el BLW opta por todo lo contrario, deja que el control recaiga sobre el niño, disminuyendo también el riesgo de sobrepeso (Brown, 2016)

El modelo de interacción del apetito y el ambiente dice que la ganancia de peso es producto de la interacción entre los rasgos del apetito genéticamente determinados y el ambiente (Brown & Lee, 2015). Es necesario entender la importancia del

ambiente en la que se desarrolle la AC y establecer las características que debe tener para disminuir el riesgo de obesidad. Por ejemplo, niveles altos de control materno sobre la alimentación afectarán a la ganancia de peso y al IMC del niño, las restricciones alimentarias se asocian con la ganancia de peso y la presión para que el niño coma se relaciona con que sea más quisquilloso con la comida, pudiendo desembocar en un peso bajo (Brown & Lee, 2015).

Como ya se ha comentado, la prolongación de la lactancia materna y la introducción tardía de sólidos actúan como protectores contra la obesidad en el niño. La sensibilidad a los estímulos de saciedad disminuye el riesgo de obesidad y sobrepeso, y la lactancia materna promueve la sensibilidad a las señales de saciedad, esto puede ser debido a que el control materno es mínimo durante la toma. Lo mismo ocurre en el BLW, la madre ejerce un menor control en la alimentación del bebé: él decide qué comer, qué cantidad y a qué velocidad. Por lo tanto, el BLW potenciará al máximo la sensibilidad a estas señales de saciedad y será un factor positivo que influirá en la disminución del riesgo de obesidad (Brown & Lee, 2015).

El estudio de Taylor et al. (2017) desmonta todas las teorías nombradas anteriormente. Demuestra que el permitir a los niños un mayor control sobre la alimentación usando el BLW no desemboca en un peso más adecuado. No existen diferencias en el IMC de ambos grupos a los 12 o a los 24 meses, por tanto, el BLW no hace a los niños menos propensos a sufrir sobrepeso. También afirma que no hay evidencia de problemas de crecimiento asociados al BLW, ya que las tasas de crecimiento de este grupo y del tradicional son similares. A pesar de que el BLW no influya en el peso, sí que mejora las actitudes del niño ante la alimentación (Taylor et al., 2017).

5.3.2 Cantidad de energía y nutrientes ingeridos. Riesgo de déficit de hierro y zinc.

La cantidad de energía ingerida en un día es similar en el grupo BLW y en el tradicional, lo que difieren son las fuentes de las que cada grupo obtiene esa energía. Esto es un aspecto que genera preocupación en los padres al decantarse por el método BLW, ya que piensan que sus hijos no están preparados para ingerir la suficiente energía que su organismo necesita. Se ha visto que esta creencia es falsa (Morison et al., 2016).

El hierro es un nutriente necesario para la formación de glóbulos rojos, la inmunidad, el desarrollo cognitivo, la oxigenación y las señales de hambre. El 80% de las reservas del niño se adquieren en el tercer trimestre del embarazo, por lo que tienen hierro suficiente para los primeros 6 meses de vida. A partir de ese momento, las necesidades de hierro ascienden a 11 mg/día, y la leche solo aporta 0.35mg/l, por lo que resulta evidente la necesidad de comenzar con la AC. Se recomienda introducir alimentos ricos en hierro al comienzo de esta etapa: cereales enriquecidos con hierro, carne, pescado o legumbres, seguido de frutas, verduras y lácteos. El método tradicional permitirá que los niños coman cereales enriquecidos con hierro y purés con carne o pescado, alimentos que será más difícil introducir en el BLW porque su textura hace difícil la autoalimentación. Además, los alimentos fáciles de agarrar para el bebé, como son frutas o verduras en forma de *finger foods* contienen menos hierro, lo que nos puede llevar a pensar que no recibirán un aporte de hierro adecuado (Cichero, 2016; Morison et al., 2016). Sin embargo, otros estudios indican que los bebés que emplean el BLW se exponen por igual a alimentos ricos en hierro que los bebés alimentados mediante el método tradicional (Rowan et al., 2019), y que además, son más propensos a comer carne roja a los 6-7 meses, lo que puede suplir el aporte de hierro de los cereales infantiles fortificados que no se emplean habitualmente en el BLW (Fu et al., 2018).

Los alimentos ricos en hierro lo son también en zinc, por lo que este nutriente puede suponer también un problema en el BLW no modificado. La falta de zinc en etapas tempranas de la vida se relaciona con un aumento del riesgo de infección. Los niños que siguen el método BLW ingieren una cantidad de zinc y fitatos muy similar a la del grupo control, y poseen una concentración de zinc en plasma parecida. A pesar de que pocos niños tienen una ingesta inadecuada de zinc a los 7 y a los 12 meses, un alto porcentaje posee una baja concentración en plasma a los 12 meses en ambos grupos. Esto puede explicarse por el consumo de fitatos, que afectan a la biodisponibilidad del zinc impidiendo su absorción. Existe una mayor razón molar fitatos/zinc en el grupo BLW (menor biodisponibilidad de Zn). A pesar de esto, ambos grupos poseen dietas altas en biodisponibilidad, ya que solo ratios por encima de 15 tienen un efecto perjudicial en la biodisponibilidad del zinc, y ambos se encuentran

por debajo. Esta disparidad plantea la necesidad de reexaminar la dieta y el criterio bioquímico para determinar el riesgo de deficiencia de zinc (Daniels et al., 2018).

Varios estudios afirman que los bebés que utilizan el método BLW consumen menos hierro, zinc, calcio, vitamina B12 y vitamina C, aunque no se encuentran diferencias en la ingesta de sodio. Además, poseen una ingesta mayor de grasas totales y saturadas (Erickson et al., 2018; Morison et al., 2016). A pesar de esto, el estudio de Erickson et al. (2018) determina que el método BLW es igual de adecuado desde el punto de vista nutricional que el método tradicional. Lo preocupante de los resultados obtenidos en este estudio es el elevado consumo de sodio entre los niños del grupo BLW, lo que se asocia con la elevación de la presión sanguínea y con una preferencia por los alimentos salados en el futuro. Esto puede ser debido a que en el método BLW se suele comer la misma comida que el resto de la familia, y puede que sean alimentos ricos en sodio. Sin embargo, los niños de este estudio no desarrollan una preferencia por los alimentos salados a los 24 meses. Se detecta también un alto consumo de azúcar según lo recomendado para esa edad, que es mayor en los niños del grupo control a los 7 meses, pero esta tendencia desaparece a los 12 y 24 meses, igualándose el consumo en ambos grupos (Erickson et al., 2018).

5.4 Desarrollo del niño: aspectos psicosociales.

5.4.1 Desarrollo sensorial a partir de distintos sabores y texturas. Desarrollo de las habilidades de masticación.

Entre los 5 y 7 meses hay un periodo ventana en la que el bebé tiene mayor tolerancia a los sabores, como el agrio o el amargo (Ej.: vegetales o cítricos). Esto coincide con el comienzo de la AC y la introducción de estos sabores en este periodo aumentará el consumo de frutas y verduras en el futuro. La exposición temprana y frecuente al sabor amargo de las verduras o al cítrico de algunas frutas aumentará la aceptación de estos sabores cuando el bebé sea más mayor. Sin embargo, en el método tradicional se introducen los primeros sólidos en forma de purés o preparados infantiles con sabores suaves, dejando para más tarde la introducción de comidas mixtas. Esto puede dejar pasar la ventana de aprendizaje de sabores si se continua con esa dieta durante un periodo largo de tiempo (Komninou et al., 2019; Rowan et al., 2019).

De la misma manera que ocurre con los sabores, existe una ventana de aprendizaje para las texturas. La introducción de texturas difíciles alrededor de los 10 meses aumenta la aceptación de alimentos con este tipo de texturas. Por lo tanto, esto hará que los niños sean menos selectivos con la comida en el futuro. Este momento en el que se deben introducir texturas complicadas coincide con el desarrollo de las habilidades de masticación, importantes en la alimentación, y relacionadas con el comienzo del habla (Komninou et al., 2019).

Por otro lado, existe también un periodo crítico para el desarrollo de las habilidades de masticación, de los 6 a los 9 meses. La introducción tardía de comida con grumos o texturas más complicadas puede hacer que el niño sea más difícil de alimentar en el futuro (Fu et al., 2018).

El método tradicional permite el desarrollo de las habilidades de masticación de forma progresiva utilizando los purés como transición, empezando por texturas fáciles y suaves, para pasar a texturas grumosas y más fibrosas. Por otro lado, la erupción de los dientes se produce entre los 6 y 8 meses en la parte frontal, y entre los 12 y 24 meses en la parte trasera. Esto mejorara la habilidad de romper en trozos más pequeños los alimentos con texturas difíciles, lo que nos hace pensar que lo adecuado sería introducir este tipo de comida a partir de los 12 meses, cuando los dientes de la parte trasera comienzan a salir (Cichero, 2016). Sin embargo, se ha visto que los bebés son capaces de masticar y tragar sólidos desde los 6 meses a pesar de no tener dientes, ya que usan la mandíbula para masticar y romper la comida en trozos, y la lengua para llevar el bolo a la parte trasera de la boca y que este pueda ser tragado. De hecho, en las guías del Departamento de Salud de Reino Unido se recomienda ofrecer *finger foods* a partir de los 6 meses (Brown, 2018).

5.4.2 Desarrollo sensorial sin riesgo de atragantamiento

Una de las principales áreas de preocupación en torno al BLW es el riesgo de atragantamiento al pasar de la leche a los *finger foods* sin una etapa de transición a base de purés. Hasta la fecha, varios estudios han determinado que el riesgo de atragantamiento en el BLW no es superior que en el método tradicional (Taylor et al., 2017; Brown, 2018; Fu et al., 2018). Para el comienzo de la AC de una manera segura independientemente del método utilizado, el bebé debe mantenerse sentado con

poca o ninguna ayuda. Además, debe ser capaz de mostrar ciertas señales de hambre como llevarse la mano a la boca o señalar la comida (Cichero, 2016).

Cuando los bebés están aprendiendo a masticar y a tragar sólidos, y todavía no dominan bien esta habilidad, existe un mayor riesgo de que la lengua no tapone la vía aérea al tragar y se produzca un atragantamiento (Cichero, 2016). Además, cuando no pueden masticar un alimento tienden a guardarlo en las mejillas para impregnarlo de saliva y reblandecerlo hasta poder tragarlo entero, lo que puede aumentar también el riesgo de atragantamiento (Cichero, 2016). En cualquier caso, se emplee el método BLW o el método tradicional, los padres deberán ejercer supervisión continua durante las comidas para reducir al máximo el riesgo de atragantamiento, que es alto en niños de hasta 3 años, pero sobre todo en bebés de menos de 12 meses (Cichero, 2016). Además, los niños que ya han sufrido un episodio de atragantamiento tienen más probabilidades de volver a experimentarlo que aquellos que nunca han tenido uno, y es más probable que los padres opten por el método tradicional por miedo a que el niño vuelva a atragantarse con el método BLW. El riesgo de atragantamiento parece estar relacionado también con las características de la madre: mayor ansiedad materna en el momento de la comida, mayor riesgo de atragantamiento (Brown, 2018).

El número de atragantamientos entre los bebés que participan en los estudios es muy pequeño, a pesar de que muchos de ellos siguen el BLW. Esto puede indicar que, a diferencia de la creencia popular, los bebés no se atragantan frecuentemente cuando los sólidos son introducidos en su forma original. Además, la presentación de los alimentos en forma de *finger foods*, tal y como se hace en el BLW, permite el agarre del alimento por parte del bebé y disminuye el riesgo de atragantamiento (Rowan et al., 2019). De hecho, en el estudio de Fu et al. (2018), el 72% de los atragantamientos fueron producidos en el método tradicional. No parece haber diferencias en la cantidad de alimentos consumidos con los que el bebé se puede atragantar entre los grupos BLW y tradicional. Los alimentos más consumidos en el grupo que emplea el método tradicional a pesar de poseer cierto riesgo de asfixia son los biscotes, pequeños trozos de carne, las galletas y granos de maíz. Por otro lado, en el método BLW los *finger foods* más comunes en el atragantamiento son: *sticks* de manzana o

de zanahoria, alimentos resbaladizos como el melón, el plátano o el aguacate, tostadas de pan, alimentos con piel como el boniato o las moras, alimentos pegajosos como la granola y los frutos secos. Estos alimentos no deben ser ingeridos en las primeras etapas de la AC o deben ser presentados en formas que reduzcan el riesgo de atragantamiento (Morison et al., 2016). Por otro lado, el método tradicional se relaciona con una frecuencia más alta de atragantamiento con purés grumosos y *finger foods*, ya que cuanto más se usan los purés y la alimentación con cuchara, mayor es el riesgo de atragantamiento cuando se sale de esas directrices (Brown, 2018). Esto indica la necesidad de educar a los padres en cómo reducir el riesgo de atragantamiento, qué alimentos poseen riesgo de asfixia y cuáles no, cómo presentar los alimentos para que sean seguros... (Morison et al., 2016; Brown, 2018)

Por último, es necesario distinguir entre las arcadas y los atragantamientos. Las arcadas son normales cuando el niño comienza a comer sólidos, hacen que trozos muy grandes de comida no sean tragados y se expulsen fuera de la boca. Esto no quiere decir que el bebé se haya atragantado (Brown, 2018).

5.5 El papel de los profesionales de la salud.

5.5.1 Fuentes de información sobre la AC.

No hay mucha investigación acerca de las fuentes de información de AC que las madres utilizan. En el estudio de Komninou et al. (2019), el 39.3% de los participantes nombraban internet como su primera fuente de información, 22.3% los profesionales de la salud, 14.4% los libros, 12.3% amigos y 8% familia. Además, los padres que emplean el método tradicional prefieren consejos sobre AC de los profesionales de la salud y los que eligen BLW prefieren la búsqueda independiente de información, siendo los libros e internet las fuentes más populares en este grupo (Komninou et al. 2019).

Los profesionales pueden compartir algunas de las creencias que tiene la población general en torno al BLW: aumenta el riesgo de problemas de crecimiento, genera falta de hierro o el atragantamiento entre otros. Esto hace que muchos padres que optan por el BLW no reciban consejo por parte del personal sanitario de cómo seguir este método de manera correcta. Solamente 1 de cada 5 padres que escogen BLW como método de AC recibe consejo sanitario. Esto puede deberse a la falta de

confianza de los profesionales de la salud en el BLW, ya que existe escasa evidencia científica en la que basar el consejo. Es preocupante que la mayoría de los padres tengan que optar por otros recursos como fuente de información: el 11% de los padres recibió consejo de alguien que no era un profesional de la salud (Fu et al., 2018).

Por otro lado, las guías de AC existentes están diseñadas para cubrir las necesidades del método tradicional. Sin embargo, con el creciente protagonismo que está tomando el BLW, deberían ser modificadas para conducir también a los padres que optan por este método, haciendo hincapié en la importancia de que la familia adopte hábitos alimentarios saludables con una variedad de nutrientes amplia, ricos en hierro, zinc y vitamina B12 (Morison et al., 2016).

La literatura muestra que los padres del grupo BLW dependen en gran medida de fuentes de información alternativas, que a veces carecen de precisión y no tienen una base científica sólida. Dada la importancia de las prácticas llevadas a cabo durante la AC, que posteriormente tendrán impacto en los comportamientos alimentarios y en las preferencias y variedad de la dieta, sería necesario que todos los padres recibieran un consejo firme y contrastado respecto a la AC (Komninou et al. 2019).

5.6 Metodología de los estudios revisados

Las limitaciones de los estudios revisados han sido: no todos los padres proporcionan los datos pedidos de una manera correcta, hay un número muy bajo de atragantamientos en los estudios que investigan este suceso y no se puede comparar ambos métodos en una muestra tan pequeña, cada estudio define el BLW de distinta manera, lo que puede llevar a distintos criterios de inclusión dentro de este grupo, las madres se autoseleccionan para participar en el estudio a través de foros y redes sociales, de ahí el alto nivel educativo en comparación con la población general, en algunos estudios se usan también foros específicos de BLW para reclutar a los participantes, lo que puede generar un sesgo. Se necesitan más estudios observacionales, que no requieran de los padres para comunicar los datos ya que estos pueden ser inexactos o depender de su interpretación. Las fortalezas más comunes son: el diseño aleatorizado de los trabajos revisados, la exactitud con la que se le ha pedido a los padres que comunicasen los datos, no especificar método de

alimentación que se quiere estudiar al reclutar participantes con el fin de no coger madres muy interesadas en el BLW que puedan generar un sesgo, de este modo, se representa de una manera más fiel el conjunto de la población del país y se recogen experiencias tanto en torno al BLW como a la AC tradicional.

6. CONCLUSIONES

1. Las madres que optan por el método BLW son más propensas a dar el pecho, a prolongar la lactancia y a introducir los sólidos más tarde. En la lactancia materna el bebé tiene el control de la ingesta, al igual que en el BLW, lo que se relaciona con: más sensibilidad a las señales de saciedad, niños menos remilgados con la comida, dieta más variada en el futuro, menor riesgo de obesidad.
2. Ciertos estudios afirman que el método BLW aumenta la exposición a alimentos clave como los vegetales y las proteínas, lo que favorecerá su consumo en el futuro. En el método tradicional se consumen más cereales infantiles y preparados comerciales. Sin embargo, la evidencia no es concluyente ya que otros estudios dicen que no hay diferencia en la exposición de alimentos según el método de AC seleccionado.
3. Los comportamientos alimentarios desarrollados gracias al BLW son debidos al menor control parental que se ejerce sobre la alimentación del niño más que por las texturas o alimentos ofrecidos, prestando mayor atención a las reacciones de los niños y permitiéndoles participar más activamente en su alimentación. Los niños alimentados mediante BLW son menos remilgados con la comida, más sensibles a las señales de saciedad, menos propensos a comer sin hambre y disfrutan más con la comida. Se podría decir que el BLW da mayor protagonismo al bebé y le protege de niveles altos de control parental.
4. El método BLW por sí mismo aumenta la variedad de la dieta del bebé a los 7, 12 y 24 meses. Sin embargo, las diferencias en las preferencias alimentarias son muy pequeñas y transitorias, ya que se ven a los 7 y 12 meses, pero desaparecen a los 24.
5. El método BLW aumenta la participación del bebé en las comidas familiares y además eleva la exposición a las comidas cocinadas en casa que come el resto de

la familia. Esto se asocia con una mejor tendencia del peso del bebé, menor riesgo de obesidad, mejora de la calidad de la dieta y aumento del consumo de fruta, verdura y lácteos. Debemos educar a los padres para que su dieta, y por tanto la del bebé sea variada y equilibrada, rica en hierro, zinc y vitamina B12, y pobre en sodio y azúcares.

6. El protagonismo de las madres en estos estudios, con ausencia de la participación de los padres requiere emprender acciones que fomenten la participación de los padres en la crianza. Además, las madres que han participado en los estudios poseen un nivel de estudios y un estatus socioeconómico mayor que la media de la población general por lo que habría que explorar que sucede en poblaciones con menos recursos.
7. El BLW no se asocia con problemas de crecimiento. La trayectoria del peso del niño está condicionada por las características parentales, más que por el método de AC. La evidencia no es concluyente con respecto a la ganancia de peso y desarrollo de obesidad al utilizar una forma u otra de alimentación, aunque parece ser que el BLW podría resultar protectora frente a la obesidad.
8. Parece que el BLW genera una baja ingesta de hierro, zinc, vitamina B12 y vitamina C, además de aumentar el consumo de alimentos ricos en sodio. Ambos grupos poseen un consumo elevado de azúcar para su edad. Se hace necesario educar a las familias para corregir estas deficiencias en la dieta.
9. Existe un periodo ventana entre los 6 y los 10 meses en el que aumenta la tolerancia a sabores como el amargo o el agrio (vegetales o cítricos), a texturas complicadas, y en el que se desarrollan las habilidades de masticación. En el BLW se introducen los alimentos en su forma original, aprovechando estos periodos ventana, lo que favorecerá el consumo de sabores y texturas complicadas en el futuro, y mejorará el desarrollo de las habilidades de masticación.
10. El número de atragantamientos que se producen en los estudios es muy pequeño, y no hay diferencias significativas según el método de AC. Ambos grupos consumen alimentos con riesgo de atragantamiento, que no deben ser ingeridos en las primeras etapas del destete o deben ser presentados en formas que

reduzcan el riesgo de atragantamiento. Además, cuanto más se usan los purés y la alimentación con cuchara, mayor es el riesgo de atragantamiento cuando se sale de esas directrices.

11. Los padres que emplean el método tradicional prefieren consejos sobre AC de los profesionales de la salud y los que eligen BLW recurren a la búsqueda independiente de información, ya que solamente 1 de cada 5 padres que escoge este método recibe información de personal sanitario.

7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

7.1 Introducción y justificación

Los trabajos revisados indican que la forma de introducir la AC puede influir tanto positiva como negativamente en la salud infantil y en la adopción de estilos de vida saludables. Aunque el BLW es un método de introducción de AC que se adapta mejor al desarrollo infantil, los estudios muestran que no siempre los beneficios son claros y que los padres necesitan conocer como poder llevarlo a cabo de manera adecuada. La formación puede ser una manera de ayudar a las familias en el comienzo de la AC favoreciendo el desarrollo infantil, evitando tanto atragantamientos (Morison et al., 2016; Brown, 2018) como déficits nutricionales que se pueden generar. Algunas de las carencias nutricionales a la hora de poner en práctica el BLW que describe la literatura son déficits de hierro, zinc, vitamina B12 y vitamina C, además de un alto consumo de sodio y azúcares (Erickson et al., 2018; Morison et al., 2016). Sin embargo, es importante que la formación no se realice centrándose en evitar problemas o carencias, sino que se haga de manera global favoreciendo y acompañando el desarrollo infantil y el papel de los padres en la crianza.

Es importante señalar que los estilos parentales deben tenerse en cuenta al aconsejar a las familias cómo introducir la AC. Existen cuatro estilos parentales (Fuentes et al., 2015; Magaña, 2020) que aplicados al ámbito de la AC podrían describirse de la siguiente manera:

- **Autoritario:** baja aceptación/implicación y alta severidad/imposición. Elevado nivel de exigencia y muy baja sensibilidad, delibera estrategias para dirigir los comportamientos del niño durante la ingesta.

- **Autorizativo o democrático:** alta aceptación/implicación y alta severidad/imposición. Elevado nivel de sensibilidad y exigencia, pone límites pero también tiene en cuenta las señales de hambre y saciedad del niño. Permite que el niño se autoalimente, solo interviene en la creación de un entorno apropiado.
- **Permisivo indulgente:** alta aceptación/implicación y baja severidad/imposición. Elevado nivel de sensibilidad y baja exigencia, no pone límites en la alimentación ni tiene en cuenta la creación de un entorno adecuado. Tiene en cuenta las señales de saciedad y hambre del niño.
- **Permisivo negligente:** baja aceptación/implicación y baja severidad/imposición. Bajo nivel de sensibilidad y exigencia. No establece límites en las ingestas ni presta atención a las señales de saciedad y hambre en el niño (Fuentes et al., 2015; Magaña, 2020)

La sensibilidad permite la autonomía del niño en la alimentación, comprendiendo los mecanismos de hambre y saciedad y teniendo confianza en ellos. Por otro lado, la exigencia se refiere al propio adulto, a la responsabilidad de crear un ambiente adecuado alrededor de las ingestas con el fin de transmitir hábitos de vida saludables al niño. Lo ideal para poner en práctica el BLW serán los padres que tiendan hacia el estilo autorizativo o democrático, ya que se preocuparán de crear un ambiente que cuide el marco afectivo de la alimentación, pero dejará que el bebé autorregule sus ingestas (Magaña, 2020). El método de introducción de la AC de manera tradicional puede resultar más plausible para los padres que desean llevar las riendas de la alimentación del niño reflejando estilos parentales más autoritarios y controladores (Brown, 2016). En estos casos la preocupación de los padres por controlar la cantidad que el niño ingiere y así, asegurar una ganancia de peso adecuada, los lleva a elegir una forma de alimentación concreta donde ellos lleven el control (Brown, 2016; Cichero, 2016; Komninou et al., 2019; Brown, 2018; Taylor et al., 2017).

Identificar los estilos parentales puede ser de gran ayuda para que las enfermeras puedan acompañar a los padres en esta etapa de la crianza. Se plantea así una propuesta basada en la impartición de varias sesiones formativas sobre BLW y alimentación con enfoque positivo, identificando en la primera de ellas el estilo parental de los padres asistentes y así trabajar en función de este.

7.2 Objetivos

Esta propuesta de intervención se va a basar en dos pilares fundamentales que influyen en la AC: el desconocimiento sobre las formas de introducción de la AC y las habilidades parentales para el desarrollo global del niño. El objetivo va a ser doble, por un lado, mostrar el BLW, sus bases y cómo ponerlo en práctica de manera segura, y por otro lado, identificar la manera que tienen los padres de enfocar la crianza para poder introducir así la AC de la manera más adecuada para cada familia, acompañando el desarrollo global del bebé.

En concreto los objetivos se plantean a nivel de conocimientos, actitudes y habilidades que tienen que lograr.

7.2.1 Área de conocimientos.

- Los padres aprenderán la influencia de las formas de introducción de la AC en el posterior desarrollo del niño.
- Los padres conocerán el método de BLW, cuáles son sus bases y principios, y qué beneficios posee.
- Los padres sabrán qué son y cómo identificar las señales de saciedad y de hambre en su hijo.

7.2.2 Área de actitudes.

- Los padres normalizarán el papel de las enfermeras del Centro de Atención Primaria con respecto al acompañamiento de la familia en la introducción de la AC.
- Los padres se sentirán seguros al introducir nuevos alimentos y lo vivirán como una experiencia positiva y llena de beneficios.
- Los padres dejarán que sus hijos guíen su alimentación identificando las señales de saciedad y de hambre, dejando atrás preocupaciones sobre la falta de ganancia de peso, que coma poco o que se manche demasiado.

7.2.3 Área de habilidades.

- Los padres implementan el método BLW adoptando las pautas indicadas en el taller, reduciendo el riesgo de déficits nutricionales y de atragantamiento.

- Los padres se mantendrán al margen cuando su hijo este realizando una ingesta, dejando que el niño se guie por su saciedad.
- Los participantes se apoyarán unos a otros y sabrán informar a otros padres sobre el BLW, sus beneficios y la importancia de consultar a los profesionales de la salud para recibir apoyo a la hora ponerlo en práctica.

7.3 Diseño

La intervención está diseñada para implementarla en los centros de Atención Primaria, y será dirigida por la enfermera de pediatría del centro de salud. Se invitará a participar a padres de niños y niñas de entre 4 y 5 meses que todavía no hayan comenzado la AC, en la revisión de los 4 meses que forma parte del Programa de Salud Infantil. La intervención constará de dos fases la primera fase consistirá en el desarrollo de una sesión sobre el BLW comparándolo con el método tradicional. Finalizará la sesión pidiendo a los participantes que completen un cuestionario en el que se analizará su estilo parental (Gómez et al., 2005) (**Anexo 4**) y recogiendo su preferencia de alimentación eligiendo entre el método tradicional y el BLW. Solo participarán en la siguiente fase aquellos que deseen emplear el método BLW. La valoración del estilo parental de los padres permitirá adaptar el trabajo con los padres en la siguiente fase.

En la segunda fase se realizarán dos sesiones. La primera sesión tiene como objetivo proporcionar las bases de una manera práctica sobre la introducción del BLW en la que se pondrá énfasis en el cuidado del marco afectivo de la AC, para así fomentar la autorregulación del hambre-saciedad y favorecer el desarrollo de las habilidades del niño (Gómez Fernández-Vegue, 2018). Esta fase terminará con una segunda sesión para que los padres puedan compartir buenas prácticas y solventar las dudas e inquietudes que les hayan podido surgir al poner en práctica el BLW. Además, al final de esta sesión, se propondrá la creación de un grupo de WhatsApp formado por la enfermera de pediatría y los padres y madres participantes, donde se seguirán compartiendo logros, descubrimientos y dificultades, y que permitirá el apoyo entre pares.

Tras la segunda fase se realizará una evaluación post-intervención que ayudará a evaluar el logro de objetivos mencionados anteriormente. Para valorar la efectividad a largo plazo se recogerán datos relacionados con la trayectoria del peso y del desarrollo psicomotor de los bebés hasta cumplir el año de edad, y la satisfacción de los padres participantes con el BLW y con el programa. La evaluación se desarrolla con más detalle en la sección 7.8.

7.4 Población

Esta intervención está dirigida a padres con hijos entre 4 y 5 meses que aún no hayan comenzado la AC. Se van a incluir únicamente niños sanos, que no posean patologías que impidan la introducción de la AC, ya que, aquellos que las posean, necesitarán intervenciones más específicas centradas en trabajar en base a su afección.

7.5 Materiales y métodos

Los contenidos y materiales de esta propuesta se han diseñado en base a lo que dice la evidencia científica existente hasta el día de hoy, y centrando el interés en el bienestar infantil.

Como se ha mencionado anteriormente, y dada la importancia de las características parentales en el desarrollo de la AC, en la primera fase de la intervención se evaluará el estilo parental de los participantes con un cuestionario validado sobre estilos educativos (Gómez et al., 2005) (**Anexo 4**). De esta manera, la segunda sesión se desarrollará en función en los resultados obtenidos en el cuestionario, y se proporcionarán pautas que tiendan hacia un estilo democrático e intentando que todos, independientemente de su estilo parental, puedan entender la importancia de seguir estas pautas para el correcto desarrollo psicosocial de su hijo.

El nivel de intervención será el familiar en todas las actividades que se van a realizar. La metodología que se va a emplear consta de entrega de información escrita, realización de tres sesiones presenciales, visualización de videos y actividades prácticas con los padres y los bebés. Se van a utilizar estrategias de tipología unidireccional (Folleto informativo (**anexo 8**), presentación Power Point, (**anexo 2 y 6**) cuestionario (**anexo 3 y 4**), información sobre estilos parentales (**anexo 5**), videos (Baby-led weaning: Cómo empezar. BabyCenter, 2016; Signos de que tu bebé está listo para "baby-led weaning". BabyCenter, 2016; ¿Es normal que

mi bebé se atragante? BabyCenter, 2016; Baby-led weaning: 10 alimentos ideales. BabyCenter, 2016) y bidireccional (talleres grupales con los padres). Respecto a los contenidos, se van a basar en lo siguiente:

1. Proporcionar información sobre el BLW: qué es y cómo ponerlo en práctica.
2. Importancia de incluir alimentos altos en hierro, zinc y vitamina B12, además de reducir el consumo de sodio y azúcares.
3. Importancia de evitar ciertos alimentos y formas de presentarlos en las primeras fases de destete con el fin de reducir el riesgo de atragantamiento.
4. Alimentación activa o cómo ofrecer la AC con un enfoque positivo.
5. Estrategias parentales para afrontar el método con seguridad y tranquilidad.
6. Aclaración de dudas y refuerzo de la autoeficacia parental.

Tabla 1. Objetivo, metodología y contenidos de las sesiones. Fuente: elaboración propia.

OBJETIVO	METODOLOGÍA	CONTENIDOS
<i>Dar a conocer el método BLW y educar a los padres en cómo ponerlo en práctica de manera segura.</i>	Primera sesión: teórica participativa grupal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar información sobre el BLW: qué es y cómo ponerlo en práctica. 2. Importancia de incluir alimentos altos en hierro, zinc y vitamina B12, además de reducir el consumo de sodio y azúcares. 3. Importancia de evitar ciertos alimentos y formas de presentarlos en las primeras fases de destete con el fin de reducir el riesgo de atragantamiento.

<p><i>Dar herramientas y estrategias para llevar a cabo la AC mediante el BLW desde un enfoque positivo.</i></p>	<p>Segunda sesión: teórico-práctica participativa grupal.</p>	<p>4. Alimentación activa o cómo ofrecer la AC con un enfoque positivo.</p> <p>5. Estrategias parentales para afrontar el método con seguridad y tranquilidad.</p>
<p><i>Compartir las buenas prácticas y las dificultades que los padres han encontrado tras un mes poniendo en práctica el BLW, e intentar dar solución a estas últimas.</i></p>	<p>Tercera sesión: participativa grupal.</p>	<p>6. Aclaración de dudas y refuerzo de la autoeficacia parental.</p>

7.6 Desarrollo de puntos de la propuesta

El desarrollo de la propuesta se va a dividir en dos fases en función de los contenidos que se trabajan en cada una de ellas. La Figura 2 describe gráficamente lo incluye cada fase.

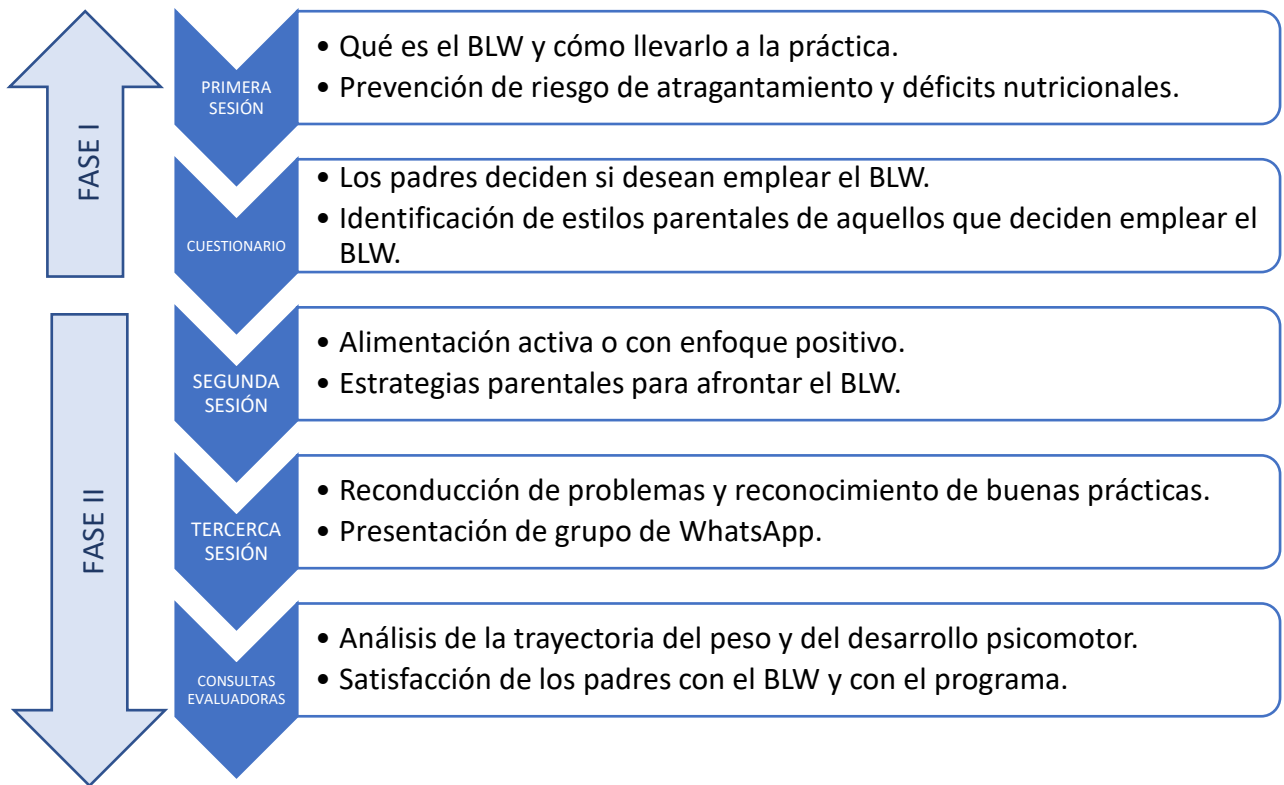


Figura 2. Fases de la propuesta de intervención. Fuente: elaboración propia.

A continuación, en la Tabla 2, se presenta el cronograma que se va a seguir para llevar a cabo la intervención.

Tabla 2. Cronograma de actividades. Fuente: elaboración propia.

FASE	ACTIVIDADES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
FASE I	Primera sesión								
	Cuestionario y análisis de resultados								
FASE II	Segunda sesión								
	Tercera sesión								
	Consultas evaluadoras								

La información detallada de cada uno de los puntos de la propuesta se va a presentar en esta sección.

7.6.1 Sesión informativa sobre BLW

Se va a comenzar tratando el tema de la AC en general para pasar después a hablar sobre rasgos generales del BLW y cómo ponerlo en práctica con seguridad. Se acabará la sesión rellenando un cuestionario sobre BLW y otro sobre estilos parentales. Tendrá una duración de 1.5 horas y será dirigida por la enfermera de pediatría del centro de salud. La programación de esta sesión será la siguiente:

- Acogida: se dará la bienvenida a los padres y madres que asistan.
- Presentación: la enfermera de pediatría y cada uno de los asistentes se presentarán ante los demás. Por otro lado, la enfermera presentará los contenidos de la sesión.
- Desarrollo: se preguntará a los padres qué esperan de la AC, de uno en uno irán contestando y se comentarán las respuestas. Posteriormente, se realizará una exposición informativa utilizando un Power Point (**Anexo 2**) explicativo sobre qué es la AC y qué hitos debe conseguir su bebé antes de comenzarla, además de explicar a los padres la importancia de esta etapa en el desarrollo de su hijo. En la presentación se incluirá la descripción de los alimentos que pueden ser adecuados para comenzar la alimentación y cuáles se deberían evitar. Más tarde se tratará el tema del BLW, explicando cuáles son sus principios y bases. Se expondrá este tema con el apoyo de dos videos, uno donde se plasma qué es el BLW y cómo ponerlo en práctica de manera adecuada (*Baby-led weaning: Cómo empezar. BabyCenter, 2016*) y otro donde se enseñan los signos que muestran que el bebé está listo para comenzar con el BLW (*Signos de que tu bebé está listo para "baby-led weaning". BabyCenter, 2016*). Continuando con la presentación Power Point, se recalcarán aspectos importantes y se expondrán los beneficios y los perjuicios del BLW hallados en la evidencia. Se hablará también del atragantamiento, se explicará la diferencia entre las arcadas y el propio atragantamiento utilizando un video (*¿Es normal que mi bebé se atragante? BabyCenter, 2016*). Se comentará probabilidad tan baja que hay de que se produzca y la escasa relación que existe entre el método de AC elegido y el riesgo de atragantamiento. Además, los padres aprenderán la manera correcta de presentar los alimentos para reducir este riesgo (*Baby-led weaning: 10 alimentos*

ideales. BabyCenter, 2016). Se enseñará que alimentos deben incluir en la dieta del niño para suplir los déficits nutricionales que se pueden generar con el BLW y se insistirá en que el consumo de azúcares y sal debe ser muy reducido o nulo, ya que puede ser perjudicial para la salud del bebé.

- Despedida: se resumirá lo comentado en la sesión y se dejarán unos minutos para que los padres pregunten sus dudas. Más tarde, se hablará de los temas a tratar en la siguiente sesión: el enfoque positivo de la AC y habilidades parentales para superarla. Por otro lado, se pedirá a los participantes que completen un cuestionario para conocer su deseo de emplear el método BLW o no, y para valorar su satisfacción con la sesión impartida (**Anexo 3**). Además, los que decidan emplearlo, rellenarán otro cuestionario sobre estilos parentales (**Anexo 4**). De esta manera, se sabrá el enfoque de la crianza que poseen los participantes de la segunda sesión. Por último, se agradecerá la participación.

7.6.2 Cuestionario sobre BLW y estilos parentales.

Mediante esta herramienta se quieren conseguir dos objetivos: averiguar cuántos padres y madres van a decantarse por el método BLW y, por tanto, saber cuántos acudirán a la siguiente sesión; y los padres que elijan emplear el BLW responderán otro cuestionario sobre la crianza con el fin de averiguar con qué estilos parentales se va a contar y poder dirigir la sesión haciendo hincapié en unos puntos o en otros. Esto se realiza debido a la importancia de las actitudes parentales en la AC y su influencia en el desarrollo infantil.

Para recabar esta información se usará un cuestionario de elaboración propia (**Anexo 3**) haciendo referencia al deseo de emplear BLW o no y a la satisfacción con la sesión informativa impartida, y otro cuestionario validado sobre estilos educativos (Gómez et al., 2005) (**Anexo 4**). Al no haber encontrado un cuestionario validado sobre estilos parentales específico para niños de entre 6 y 12 meses, se utilizará uno de parentalidad general. Las preguntas que vayan dirigidas a padres con hijos más mayores se contestarán pensando en las actitudes que los padres consideran que tendrán en el futuro cuando se den esas situaciones. Parece necesario para futuras investigaciones el diseñar y validar un cuestionario de estilos parentales dirigido a lactantes. Junto con el cuestionario, se adjuntará información acerca de los estilos

parentales (*¿Qué son los estilos educativos?*, Orientados. Consejería de cultura, educación y deporte, Comunidad Valenciana) (**Anexo 5**) y se explicará la importancia que esto tiene en la AC.

Se invitará a la siguiente sesión únicamente a aquellos que pretendan continuar con el BLW, de esta manera, analizaremos los estilos parentales que poseen los participantes, y enfocaremos la sesión según los resultados.

7.6.3 Sesión sobre alimentación con enfoque positivo

Esta sesión se va a centrar en el marco afectivo de la alimentación, ya que, según la AEP, es una parte fundamental que interferirá en los hábitos alimenticios del niño. Esto, se hará desde el enfoque del BLW, relacionando la propia filosofía del método con estrategias de alimentación activa. Se tendrá en cuenta el estilo parental de los padres asistentes a la hora de recalcar puntos importantes. Al igual que la sesión anterior, la llevará a cabo la enfermera de pediatría del centro de salud y la duración será de 1.5h.

- Acogida: se dará la bienvenida a los padres y madres que asistan.
- Presentación: la enfermera de pediatría y cada uno de los asistentes se presentarán ante los demás. Por otro lado, la enfermera presentará los contenidos de la sesión.
- Desarrollo: se comenzará comentando qué es la alimentación perceptiva o alimentación con enfoque positivo utilizando un Power Point (**Anexo 6**) con información extraída de la AEP (*Recomendaciones de la AEP sobre alimentación complementaria*. Asociación Española de Pediatría, 2018). Se explicará punto por punto las pautas que se dan desde la AEP para crear un ambiente respetuoso con el desarrollo de las habilidades de la alimentación del niño. Todo esto se relacionará con el BLW, ya que la alimentación perceptiva va muy ligada con la filosofía del BLW. Se explicará la importancia de la actitud de los padres en torno a las ingestas y su influencia en la adquisición de un estilo de alimentación saludable en el bebé. Se terminará con un taller práctico, en la que se les va a enseñar cómo cortar y presentar los alimentos, y se les permitirá probar las técnicas a ellos mismos e incluso probar a ofrecer alimentos a sus bebés si lo

desean. Se terminará animando a los padres que comiencen ese mismo día con el BLW, y que se resolverá cualquier duda que les surja si acuden o llaman al centro de salud. Además, se recordará que, pasado un mes, se va a desarrollar la última sesión, en la que los padres compartirán sus experiencias.

- Despedida: Se repartirá un folleto (**Anexo 7**) sintetizando la información aportada en las dos sesiones. Se despedirá a los participantes y se agradecerá la participación.

7.6.4 Sesión para solventar problemas

Esta será una sesión sin estructurar, donde los padres pondrán en común sus experiencias sobre BLW y compartirán las dudas que les hayan ido surgiendo al poner en práctica el BLW. Se animará a que sean los propios participantes los que ofrezcan soluciones y alternativas al problema expuesto, con la enfermera interviniendo para reconducir o apoyar cuando sea necesario. Esta sesión tendrá una duración aproximada de 1.5 horas, y se invitará a todos los padres a acudir a pesar de no tener dudas ni preguntas, ya que puede resultar enriquecedor.

- Acogida: se recibirá a los asistentes y se les agradecerá la asistencia.
- Presentación: la profesional de enfermería se volverá a presentar y también lo harán los padres.
- Desarrollo: de uno en uno, los padres exponen buenas prácticas, dudas o inquietudes que les hayan surgido en el último mes donde han estado probando el BLW. El resto de los participantes intentarán proponer soluciones y dar su opinión acerca de cómo resolver el problema. Posteriormente, la enfermera como profesional de la salud hará también su aportación. Se invitará a entrar a un grupo de WhatsApp en el que estarán la enfermera que ha impartido la sesión y los participantes que se quieran unir, y servirá para seguir solventando las dudas que puedan surgir en el proceso de alimentación y compartir trucos que vayan descubriendo.
- Despedida: se les agradecerá la asistencia, se les insistirá en que acudan al centro de salud a consultar cualquier duda y se les animará a continuar con el BLW si así lo desean. Además, se les informará de que en la próxima revisión que tengan

con sus bebés y la enfermera, se les harán una serie de preguntas para así comprobar cuántos padres siguen con el BLW y cómo de satisfechos están con este método, evaluando así la efectividad del programa.

A continuación se presenta una tabla con los detalles de técnica, tiempo y recursos que precisa cada parte de la intervención.

Tabla 3. Desarrollo de la intervención. Fuente: elaboración propia.

PARTES DE LA INTERVENCIÓN	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
Primera sesión presencial		1h30'	Ordenador,
informativa:		5'	proyector,
-Acogida/presentación	Técnica de relaciones/ expositiva		Power Point,
-Lluvia de ideas AC.	Técnica de investigación	5'	vídeos,
-Power Point sobre AC + necesidades nutricionales (Anexo 2)	Técnica expositiva	25'	cuestionarios,
-Lluvia de ideas BLW.	Técnica de investigación	5'	bolígrafos,
-Vídeo + Power Point bases del BLW (Anexo 2)	Técnica expositiva	25'	mesas, sillas.
-Vídeo sobre riesgo de atragantamiento.	Técnica expositiva	5'	
-Cuestionario (Anexo 3 y 4)	Técnica de investigación	15'	
-Dudas y preguntas/ despedida.	Técnica de relación	5'	
Segunda sesión presencial:		1h30'	Ordenador,
-Acogida/presentación	Técnica de relaciones/ expositiva	5'	proyector,
-Power Point sobre alimentación con enfoque positivo (Anexo 6)	Técnica expositiva	25'	Power Point,
-Taller práctico.	Técnica para el desarrollo de habilidades	30'	vídeos,
-Comentar y repartir folleto explicativo (Anexo 7)	Técnica expositiva	25'	alimentos,
-Dudas y preguntas/ despedida.	Técnica de relación	5'	cuchillos,
			platos, sillas
			mesas,
			folleto.

Sesión presencial de reconducción y de resolución de dudas:		1h15' (aprox.)	
-Acogida/ presentación.	Técnica de relación/expositiva	5'	
-Exposición de buenas prácticas y dudas/ escucha y resolución por parte de los demás padres y la enfermera	Técnica de investigación/expositiva	50'	Sillas, mesas.
-Presentación e invitación al grupo de WhatsApp	Técnica de relación	15'	
-Despedida/agradecimientos	Técnica de relación	5'	

7.7 Recursos

Los recursos que se van a utilizar para llevar a cabo el programa serán materiales, humanos y técnicos.

Tabla 4. Recursos necesarios. Fuente: elaboración propia.

RECURSOS HUMANOS	Enfermera de pediatría del centro de salud, padres o madres participantes, bebés (opcional).
RECURSOS MATERIALES	Folleto informativo (Anexo 7), cuestionario (Anexo 3 y 4), bolígrafos, sillas, mesas, alimentos (plátano, zanahoria, brócoli), cuchillos, platos.
RECURSOS TÉCNICOS	Ordenador, proyector, pantalla para proyectar.

7.8 Evaluación

La evaluación será post-intervención, se hará en las siguientes revisiones del niño sano que los padres tengan con la enfermera de pediatría de los 7 a los 12 meses. Se evaluarán tres ítems: primero que el peso se encuentre dentro de un rango adecuado, segundo, que el desarrollo psicomotor sea correcto para la edad, y por último, se comentará con los padres si siguen con el BLW y cuánto de satisfechos están en una escala del 1 al 10. Para ello, se diseñará una plantilla (**Anexo 8**) con la

medición de estos tres aspectos, de tal manera que todos los participantes sean evaluados de la misma forma. Se tendrá en cuenta también el cuestionario (**Anexo 3**) que los padres completaron al final de la primera sesión, donde se evaluó la satisfacción con esa primera fase de la intervención.

8. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, y como no podía ser de otra manera, quiero agradecer a Dra. López de Dicastillo, la directora de este TFG, su dedicación y colaboración para que este trabajo salga adelante, y su disponibilidad siempre que la he necesitado.

Por otro lado, me gustaría dar las gracias a todo el profesorado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra por darme todas las herramientas y conocimientos necesarios para llevar a cabo este trabajo.

Por último, agradecer a mi familia y amigos el apoyo prestado durante la realización de este proyecto, han sido una parte fundamental en el recorrido de este largo camino.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Brown, A., & Lee, M. D. (2015). Early influences on child satiety-responsiveness: The role of weaning style. *Pediatric Obesity*, 10(1), 57–66. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>
2. Brown, Amy. (2016). Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Maternal and Child Nutrition*, 12(4), 826–837. <https://doi.org/10.1111/mcn.12172>
3. Erickson, L. W., Taylor, R. W., Haszard, J. J., Fleming, E. A., Daniels, L., Morison, B. J., Leong, C., Fangupo, L. J., Wheeler, B. J., Taylor, B. J., Morenga, L. Te, McLean, R. M., & Heath, A. L. M. (2018). Impact of a modified version of *Baby-Led Weaning* on infant food and nutrient intakes: The BLISS randomized controlled trial. *Nutrients*, 10(6). <https://doi.org/10.3390/nu10060740>
4. Komninou, S., Halford, J. C. G., & Harrold, J. A. (2019). Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behaviour across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size. *Appetite*, 137, 198–206. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.001>

5. Morison, B. J., Heath, A. L. M., Haszard, J. J., Hein, K., Fleming, E. A., Daniels, L., Erickson, E. W., Fangupo, L. J., Wheeler, B. J., Taylor, B. J., & Taylor, R. W. (2018). Impact of a modified version of *Baby-Led Weaning* on dietary variety and food preferences in infants. *Nutrients*, 10(8). <https://doi.org/10.3390/nu10081092>
6. Morison, B. J., Taylor, R. W., Haszard, J. J., Schramm, C. J., Erickson, L. W., Fangupo, L. J., Fleming, E. A., Luciano, A., & Heath, A. L. M. (2016). How different are *Baby-Led Weaning* and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open*, 6(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010665>
7. Rowan, H., Lee, M., & Brown, A. (2019). Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 32(1), 11–20. <https://doi.org/10.1111/jhn.12616>
8. Cichero, J. A. Y. (2016). 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. *Nutrition Bulletin*, 41(1), 72–77. <https://doi.org/10.1111/nbu.12191>
9. Fu, X. X., Conlon, C. A., Haszard, J. J., Beck, K. L., von Hurst, P. R., Taylor, R. W., & Heath, A. L. M. (2018). Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite*, 130, 110–116. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.07.033>
10. Brown, A. (2018). 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*, 31(4), 496–504. <https://doi.org/10.1111/jhn.12528>
11. Daniels, L., Taylor, R. W., Williams, S. M., Gibson, R. S., Samman, S., Wheeler, B. J., Taylor, B. J., Fleming, E. A., Hartley, N. K., & Heath, A. L. M. (2018). 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*, 118(6), 1006-1016.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.02.005>
12. Taylor, R. W., Williams, S. M., Fangupo, L. J., Wheeler, B. J., Taylor, B. J., Daniels, L., Fleming, E. A., McArthur, J., Morison, B., Erickson, L. W., Davies, R. S., Bacchus, S., Cameron, S. L., & Heath, A. L. M. (2017). Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 171(9), 838–846. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1284>
 13. Gómez, I., Hernández, M., Martín, M. J., & Gutiérrez, C. (2005). Cuestionario Funcional de Estilos Educativos de Padres (FEED). *Los Problemas En La Infancia y El Papel de Los Estilos Educativos de Los Padres*, 2005, 1–5.
 14. Fuentes, M. C., García, F., Gracia, E., & Alarcón, A. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Revista de Psicología*, 20(1), 2254–4372. <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.10876>
 15. Gómez Fernández-Vegue, M., Asociación Española de Pediatría. (2018). Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria [Libro electrónico]. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
 16. Magaña, T. (2020). La autonomía y el ambiente a la hora de comer, claves para prevenir la obesidad infantil. *Escuela Bitácoras*. <https://escuela.bitacoras.com/2020/05/13/la-autonomia-y-el-ambiente-a-la-hora-de-comer-claves-para-prevenir-la-obesidad-infantil/>
 17. BabyCenter (2016). Baby-led weaning: Cómo empezar [Video]. <https://espanol.babycenter.com/v25015203/baby-led-weaning-c%C3%B3mo-empezar-video>
 18. BabyCenter (2016). Signos de que tu bebé está listo para "*Baby-Led Weaning*" [Video]. <https://espanol.babycenter.com/v25015203/baby-led-weaning-c%C3%B3mo-empezar-video>

19. BabyCenter (2016). Baby-led weaning: 10 alimentos ideales [Video].
<https://espanol.babycenter.com/v25015199/baby-led-weaning-10-alimentos-ideales-video>
20. BabyCenter (2016). ¿Es normal que mi bebé se atragante? [Video].
<https://espanol.babycenter.com/v25015201/es-normal-que-mi-beb%C3%A9-se-atragante-video>
21. Gobierno de Navarra. Metodología en educación para la salud individual y grupal.
<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/0B4DA52B-F565-452C-A61F-256C6078766E/193904/MetodologiaEducacionindygrupal.pdf>
22. Orientados. Consejería de Cultura, Educación y Deporte. (Comunidad Valenciana). Cuestionario de estilos educativos.
http://ceice.gva.es/orientados/familia/descargas/Dscargar_cuestionario%20estilos%20educativos.pdf

10. ANEXOS

Anexo 1

Tabla 5. Resultados de la búsqueda bibliográfica. Fuente: elaboración propia.

Autor, artículo y año de publicación.	Objetivo	Participantes	Metodología del estudio	Resultados
<p>Fu, X. X., Conlon, C. A., Haszard, J. J., Beck, K. L., von Hurst, P. R., Taylor, R. W., & Heath, A. L. M. (2018). Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. <i>Appetite</i>, 130, 110–116. https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.07.033</p>	<p>Comparar el peso, el riesgo de atragantamiento, si un bebé es más o menos selectivo con lo que come y las características de la alimentación de los bebés que utilizan el método BLW o el método tradicional.</p>	<p>876 madres o padres con hijos de entre 6 y 36 meses residentes en Nueva Zelanda. 3 grupos de participantes: los que utilizan el método tradicional, lo que utilizan el método BLW y lo que utilizan el método del BLW parcial.</p>	<p>Encuesta mediante cuestionario online a través de Survey Monkey, consta de varios ítems sobre “Cómo son alimentados sus bebés en el primer año de vida”. Cuestionario validado. (Cronbach's Alpha: 0.91)</p>	<p>Bebés que usan el método BLW son: - menos selectivos con la comida - alimentados con lactancia materna exclusiva durante más tiempo - más propensos a haber consumido carne roja a los 6-7 meses - menos propensos a haber consumido cereales infantiles fortificados con hierro a los 6-7 meses - consumen más verdura que fruta. Número muy bajo de atragantamientos graves. 72% seguía el método tradicional.</p>

<p>Cichero, J. A. Y. (2016). 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. <i>Nutrition Bulletin</i>, 41(1), 72–77. https://doi.org/10.1111/nbu.12191</p>	<p>Realizar un análisis de las diferencias entre el método del BLW y el tradicional basado en triturados en cuanto al desarrollo de las habilidades necesarias para la alimentación con sólidos y la ingesta adecuada de nutrientes.</p>		<p>Revisión bibliográfica (<i>mini-review</i>). Se revisan 18 artículos sobre el desarrollo de las habilidades necesarias para la alimentación, la ingesta de nutrientes y el riesgo de atragantamiento en función del método de AC utilizado (BLW o TSF)</p>	<p>El método tradicional permite el desarrollo de las habilidades de masticación de forma progresiva y un adecuado aporte de hierro. La introducción precoz de sólidos antes del correcto desarrollo de estas habilidades aumenta el riesgo de atragantamiento y disminuye la cantidad y la variedad de nutrientes ingeridos. Con el BLW: participación en las comidas familiares y contacto con la comida de casa, además se reduce la ansiedad de las madres por la alimentación. En ambos métodos es necesaria la supervisión a la hora de comer para reducir el riesgo de atragantamiento.</p>
---	--	--	---	--

<p>Brown, A. (2016). Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. <i>Maternal and Child Nutrition</i>, 12(4), 826–837. https://doi.org/10.1111/mcn.12172</p>	<p>Explorar las diferencias entre las características de las madres que optan por el BLW y las que eligen el método tradicional.</p>	<p>604 madres con hijos entre 6 y 12 meses. Encontradas a través de grupos locales de madres e hijos, centros de cuidado infantil, foros parentales de Gales, Reino Unido. Además, se colocaron posters en la ciudad pidiendo la participación de los ciudadanos.</p>	<p>Cuestionario sobre: -Datos demográficos de las madres -Antecedentes del bebé -Método de AC elegido. -Peso de la madre y altura. - The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). - Ten Item Personality Questionnaire (TIPQ) - Brief Symptom Inventory (BSI)</p> <p>Cronbach's Alpha 0.73 to 0.91 (TIPM), 0.75 to 0.92 (DEBQ) and 0.68 to 0.90 (BSI).</p>	<p>Madres que optan por el BLW: -Menos restricciones con la comida. -Menor ansiedad e introversión. -Menos síntomas obsesivo-compulsivos. -Más confianza a la hora de introducir sólidos. -Puntuación más baja en rasgos que se asocian con sobrepeso en la infancia. -Mayor nivel educativo y más propensas a tener un trabajo. -Dan el pecho durante más tiempo e introducen los sólidos más tarde. Introducción tardía de AC se asocia con menor ansiedad y síntomas obsesivo-compulsivos en la madre, menor restricción alimentaria y hambre emocional en la madre.</p>
---	--	---	--	---

<p>Rowan, H., Lee, M., & Brown, A. (2019). Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. <i>Journal of Human Nutrition and Dietetics</i>, 32(1), 11–20. https://doi.org/10.1111/jhn.12616</p>	<p>Registrar y comparar la exposición a los distintos alimentos en niños de 6 a 12 meses según el método de AC mediante un recordatorio alimentario de 24 horas.</p>	<p>180 padres residentes en Reino Unido con un hijo entre 6 y 12 meses que haya empezado con AC mediante: método tradicional, BLW estricto o BLW flexible.</p>	<p>Cuestionario online vía SurveyMonkey donde se recoge: -Información demográfica -Método de lactancia. -Método de AC elegido.</p> <p>Además, se explica la tarea de recoger durante 24 horas los alimentos que el niño ingiere.</p> <p>Este cuestionario se difunde a través de foros de paternidad y de alimentación infantil, en Facebook y en Twitter.</p>	<p>Madres que eligen el método BLW estricto son más propensas a dar el pecho, lo que se relaciona con niños menos selectivos con la comida y con una dieta variada en el futuro.</p> <p>Niños de 6-8 meses: - BLW: comen más verdura y más proteína. -Método tradicional: consumen más “comidas mixtas”</p> <p>Niños de 9-10 meses: - BLW: consumen más lácteos que el resto de los grupos.</p> <p>Niños de 11-12 meses: -BLW flexible: consumen más aperitivos salados y más lácteos.</p> <p>Los bebés BLW están expuestos al sabor amargo de las verduras más frecuentemente, por lo que mejorará la tolerancia en el futuro. Menor exposición a productos comerciales.</p>
---	--	--	---	---

<p>Komninou, S., Halford, J. C. G., & Harrold, J. A. (2019). Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behaviour across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size. <i>Appetite</i>, 137, 198–206. https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.001</p>	<p>Observar las diferencias entre los distintos métodos de AC en cuanto a desarrollo de preferencias y comportamientos alimentarios saludables.</p>	<p>565 participantes con hijos entre 12 y 36 meses que hayan comenzado con la AC. 33.3% BLW estricto, 17.3% BLW predominante, 26.2% PLW predominante, 23.2% PLW estricto.</p>	<p>Cuestionario sobre: -Método de AC (BLW estricto, BLW predominante, PLW predominante, PLW estricto) -Datos demográficos -Método y duración de lactancia - Entorno de alimentación familiar y patrones alimentarios. -Parental Feeding Styles Questionnaire (PFSQ) -Child Eating Behaviour Questionnaire -Fuentes de información consultadas -Grupo del primer alimento sólido ofrecido.</p>	<p>Método BLW (<i>Baby-Led Weaning</i>): -Los bebés son amamantados durante más tiempo. -Introducen los sólidos más tarde. -Los padres ejercen menor control sobre la alimentación del bebé. -Patrón de alimentación más receptivo. -Comparten el tiempo de las comidas y comen los mismos platos. -Se observa que los niños son menos quisquillosos con la comida y disfrutan más de la alimentación Método PLW (<i>parent-led weaning</i>): -Se tiende a alimentar al bebé sin hambre. Entre los 5 y 7 meses hay un periodo ventana tolerancia a los sabores.</p>
--	---	--	---	--

<p>Taylor, R. W., Haszard, J. J., Fleming, E. A., Daniels, L., Morison, B. J., Leong, C., Fangupo, L. J., Wheeler, B. J., Taylor, B. J., Morenga, L. Te, McLean, R. M., & Heath, A. L. M. (2018). Impact of a modified version of baby-led weaning on infant food and nutrient intakes: The BLISS randomized controlled trial. <i>Nutrients</i>, 10(6). https://doi.org/10.3390/nu10060740</p>	<p>Determinar el impacto del BLW modificado (BLISS: Baby-Led Introduction to Solids) en los alimentos y nutrientes ingeridos entre los 7 y los 24 meses.</p>	<p>206 mujeres seleccionadas al final del embarazo y repartidas en dos grupos: grupo control (101) o grupo BLISS (105).</p> <p>Estas mujeres se seleccionaron a través del hospital Queen Mary Maternity de Nueva Zelanda.</p>	<p>Las familias recogieron la dieta del bebé durante tres días de la semana (1 en el fin de semana y 2 entre semana) durante tres semanas a los 7, 12 y 24 meses. Debían apuntar el tipo de alimentos y cantidad ingerida (pesando la cantidad ofrecida y lo que el niño deja).</p>	<p>Grupo BLISS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los bebés son alimentados mediante lactancia exclusiva durante más tiempo -Se introducen los sólidos más tarde. -Comparten el momento de la comida con la familia y comen la misma comida. -7 meses: ingieren más grasa total y sodio. -12 meses: menos grasa saturada. -24 meses: poca diferencia en los nutrientes y cantidad de energía ingeridos. <p>- BLW sin modificar: menor consumo de hierro, zinc, calcio, vitamina C y vitamina B12. Con el método BLISS se corrigen estos aspectos.</p>
--	--	--	---	---

<p>Brown, A., & Lee, M. D. (2015). Early influences on child satiety-responsiveness: The role of weaning style. <i>Pediatric Obesity</i>, 10(1), 57–66. https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x</p>	<p>Comparar el comportamiento alimentario a los 18-24 meses entre niños alimentados mediante el método tradicional y el método BLW.</p>	<p>Primera fase: 604 madres con hijos entre 6 y 12 meses que hayan iniciado la AC. 351 (58.1%) clasificados como BLW y 253 (41.9%) como SW (standard-weaning). Segunda fase: estas mismas madres cuando sus hijos tengan 18-24 meses. 163 (54.7%) clasificados como BLW y 135 (45.3%) como SW (standard-weaning). Solo 298 completaron el análisis.</p>	<p>Madres con hijos entre 6 y 12 meses completan una encuesta con la siguiente información: duración de la lactancia materna, tiempo de introducción de los sólidos, método de AC (BLW o estándar) y control parental usando el Child Feeding Questionnaire (CFQ). A los 18-24 meses postparto las madres completan otro cuestionario que examina el estilo alimentario del bebé. Cronbach's Alpha: 0.7)</p>	<p>Grupo BLW: -Madres con más nivel educativo -Las madres dan más frecuentemente el pecho desde el nacimiento. -Las madres tienen una menor preocupación por el peso de sus hijos, menor presión para comer y menor restricción y control. -Los niños son más sensibles a los estímulos de saciedad, y menos propensos a comer sin hambre. -Son menos selectivos con lo que comen. -Introducción temprana de <i>finger foods</i>. - Se promueve un patrón alimentario en el que se come en función del apetito.</p>
---	---	---	--	---

<p>Morison, B. J., Heath, A. L. M., Hazzard, J. J., Hein, K., Fleming, E. A., Daniels, L., Erickson, E. W., Fangupo, L. J., Wheeler, B. J., Taylor, B. J., & Taylor, R. W. (2018). Impact of a modified version of baby-led weaning on dietary variety and food preferences in infants. <i>Nutrients</i>, 10(8). https://doi.org/10.3390/nu10081092</p>	<p>Determinar si la variedad de los alimentos ingeridos y las preferencias alimentarias son diferentes en los niños que utilizan BLW y en los que utilizan el método tradicional para la introducción de sólidos.</p>	<p>206 mujeres seleccionadas al final del embarazo y repartidas en dos grupos: grupo control (101) o grupo BLISS (105).</p> <p>Estas mujeres se seleccionaron a través del hospital Queen Mary Maternity de Nueva Zelanda.</p>	<p>Las familias recogieron la dieta del bebé durante tres días de la semana (1 en el fin de semana y 2 entre semana) durante tres semanas a los 7, 12 y 24 meses.</p> <p>A los 12 meses se les pregunta a los padres qué alimentos ofrecen a sus hijos y cuáles de ellos consumen más de entre los 21 alimentos.</p> <p>A los 24 meses, las preferencias alimentarias se evalúan mediante un cuestionario.</p>	<p>Variedad de alimentos:</p> <p>-7 meses: el grupo BLISS tiene una alimentación más variada, sobre todo en la ingesta de “alimentos básicos”, “alimentos no básicos” y “carne y otras proteínas”. No diferencias en “fruta y verdura”</p> <p>-24 meses: consumen más variedad de “fruta y verdura”</p> <p>Preferencias alimentarias (sabores y texturas):</p> <p>-12 meses: se le ofrece más a menudo los “vegetales” y los “alimentos ricos en proteínas (no carne)”.</p> <p>-24 meses: ambos grupos prefieren “fruta”, “carne y pescado” y “postres”. No hay diferencias significativas entre grupos.</p>
---	---	--	--	--

<p>Morison, B. J., Taylor, R. W., Haszard, J. J., Schramm, C. J., Erickson, L. W., Fangupo, L. J., Fleming, E. A., Luciano, A., & Heath, A. L. M. (2016). How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. <i>BMJ Open</i>, 6(5). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010665</p>	<p>Comparar los alimentos ingeridos, nutrientes y la participación en las comidas familiares de los niños alimentados mediante BLW y TSF.</p> <p>Alimentos que se comparan: los que poseen un riesgo de atragantamiento, altos en hierro, con azúcar o sal añadida)</p>	<p>51 niños de 6 a 8 meses, de los cuales 26 eran alimentados mediante TSF y 25 mediante BLW (parcial 7 y total 18)</p>	<p>Los padres completan un cuestionario y recogieron la dieta del bebé durante tres días de la semana (1 en el fin de semana y 2 entre semana) (Weighed diet records) para investigar los alimentos y los nutrientes ingeridos, cuantos niños son alimentados y cuantos se autoalimentan y la participación en las comidas familiares</p>	<p>Comportamientos alimentarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Primer alimento introducido: TSF puré o alimentos machacados y le da de comer un adulto. En el grupo BLW son los <i>finger foods</i> y el propio bebé se autoalimenta. <p>Alimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -60% ofrecen alimentos con los que los bebés se pueden atragantar, 45% ofrecen dulces y 76% ofrecen comidas altas en sodio durante el WDR. <p>Nutrientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grupo BLW: mayor ingesta de grasas totales y grasas saturadas. Menor consumo de hierro, zinc, vitamina B12, vitamina C, fibra y calcio. <p>Interacción con la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grupo BLW más propensos a comer junto a su familia y comer la misma comida.
---	---	---	---	---

<p>Brown, A. (2018). No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. <i>Journal of Human Nutrition and Dietetics</i>, 31(4), 496–504. https://doi.org/10.1111/jhn.12528</p>	<p>Explorar la frecuencia y los episodios de atragantamiento o entre niños alimentados mediante BLW o método tradicional, y buscar los factores relacionados.</p>	<p>1151 madres con hijos entre 4 y 12 meses que hayan comenzado con la introducción de sólidos. Fueron encontradas a través de métodos online, redes sociales y foros parentales donde se anunciaba la encuesta.</p> <p>412 madres se clasificaron como BLW estricto, 377 como BLW no estricto y 362 como método tradicional.</p>	<p>Las madres respondieron preguntas que examinaban el tiempo de introducción del primer sólido y de los <i>finger foods</i>. También se les preguntó la frecuencia estimada con la que usan alimentación con cuchara y purés. Por otro lado, se les preguntó cuántas veces se habían atragantado con <i>finger foods</i>, con purés finos y con purés grumosos o con tropezones. Después, describieron el episodio.</p>	<p>Grupo BLW:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Introducen sólidos más tarde. -Ofrecen menos purés finos o grumosos y más <i>finger foods</i> <p>Atragantamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los bebés atragantados comen más porciones de comida al día, sobre todo alimentos con grumos. -Los bebés que comieron purés con menos frecuencia, presentaron más episodios de atragantamiento con purés con tropezones. -Los bebés del grupo BLW tienen menos atragantamientos con <i>finger foods</i> y purés con tropezones que los bebés que utilizan el método tradicional. -La diferencia en el número de atragantamientos según el método de alimentación es mínima.
--	---	---	--	--

<p>Daniels, L., Taylor, R. W., Williams, S. M., Gibson, R. S., Samman, S., Wheeler, B. J., Taylor, B. J., Fleming, E. A., Hartley, N. K., & Heath, A. L. M. (2018). Modified Version of Baby-Led Weaning Does Not Result in Lower Zinc Intake or Status in Infants: A Randomized Controlled Trial. <i>Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics</i>, 118(6), 1006-1016.e1. https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.02.005</p>	<p>Determinar las ingestas de zinc, las fuentes y el estado bioquímico de los bebés que utilizan el método BLISS (versión modificada del BLW) comparado con aquellos que siguen el método tradicional.</p>	<p>206 mujeres seleccionadas al final del embarazo y repartidas en dos grupos: grupo control (101) o grupo BLISS (105).</p> <p>Estas mujeres se seleccionaron a través del hospital Queen Mary Maternity de Nueva Zelanda.</p>	<p>Expertos en lactancia dieron 5 sesiones educativas a las familias sobre los riesgos de introducir los sólidos antes de los 6 meses, los beneficios de alargar la lactancia y cómo poner en práctica el BLISS.</p> <p>Por otro lado, se recogió la dieta del niño durante tres días no consecutivos para comprobar las ingestas de zinc a los 7 y 12 meses. Además, se comprobaron los niveles de zinc en el plasma a los 12 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Grupo BLISS introducen los sólidos más tarde. -Ingestas de zinc y fitatos similares en ambos grupos a los 7 y 12 meses. -La mayoría de la ingesta de zinc viene de la leche materna o de fórmula a los 7 meses. A los 12 meses el aporte de zinc proveniente de la AC aumenta. -No hay diferencias en la concentración de zinc en plasma (estado bioquímico) de ambos grupos. -Aunque pocos niños tienen ingestas inadecuadas de zinc, un porcentaje alto posee una concentración baja de zinc en el plasma a los 12 meses. -No se pueden generalizar estos hallazgos a la población que siga el método BLW no modificado.
--	--	--	---	--

<p>Taylor, R. W., Williams, S. M., Fangupo, L. J., Wheeler, B. J., Taylor, B. J., Daniels, L., Fleming, E. A., McArthur, J., Morison, B., Erickson, L. W., Davies, R. S., Bacchus, S., Cameron, S. L., & Heath, A. L. M. (2017). Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: A randomized clinical trial. <i>JAMA Pediatrics</i>, 171(9), 838–846. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1284</p>	<p>Determinar si el BLW genera un menor IMC en comparación con el método tradicional.</p>	<p>206 mujeres seleccionadas al final del embarazo y repartidas en dos grupos: grupo control (101) o grupo BLISS (105). El estudio BLISS duró desde 2012 hasta 2014. 166 madres estuvieron disponibles para el análisis a los 24 meses.</p> <p>Estas mujeres se seleccionaron a través del hospital Queen Mary Maternity de Nueva Zelanda.</p>	<p>Las familias recogieron la dieta del bebé durante tres días de la semana (1 en el fin de semana y 2 entre semana) durante tres semanas a los 7, 12 y 24 meses. A los 12 y 24 meses se rellenaron varios cuestionarios sobre la regulación de la saciedad de sus hijos</p> <p>Completaron el Children’s Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) y el Toddler-Parent Mealttime Behavior Questionnaire (TMBQ).</p>	<p>Grupo BLISS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Menos receptivo a los estímulos de saciedad a los 24 meses. -Las madres del grupo BLISS afirman que sus hijos son menos quisquillosos o exigentes con lo que comen a los 12 meses, pero no a los 24. -Es más propenso a tener actitud positiva hacia la comida (disfrutar comiendo) a los 12 meses y a los 24. -Es amamantado durante más tiempo. <p>No existen diferencias en el IMC de ambos grupos a los 12 o a los 24 meses (misma prevalencia de sobrepeso)</p> <ul style="list-style-type: none"> -No hay diferencias en el número de atragantamientos o en la falta de hierro.
---	---	--	---	--

Anexo 2. Power Point explicativo sesión 1. Fuente: elaboración propia.




¿Qué es la alimentación complementaria (AC)?

- Según la Asociación Española de Pediatría (AEP), la AC es: "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 esta".
- **¿Cuándo comenzar con la AC?** Se recomienda esperar hasta los **6 meses**, cuando el bebé muestre **signos** de que ya está listo para comenzar:
 1. Interés activo por la comida.
 2. Desaparición del reflejo de extrusión.
 3. Ser capaz de coger comida con la mano y llevarla a la boca.
 4. Mantener la postura de sedestación con apoyo.

¿Con qué alimentos se debe comenzar?

- No existe una pauta fija.
- Importante que sean ricos en **HIERRO** y **ZINC**.
- De uno en uno, con intervalos de días.
- **No añadir sal, azúcar o edulcorantes.**

Alimento	0-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	>2 años
Leche materna	Indicador naranja	Indicador naranja	Indicador naranja	Indicador naranja
Fórmulas adaptadas (en caso de no estar con LM)	Indicador naranja	Indicador naranja	Indicador naranja	Indicador naranja
Cereales, frutas, hortalizas, legumbres, huevo, carne, pollo, pescado, aceite de oliva	Indicador naranja	Indicador naranja	Indicador naranja	Indicador naranja
Leche entera, yogur, queso tierno (pueden ofrecerse en pequeñas cantidades a partir de los 9 o 10 meses)	Indicador naranja	Indicador naranja	Indicador naranja	Indicador naranja
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, manzana o zanahoria cruda, etc.)	Indicador naranja	Indicador naranja	Indicador naranja	Por encima de los 3 años
Alimentos superfluos (azúcares, miel, cacao, bollería, galletas, embutidos y charcutería)	Cuanto más tarde y en menor cantidad mejor (siempre a partir de los 12 meses)			

FRUTA Y VERDURA

- Introducir toda la **variedad** posible, en distintas formas de presentación.
- Durante el primer año: **evitar verduras de hoja verde** con alto contenido en nitratos (acelga, espinaca, borraja) por el riesgo de metahemoglobinemia.
- Si **acostumbramos al paladar** de nuestro hijo a sabores ácidos (frutas) o amargos (verduras) su consumo será mayor a lo largo de la vida y disminuirá el rechazo a probar nuevos alimentos.
- Se recomienda el consumo de **fruta entera**, no zumos.





CEREALES

- Pueden introducirse: disueltos en leche, añadidos a purés, en forma de arroz hervido, pan, pasta, tortas de maíz, quinoa, avena.
- Dar prioridad a **harinas integrales**.
- Si se consumen cereales en polvo, evitar aquellos que tengan **miel o azúcar** en su composición.

Alimentos ricos en PROTEÍNAS

- Carnes rojas, pollo, pescado, marisco, huevos y legumbres.
- En forma de **puré, desmigados** o en **pequeños trozos**.
- Ofrecer **diariamente** de forma variada, sobre todo aquellos ricos en **HIERRO**.
- **Evitar** emperador, pez espada, cazón, tintorera y atún (posibilidad de contaminantes como el metilmercurio).



Alimentos ricos en HIERRO

- A partir del sexto mes los depósitos disminuyen, por lo que es **muy importante** incluir alimentos ricos en hierro desde el comienzo de la AC.
- **Necesario para** el desarrollo de glóbulos rojos, la inmunidad, el desarrollo cognitivo y la oxigenación.
- **Carne roja, yema de huevo, cereales enriquecidos con hierro, gulsantes, lentejas, alubias, frutos secos, brócoli y algunos tipos de pan.**



LÁCTEOS

- 6-12 meses: **leche materna a demanda** sigue siendo el alimento principal, no disminuir el número de tomas, La AC no sustituye complementa.
- Desde los **9 meses**: se puede ofrecer queso o yogur natural.
- A partir de los **12 meses**: leche de vaca entera.
- La **leche materna sigue siendo el lácteo de primera elección hasta los 2 años o más**, siempre que la mamá y el hijo lo deseen.
- Lactantes no amamantados: desde los 6 meses **fórmula de continuación**. Se recomienda mantener 2 raciones de lácteos diarios (500ml/día).

¿Cómo ofrecer los alimentos?

- Se recomienda empezar con **texturas grumosas y semisólidas** lo antes posible, nunca más tarde de los **8-9 meses**.
- Se han descrito **problemas de alimentación** a largo plazo y un **consumo escaso de frutas y verduras** en niños en los que se introdujeron tardíamente las texturas grumosas.
- A los **12 meses**, el lactante puede consumir la **misma comida que el resto de la familia**.



BLW (Baby-Led Weaning)

- Según la AEP, **el BLW es**: "una forma de ofrecer la AC en la que **al bebé se le permite "dirigir"** el proceso desde el principio".
- Los padres deciden qué alimentos ofrecen (comida sana, segura y variada) y el bebé coge la comida por sí mismo, decidiendo **qué comer, cuánta cantidad y a qué velocidad**.



¿Cómo se pone en práctica?

- El bebé se sienta a la mesa **con la familia** en las comidas.
- Se le ofrece la **misma comida** (sana) que al resto, en trozos de consistencia blanda y apropiados a su desarrollo psicomotor, grandes al principio, posteriormente pequeños.
- Los **"finger foods"**: alimentos que se presentan en forma y tamaño del dedo índice.
- El bebé se alimenta **por sí solo** desde el principio; al comienzo **con las manos** y posteriormente con **cubiertos**.
- A partir del momento en que se inicia el BLW el **aporte de leche** (materna o artificial) continúa siendo **a demanda**.



BLW vs. Método tradicional

- BLISS**: BLW modificado para evitar déficits nutricionales y atragantamientos.
- Ventajas** de este método sobre el tradicional:
 - Las familias que optan por el BLW suelen comenzar con la **AC más tarde** que las que emplean el método tradicional (dando tiempo al desarrollo psicomotor necesario para la AC).
 - Favorece la **prolongación de la LM** (con todos los beneficios que esto conlleva)
 - Favorece la **alimentación perceptiva** o con enfoque positivo basada en las señales de hambre y saciedad del bebé, favoreciendo su desarrollo (SESIÓN 2).
 - Favorece la **preferencia** del bebé por la **comida sana y variada** en las primeras etapas de la vida (depende en gran parte de la dieta familiar).
 - Aumento de la **satisfacción familiar** con la AC. Disminuye la percepción de "mal comedor".
 - Fomenta **hábitos saludables** desde la primera infancia.

BLW vs. Método tradicional

◦ Posibles **Inconvenientes**:

- **DÉFICIT DE HIERRO**: es importante ofrecer **diariamente** comidas ricas en hierro (carne cocida en tiras, picada en forma de hamburguesas o bolas, yema de huevo, tortas de lentejas o judías blancas, palitos de tofu, hummus...)
- **ATragantamientos**: se ha visto que **no hay diferencias** en el riesgo de atragantamiento según el método de AC empleado. El número de atragantamientos que se producen es **muy pequeño**. Hay que distinguirlo de las **arcadas** (reflejo normal en las primeras etapas de la AC). Normas de seguridad básicas para prevenirlos:
 - El bebé debe estar **sentado correctamente**, nunca recostado, en una silloncillo o en el regazo del cuidador.
 - No dejarlo sin **supervisión**.
 - **No ofrecer** comidas con alto riesgo de atragantamiento: frutos secos enteros, palomitas de maíz, uvas enteras, salchichas cortadas transversalmente, manzana o zanahoria crudas...



BLW vs. Método tradicional

- **DIETA POCO EQUILIBRADA**: al compartir comida y mesa con la familia, los lactantes pueden estar expuestos a comida poco sana, lo que predispone el consumo del niño. Una buena opción es revisar la alimentación familiar y mejorarla. La dieta debe ser **variada y equilibrada**, rica en **hierro, zinc y vitamina B12**, y pobre en **sodio y azúcares**.

Anexo 3: Cuestionario sobre BLW y satisfacción con la primera sesión. Fuente: elaboración propia.

Cuestionario sobre BLW y sesión informativa.

Responda las siguientes preguntas acerca del método y déjenos su opinión acerca de esta sesión informativa.

Evalúe los siguientes ítems de acuerdo a su nivel de satisfacción con los conocimientos aportados en la sesión: *

	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Qué es el BLW	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómo llevarlo a la práctica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beneficios del BLW	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riesgos existentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medidas de seguridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Está interesado en poner en práctica el BLW? *

¿Qué ha sido lo que le ha hecho querer/ no querer emplearlo? *

¿Alguna observación acerca de la sesión?

Anexo 4: Cuestionario Funcional de Estilos Educativos de Padres (FEEP). Fuente: (Gómez et al., 2005).

CUESTIONARIO FUNCIONAL DE ESTILOS EDUCATIVOS DE PADRES (FEEP).

Elaborado y reproducido en: Gómez, I., Hernández, M., Martín, M.J., y Gutiérrez, C. (2005). *Los problemas en la infancia y el papel de los estilos educativos de los padres*. Granada: Editorial CSV (ISBN: 84-689-3385-6)
Revisión: Gómez, I. y García-Barranco, M.R. (2009).

CODE

Nombre del niño/a:.....
 Edad (años y meses):.....
 Sexo: hombre mujer
 Número de hermanos/as:.....
 Edades de los hermanos/as:.....
 Persona que completa el cuestionario (grado de parentesco):

Edad:..... Estado civil:.....
 Nivel educativo:

Sin estudios
 Estudios primarios
 Bachiller o equivalente
 Estudios universitarios

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con situaciones de la vida diaria, que pueden darse entre usted y su hijo/a. Por favor, **lea atentamente el cuestionario y conteste a todas las preguntas**. Tenga en cuenta que no hay respuestas buenas ni malas.

Todos los datos que nos aporten son **confidenciales** y pueden ser muy útiles para conocer qué dificultades tiene con sus hijos y así poder ayudarle. Le rogamos que conteste con la mayor sinceridad y objetividad con el fin de proporcionarle un servicio más eficaz.

Además, estamos realizando un estudio acerca de las relaciones entre padres e hijos. Queremos conocer cual es el funcionamiento habitual de las familias hoy en día. Rogamos señale a continuación su consentimiento para que esta información sea usada de manera **anónima** y a nivel estadístico con fines de investigación y mejora del servicio: SI NO

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Por favor, devuelva el cuestionario una vez finalizado.

1- ¿Se comporta usted considerando que lo que hace o dice puede ser imitado por su hijo/a?
 SI NO A VECES

2. En términos generales, diría que en su familia hay una disciplina:
 FLEXIBLE: (las normas pueden variar en función de las circunstancias)
 RÍGIDA: (las normas no varían a pesar de las circunstancias)

3. Referido a circunstancias más concretas de la vida de su hijo/a señale en que medida se considera usted Flexible (F) ó Rígido (R), por ejemplo en las siguientes situaciones:

Hora de acostarse	R	F	Comidas	R	F
Tiempo jugando	R	F	Ropa con la que vestirse	R	F
Hora de levantarse	R	F	Realizar las tareas escolares	R	F
Salir con los amigos, ej. Horas de regreso, dónde y con quién va...	R	F	Cumplir sus obligaciones en la casa	R	F

4. Como norma general, cuando su hijo/a hace algo mal, ¿sabe claramente cuales son las consecuencias que usted le va a aplicar?, es decir, ¿suele usted reaccionar siempre igual ante el mismo comportamiento de su hijo/a?

SI NO A VECES

5. Sitúe su manera de educar entre una de las siguientes opciones:
 Recompensar a mi hijo/a por todo aquello que hace correcto.
 A veces lo recompensar sin prestar atención a lo que hace o deja de hacer, sino simplemente por darle cariño o aquellas cosas que desea.
 No suelo recompensar a mi hijo/a, considero que hacer las cosas bien es su obligación.

6. ¿Cree que Ud. tiene autoridad sobre su hijo/a, o sea, su hijo/a le obedece con facilidad?

Sí, fácilmente.
 A veces, según qué días o en qué cosas.
 No mucha, creo que tengo poca autoridad.

A continuación aparecen una serie de preguntas relativas a la frecuencia con la que usted hace ciertas cosas. Contestar a todas y cada una de las opciones de respuesta. Señale 0 si no lo hace nunca, 1 si sólo lo hace a veces y 2 si es un comportamiento frecuente en usted dada esa situación (es lo que más hace).

7. Para que su hijo/a siga una norma o pauta, ¿Qué hace y con qué frecuencia?:

	0= CASI NUNCA	1= A VECES	2= FRECUENTEMENTE
Le digo lo que tiene que hacer solo una vez	0	1	2
Se lo tengo que repetir varias veces	0	1	2
Le ayudo a hacerlo	0	1	2
Le muestro cómo hay que hacerlo	0	1	2
Me desespero: le regaño, le grito, etc. para que lo haga	0	1	2
Me suelo desesperar y desisto	0	1	2

8. ¿Qué suele hacer Ud. cuando su hijo/a desobedece en algo importante y con qué frecuencia?

0= CASI NUNCA 1= A VECES 2= FRECUENTEMENTE

Nada porque es normal que un niño desobedezca	0	1	2
Le intento hacer razonar	0	1	2
Le echo una reprimenda	0	1	2
Le castigo privándole de algo de su agrado (postre, paga...)	0	1	2
Le doy un par de cachetes o azotes	0	1	2
Trato de tocarle la fibra sensible diciéndole «haces sufrir a papá o mamá»	0	1	2

9. ¿Qué suele hacer Ud. cuando su hijo/a, además de desobedecer, tiene una rabietta (llora, grita, patelea...) y con qué frecuencia?

0= CASI NUNCA 1= A VECES 2= FRECUENTEMENTE

Nunca se da ese extremo	0	1	2
Le dejo sin más hasta que se le pase	0	1	2
Le consuelo y le mimo pero sin ceder, es decir me mantengo en mi postura	0	1	2
Le privo de algo que le guste	0	1	2
Lo sujeto con fuerza	0	1	2
Le grito	0	1	2
Le pego	0	1	2
Cedo para que deje de «dar la lata»	0	1	2

10. Indique con que frecuencia utiliza los siguientes tipos de sugerencias o instrucciones con su hijo/a.

0= CASI NUNCA 1= A VECES 2= FRECUENTEMENTE

Le digo lo que se debe hacer	0	1	2	Le digo lo que no se debe hacer	0	1	2
Le doy instrucciones directas (ej. Dame, haz...)	0	1	2	Le doy instrucciones indirectas (ej. me encantan que los niños hagan X)	0	1	2
Le doy instrucciones claras y precisas	0	1	2	Le doy instrucciones que puede que mi hijo/a no entienda bien	0	1	2

11. Aproximadamente ¿con qué edad su hijo/a consiguió realizar las siguientes tareas sin ayuda (o con muy poca ayuda)? Indique hasta que edad cree que debería ayudarsele.

TAREAS	EDAD en la que consiguió hacerlo solo/a	EDAD que sería adecuada
Bañarse o ducharse		
Utilizar el WC		
Usar los cubiertos		
Vestirse		
Levantarse		

12. ¿Participa su hijo/a a la hora de tomar decisiones familiares?

- No, sería un disparate.
- Normalmente no, aunque a veces oye algo y se le deja «meter baza».
- Sí a veces, cuando la decisión le afecta especialmente a él/ella.
- Siempre, cada miembro de la familia se puede decir que tiene un voto.

13. ¿Cómo se reparten en su familia las tareas en casa?

- Mi hijo/a no tiene obligaciones porque creo que es muy pequeño.
- Mi hijo/a tiene unas tareas mínimas fijas, según su edad (tirar la basura, comprar el pan, poner/ quitar la mesa, etc.) y las cumple normalmente.
- Mi hijo/a tiene unas tareas mínimas fijas, según su edad (tirar la basura, comprar el pan, poner/quitar la mesa, etc.) y no las cumple normalmente.
- Mi hijo no tiene obligaciones pero a veces ayuda en casa.

14. ¿A la hora de implantar/seguir una norma en su hijo/a suele coincidir con el resto de la familia?

- Sí, en mi familia hablamos e intentamos seguir todos los mismos criterios para que coincidan las normas, actuando todos de igual manera, aunque en circunstancias específicas opinemos diferente.
- Sí, pero cuando hay diferencias de opiniones, es difícil que se llegue a un acuerdo y al final actuamos de forma diferente entre nosotros.
- No, cada uno educa a su manera.

15. ¿Qué tipo de actividades recreativas suele compartir con su hijo/a y con qué frecuencia?

0= NUNCA 1= EN OCASIONES ESPECIALES 2= APROX. UNA VEZ AL MES

3= TODAS LAS SEMANAS 4= TODOS LOS DÍAS

Actividades deportivas (montar en bici, baloncesto, natación...)	0	1	2	3	4
Ir al cine, conciertos, teatros infantiles...	0	1	2	3	4
Juegos de acción sin conflicto, ni violencia (escondite, pelota...).	0	1	2	3	4
Juegos de mesa (cartas, parchis, trivial, puzzles, legos...).	0	1	2	3	4
Ver la TV o el vídeo	0	1	2	3	4
Charlar sobre diferentes temas (acontecimientos cotidianos, infancia...)	0	1	2	3	4
Contar cuentos, adivinanzas...	0	1	2	3	4
Ir a cafeterías o comer fuera	0	1	2	3	4
Escuchar música.					
Pasear o ir al parque	0	1	2	3	4
Dibujar, pintar...	0	1	2	3	4
Otras:	0	1	2	3	4

16. Indique con que frecuencia utiliza los siguientes castigos o correcciones con su hijo/a

0= NUNCA 1= POCAS VECES 2= ALGUNAS VECES 3= BASTANTES VECES 4= SIEMPRE

Le privo de algo que le guste (ej. ver la televisión, su postre preferido...)	0	1	2	3	4
Le pego un cachete o azote	0	1	2	3	4
Le regaño	0	1	2	3	4
Le mando deberes y/o lo pongo a estudiar	0	1	2	3	4
Le mando alguna tarea doméstica	0	1	2	3	4
Otros:	0	1	2	3	4

17. Indique con que frecuencia utiliza las siguientes recompensas o incentivos con su hijo/a
 0= NUNCA 1= POCAS VECES 2= ALGUNAS VECES 3= BASTANTES VECES 4= SIEMPRE

Le doy alabanzas generales (ej. eres un campeón, que bien te portas...).	0	1	2	3	4
Le indico lo bien que ha hecho un comportamiento concreto (ej. que bien que has hecho la tarea, lo pronto que has terminado y lo bien).	0	1	2	3	4
Le doy premios materiales (ej. regalos, postres, dinero...).	0	1	2	3	4
Le permito privilegios que habitualmente no tiene (ej. ver un poco más la televisión, jugar media hora más a la consola...), de manera controlada.	0	1	2	3	4
Le doy este tipo de privilegios sin límites.	0	1	2	3	4
Le permito hacer alguna actividad que le tengo prohibida.	0	1	2	3	4
Le "perdono" alguna responsabilidad que le sea aburrida/molesta (ej. hoy no hace falta que recojas el cuarto)	0	1	2	3	4
Le hago promesas, las cumpla luego o no.	0	1	2	3	4

18. ¿Ha aguantado Ud. alguna situación en la que su hijo lo ha pasado muy mal, emocionalmente, y usted casi peor, pero consideraba que era fundamental en la educación de su hijo/a?

- SI NO

Indique su capacidad de aguante.

- Cedió en cuanto vi que mi hijo sufría (ej. lloraba, expresaba malestar...)
 Aguanté hasta que me sentí tan mal que no pude soportarlo, abandonando el objetivo que pretendía conseguir.
 Aguanté hasta que conseguí mi objetivo, pese a que lo pasé fatal.


19. ¿Suele cumplir su hijo las promesas que hace?, esto es ¿su hijo/a suele hacer lo que dice que va a hacer?

- Casi siempre cumple lo que promete.
 Pocas veces cumple lo que promete (depende del tema o de la tarea de la que se trate).
 No suele hacer promesas.

20. ¿Cómo actúa usted ante esas promesas?

- Le premio cuando cumple sus promesas.
 Le premio por lo que hace, esto es, por la tarea realizada, independientemente de que lo haya prometido previamente o no.
 Le premio cuando las cumple, indicando que es importante que cumpla lo que promete, que haga lo que se compromete a hacer.
 Me enfado y/o le castigo cuando no las cumple.
 No suelo fijarme en si hace y cumple sus promesas.

Anexo 5: información sobre estilos parentales. Fuente: Consejería de cultura, educación y deporte, Comunidad Valenciana.



www.cult.gva.es/orientados/

¿QUÉ SON LOS ESTILOS EDUCATIVOS?

La tarea de educar a nuestro hijo/a empieza desde que éste tiene pocos meses de vida. Los estudios realizados sobre la forma de educar de los padres muestran un continuo que va desde un extremo **autoritario** a un extremo **permisivo**.


En general, todos tenemos un poquito de cada estilo, sin embargo suele haber uno que caracteriza nuestro modo de comportarnos en mayor medida que los demás. Cada estilo se diferencia por las metas que consideramos prioritarias y que determinan aspectos concretos de la relación con nuestros hijo/as, como la manera, la intensidad y la frecuencia con que demostramos nuestro afecto, la calidad y cantidad de la comunicación, y la forma de establecer los límites y las normas, entre otros.

Aspectos de la relación	Estilo autoritario	Estilo democrático	Estilo permisivo
Nivel de Exigencia	Alto		Bajo
Nivel de Control	Alto		Bajo
Normas	Pautas restrictivas Mayor empleo de castigo que de refuerzo positivo	Disciplina inteligente (inductiva)	Pautas mínimas e imprecisas Mayor empleo de refuerzo positivo que de castigo
Metas educativas	Fomentar la obediencia a las normas y la sociabilidad	Fomentar la responsabilidad y autoconfianza	Fomentar la autodirección, autonomía e iniciativa

A estos estilos cabría añadir el **sobreprotector**, cuya meta es que los hijo/as estén seguros y no corran riesgos, y para ello limita las relaciones del chico/a con sus iguales. Y el **negligente**, pero éste más que un estilo, es un no-estilo.

Cada estilo tiene sus consecuencias positivas y negativas, pero los profesionales aconsejan siempre la moderación. Eso supone acercarse lo más posible al estilo democrático, pero esto es una elección de los padres y depende de las metas que se consideran más importantes.

Familia
Estilos educativos 4



www.cult.gva.es/orientados/

Es importante que educar a los hijo/as sea una decisión propia, no una casualidad. La verdadera elección es la que se hace libremente, por lo que es necesario que reflexiones un momento sobre la educación que te dieron tus padres. Puede que estés repitiendo el mismo patrón sin darte cuenta, o que seas consciente de las cosas que no te gustaron y crees que hicieron mal, y te estés esforzando por hacer todo lo contrario. Si no lo has hecho ya, dedica un tiempo a reconocer qué cosas son importantes para ti y tu pareja en la educación de tus hijo/as, en qué cosas coincidís y en cuáles discrepáis, qué habéis hecho para conseguir vuestras metas y en qué medida ha funcionado. El mejor estilo educativo es que el que ha sido precedido de una reflexión, actúa coherentemente, sabe por qué actúa así y conoce las consecuencias de sus actos.

A continuación te ofrecemos una lista de posibles **metas educativas** que pueden ayudarte a reflexionar. Analiza en qué medida te ves retratado como padre o madre.

Ser un padre o madre de éxito, significa:

- Tener unos hijo/as que creen en sí mismos y en sus capacidades, y se aprecian como personas.
- Tener unos hijo/as que se sienten más valorados que criticados.
- Tener unos hijo/as que saben tolerar las frustraciones diarias.
- Tener unos hijo/as que establecen objetivos en su vida y se esfuerzan por cumplirlos.
- Tener unos hijo/as que se ríen, cantan, bailan o muestran su alegría y su felicidad.
- Tener unos hijo/as que creen en sus padres y en su amor incondicional.
- Tener unos hijo/as que saben aceptar sus propios errores.
- Tener unos hijo/as que confían en las personas y en el futuro.
- Tener unos hijo/as que respetan a los demás y saben convivir y cooperar.
- Tener unos hijo/as sociables, que se sienten bien en casa y fuera de ella.
- Tener unos hijo/as que saben expresar sentimientos positivos y negativos de manera adecuada.
- Disfrutar plenamente de ser padre o madre.

Familia
Estilos educativos 5

SEA CUAL SEA EL ESTILO EDUCATIVO QUE POSEAS EN MAYOR MEDIDA, LAS SIGUIENTES **SUGERENCIAS** TE AYUDARÁN A CORREGIR POSIBLES FALLOS Y A REFORZAR ACTITUDES CORRECTAS.

El amor

Sabemos que quieres mucho a tus hijo/as, pero además es importante que sepas transmitírselo de manera clara y directa. Es necesario que te asegures de que están recibiendo el mensaje.

DEMOSTRAR CARIÑO

¿Cómo le demuestras cariño a tu hijo/a? ¿Le escribes notas cariñosas? ¿Lo rodeas con el brazo? ¿Le dices a menudo que le quieres?

CELEBRACIÓN DE LOS LOGROS

¿Qué sucede cuando hace algo especial? ¿Y cuándo consigue un logro? ¿Y cuándo observas que no ha logrado su objetivo pero se ha esforzado por conseguirlo?

LOS MOMENTOS ESPECIALES

¿Cuáles son los momentos especiales que compartes con tu hijo/a? Hay momentos en que no hace falta decir o hacer nada especial para que fluya el amor entre tu hijo/a y tú. Algunas veces se da durante actividades al aire libre, o en competiciones deportivas o artísticas, mientras veis vuestro programa favorito de la televisión, o en cualquier otro tipo de actividad compartida.

ALGUNOS CONSEJOS

- Detecta posibles momentos como éstos y trata de hacerles un sitio en la rutina familiar.
- Recuerda que las demostraciones de afecto no tienen por qué ser inmediatamente correspondidas.
- No es necesario esperar a que tu hijo/a se lo "merezca" para demostrarle tu cariño.
 - de afecto no tienen por qué ser inmediatamente correspondidas.
- No es necesario esperar a que tu hijo/a se lo "merezca" para demostrarle tu cariño.

Es importante que tu hijo/a sepa que le apoyas incondicionalmente. Esto influye de manera decisiva en lo que él/ella piensa y siente acerca de sí mismo/a. Contar con el amor de alguien hace que nos sintamos capaces de emprender cosas y llevarlas a cabo, es decir, que nos sintamos seguros de actuar libremente.

LOS LÍMITES

¿Cómo se fijan los límites? ¿Qué límites no son negociables? ¿Cómo lo decidimos? Puede que en este momento sientas algo de frustración porque aún no hemos hablado de cómo debe imponerse y cómo debería ser la disciplina. En principio, trata de mantener una actitud abierta al diálogo con tu hijo/a y deja que participe lo máximo posible en la creación y mantenimiento de normas de conducta familiares. Esto fomenta su implicación y su motivación por cumplirlas.

Y ser autoritario ¿no generará frustración o rencor en mis hijo/as? Si el castigo o la frustración que recibe tu hijo/a es esporádica, previsible y claramente delimitada, y predominan significativamente las satisfacciones que experimenta, lo más probable es que esto no sea así. A esto se le llama **PATERNIDAD POSITIVA**. Es un método para proporcionar una directriz esencial y una disciplina de manera positiva:

1. Selecciona y especifica las conductas a cambiar. No identifiques la personalidad de tu hijo/a con su comportamiento. No se comporta igual en todas las situaciones, no lo hace con la misma frecuencia o intensidad, y es importante que identifiques qué situaciones fomentan ese tipo de comportamiento, es decir, qué ocurre antes y qué ocurre después. Intenta contestar a estas preguntas: ¿qué ocurre? ¿cuándo? ¿con quién? ¿cuánto? ¿cómo?
2. Si quieres que aumente una conducta (específica y mensurable) trata de que a su ejecución le siga una gratificación. Para esto es importante que identifiques las cosas que motivan a tu hijo/a, es decir, sus gratificaciones personales (actividades, objetos o cosas materiales, atenciones o demostraciones de afecto).
3. Si quieres que disminuya una conducta trata de que a su ejecución le siga la desaparición de una gratificación o un castigo. Esto tiene que estar hablado con anterioridad. Recuerda que los castigos sólo son eficaces si son esporádicos, previsibles y delimitados.

Es importante que al principio seas muy constante para que empieces a notar cambios. Estos serán probablemente graduales y lentos. Pasado un tiempo, cuando el aprendizaje de tu hijo/a en esos aspectos se vaya consolidando, puedes ir disminuyendo gradualmente la frecuencia de las gratificaciones o cambiarlas por unas palabras de aliento, una sonrisa o un poco de atención.

DISCIPLINA INTELIGENTE o INDUCTIVA

La disciplina inteligente es la que ayuda a los hijo/as a desear hacer las cosas "bien". A estar motivados para comportarse de manera adecuada. Se trata de un aprendizaje o aceptación de las normas por convencimiento. A medida que los niño/as aprenden a aceptar las normas por miedo a una sanción o en espera de un premio, es necesario ir enriqueciendo el aprendizaje con razonamientos.

Trata de razonar con tus hijo/as por qué aceptas una petición suya o rechazas una demanda o exiges una conducta determinada. Si después de razonar y escuchar a tu hijo/a, no hay acuerdo, recuerda que eres tú quien pone las normas. Si tu hijo/a no queda convencido por tus argumentos, tu decisión prevalece. Eso debe quedar claro. A medida que tu hijo/a crezca, será más importante utilizar la disciplina inductiva además de las gratificaciones y los castigos, con el objetivo de que sea él mismo quien sea capaz de controlar su propia conducta.

ALGUNOS CONSEJOS

- Recuerda que toda conducta se aprende y, por tanto, se puede cambiar.
- Siempre que sea posible, deja que tu hijo/a reciba las consecuencias lógicas y naturales de su conducta y no castigos artificiales impuestos por ti. Por ejemplo, si llega tarde a cenar, no le riñas, pero será él quien tendrá que calentarse o prepararse la cena.
- Repite, repite y repite. Explícale cien veces lo que deseas. Es imposible controlar al cien por cien lo que tus hijo/as aprenden, recuerda que reciben muchas influencias diferentes.
- Cuando busques un cambio, propón pequeñas metas fáciles de conseguir. Una gran meta no alcanzada es una frustración. Una pequeña meta conseguida es una victoria. No tengas prisa, procede lentamente y observarás el cambio.
- No te dejes llevar por la frustración, la motivación natural no siempre existe, a veces realizar algo o llegar a disfrutar de algo requiere esfuerzo.

Anexo 6: Power Point explicativo sesión 2. Fuente: elaboración propia.



EL MARCO AFECTIVO DE LA ALIMENTACIÓN

- Muy importante para desarrollar **las habilidades relacionadas con la alimentación**.
- Fomenta la autorregulación del **hambre-saciedad**.
- **Obligar, presionar, premiar** con la comida u ofrecer comida como **consuelo emocional** son estrategias desaconsejadas, ya que:
 - ❖ Interfieren con la percepción del niño de su saciedad.
 - ❖ Pueden aumentar el riesgo de sobrepeso.
 - ❖ Generan problemas con la comida.
 - ❖ Disminuyen la variedad de la dieta.



EL MARCO AFECTIVO DE LA ALIMENTACIÓN

- EXCEPCIÓN: **dar el pecho a un lactante en un momento de estrés** (dolor, vacunación, sueño...) **no se considera consolar con la comida** y **no aumenta el riesgo de obesidad**.
- Es una **“succión no nutritiva”**, que junto al contacto piel con piel y la interacción con la madre ayudan al control del dolor y disminuyen el tiempo de llanto.



¿Cómo ofrecer la alimentación complementaria con un enfoque positivo?

1. Respetar **el ritmo de su desarrollo** y permitir cierta **autonomía**. Permitir un desorden apropiado para su edad (Ej: no estar limpiando al niño después de cada bocado).
2. No interpretar como permanente un **rechazo inicial** a un alimento nuevo. Seguir ofreciéndolo sin presionar, pueden ser necesarias hasta **10-15 ocasiones** para conseguir la aceptación. La exposición a distintos tipos de alimentos favorece su **tolerancia** a corto y largo plazo.

¿Cómo ofrecer la alimentación complementaria con un enfoque positivo?

3. No fijar una cantidad que el niño tiene que comer, respetar los signos de hambre y saciedad. Recordad que en el BLW **los padres deciden el dónde, el cuándo y el qué, y el niño decide el cuánto**. Obligar a un niño a comer fomenta la insatisfacción familiar y los problemas con la comida corto y largo plazo.



¿Cómo ofrecer la alimentación complementaria con un enfoque positivo?

4. Establecer ciertas **rutinas** puede ayudar a poner en práctica el BLW:
 - **Lugar** tranquilo, sin distracciones como televisión o móviles. Sentar al niño frente a otros miembros de la familia para que interactúe con ellos. Acercar al niño a la mesa de forma segura, ya sea en la trona o en el regazo del cuidador.
 - Llevar un **horario** aproximado de comidas, con flexibilidad, puede ayudar a que el bebé se anticipe y a la autorregulación. Aproximadamente 4/5 comidas al día.
 - Ofrecer un **menú** variado y sano, y servir raciones apropiadas a la edad y al ritmo de crecimiento.



¿Cómo ofrecer la alimentación complementaria con un enfoque positivo?

5. Es fundamental cuidar el “**ambiente emocional**”:
 - Ser **paciente** con la adquisición de nuevos logros.
 - Ante situaciones negativas (no come, no le gusta, se porta mal), mantener una **actitud neutra**, evitar el enfado.
 - Un excesivo control parental o una elevada exigencia impide que el niño aprenda a **autorregularse**.
 - Evitar **distracciones**.
 - Disfrutar de la **comida en familia**, reforzando los logros.
 - No usar alimentos como **premio, castigo, consuelo o chantaje**.



Anexo 7: folleto informativo. Fuente: elaboración propia



CLAVES DE LA AC

- Comenzar a partir de los **6 meses** (cuando el bebé muestre ciertos signos: mantenerse sentado, interés activo por la comida, coge comida y se la lleva a la boca) complementando con LM o LA.
- Introducir alimentos de uno en uno, con intervalos de días
- Introducir alimentos ricos en hierro y zinc (carne roja, yema de huevo, legumbres)
- No añadir sal, azúcar o edulcorantes.
- Texturas grumosas y semisólidas antes de los 8 meses.



ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA

1. Respetar el ritmo de su desarrollo y permitir autonomía, permitir cierto desorden.
2. No interpretar como permanente un rechazo inicial a un alimento, seguir ofreciéndolo.
3. Respetar los signos de hambre y saciedad. No obligar al niño a comer.
4. Ingestas en un lugar tranquilo, sin distracciones, con un horario aproximado de comidas y con un menú variado y sano.
5. Cuidar el ambiente emocional:
 - Ser paciente.
 - Ante situaciones negativas, no enfadarse, actitud neutra.
 - Evitar un excesivo control parental.
 - Evitar distracciones.
 - Disfrutar de la comida en familia.
 - Reforzar los logros.
 - No usar alimentos como premio, castigo, consuelo o chantaje.



EL BLW

Forma de ofrecer la AC en la que al bebé se le permite dirigir el proceso. Los padres deciden qué ofrecer y el bebé decide **qué comer, cuánta cantidad y a qué velocidad**.

Favorece la alimentación perceptiva y los hábitos alimenticios saludables. Importante incluir alimentos ricos en hierro y la continua supervisión.

¿CÓMO PONERLO EN PRÁCTICA?

- El bebé se sienta en la mesa con la familia y come la misma comida (variada y equilibrada)
- Se presenta en trozos de consistencia blanda, primero grandes y luego más pequeños ("Finger foods")
- El bebé come con sus propias manos y más tarde con cubiertos.



Anexo 8

Tabla 6. Plantilla evaluación del programa. Fuente: elaboración propia.

ÍTEM (de 7 a 12 meses)	1	2	3
Peso (1)	Muy por encima/ debajo del P50	Algo por encima/ debajo del P50	En torno al P50
Desarrollo psicomotor (hitos) (2)	Hace menos de la mitad	Hace más de la mitad	Hace todos los hitos
BLW	He abandonado el BLW	Empleo BLW, no del todo satisfecho/a	Empleo BLW, muy satisfecho/a

(1)

Peso para la edad Niñas

Percentiles (6 meses a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Imagen 1. Peso para la edad (Niñas). Fuente: OMS

Peso para la edad Niños

Percentiles (6 meses a 2 años)

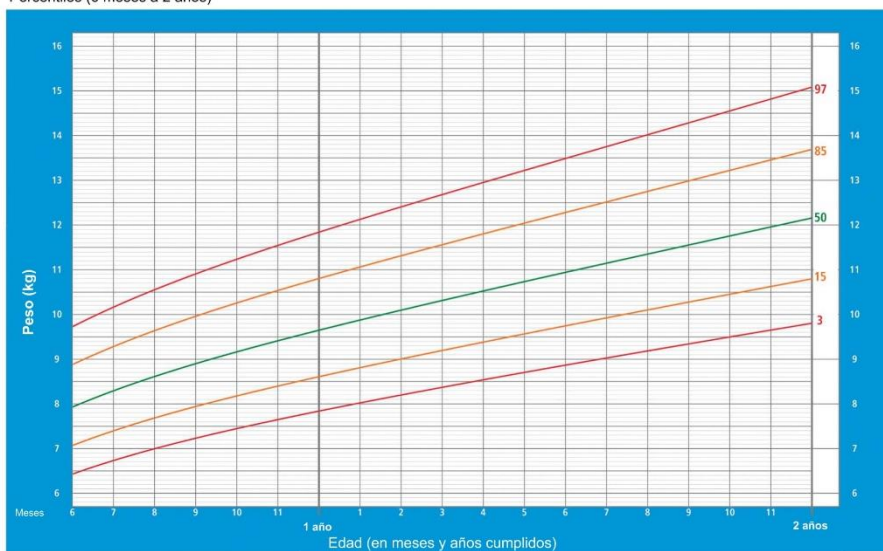


Imagen 2. Peso para la edad (Niños). Fuente: OMS

(2)

AEPNYA

Protocolos 2.008

HITOS DEL DESARROLLO NORMAL DE LOS 0 A LOS 12 MESES								
MES	SUEÑO	ALIMENTACIÓN	PSICOMOTOR	LENGUAJE COMUNICACIÓN	CONDUCTA	REGULACIÓN EMOCIONAL	ATENCIÓN	AFECTIVO RELACIONAL
0	Duerme unas 17 horas. Ciclos sueño-vigilia de 4 horas. Predominio sueño REM	Adaptación armónica madre-bebé en ritmo y producción de leche	Motricidad refleja (reflejos arcaicos).	Llanto indiferenciado	Duerme todo el día	El humor depende íntimamente de estados internos	Atención dirigida a objetos en movimiento y contrastes de colores	Se tranquiliza con la voz de un adulto conocido
1			Levanta la cabeza, decúbito prono, manos cerradas	Llanto diferenciado (hambre, incomodidad, etc.)	Interés por la mirada humana y objetos móviles		Mira u objeto durante 5 segundos. Presta atención a sonidos continuos	Sonrisa endógena. Reacciona ante ojos, cara y voz maternas
2			Desaparece automatismo de la marcha. Boca abajo levanta la cabeza y hombros. Al ser cogido mantiene la cabeza erguida	Balbuceo	Juega con las manos, anticipa la comida			Sonrisa social. Responde diferencialmente ante figuras familiares y no familiares
3	Disminuye la cantidad de sueño total. Alargamiento ciclos sueño-vigilia	Ritmo en tomas establecido	Dirige mano hacia objetos, pasa objetos de una mano a otra, volteo		Coge sonajero, ríe y vocaliza al manipular juguetes			
4		Prueba alimentos no lácteos			Se lleva los pies a la boca. Juega a tirar objetos al suelo. Reconoce su imagen en el espejo. Adquiere capacidad de imitación	El humor se va asociando más con claves sociales externas	Sigue con la mirada una luz en recorrido vertical	Busca contacto con figuras vinculares
5					Participa en juegos de cucú y escondite			Ansiedad ante extraños
6					Hace gestos de adiós y hola			
7			Se mantiene sentado. Pinza inferior		Comprende la prohibición		Se entretiene sin solicitar atención	
8			Pinza superior	Soliloquios (vocalizaciones)				
9								
10		Prueba alimentos sólidos. Alimentación diversificada	Gateo. Se pone de pie con apoyo	Muestra, da y apunta objetos. Inicia ecolalias				
11								
12	Ritmo estable. Duerme toda la noche. Patrón adulto (predominio sueño NoREM)		Desaparición de reflejos arcaicos. Deambulación con apoyo. Coge una taza para beber. Garabatea.	Primeras palabras	Repite actos si causan risa. Da algo si se lo pide. Colabora en vestirse	Egocentrismo		Comienza la angustia por separación

Imagen 3. Hitos del desarrollo normal de los 0 a los 12 meses. Fuente: AEPNYA.