



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de  
Palencia "Dr. Dacio Crespo"

## **GRADO EN ENFERMERÍA**

Curso académico 2017 - 2018

**Trabajo Fin de Grado**

### **Baby Led Weaning: ¿Moda o Evidencia?**

Revisión bibliográfica.

Alumna: Marina Diez Calle

Tutor: D. José Ignacio Cuende Melero

Mayo, 2018

## ÍNDICE

1. RESUMEN .....	3
2. INTRODUCCIÓN .....	4
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS .....	12
3. MATERIAL Y MÉTODOS .....	14
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	20
5. CONCLUSIONES .....	28
6. BIBLIOGRAFÍA .....	29
7. ANEXO .....	32

## 1. RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** El Baby Led Weaning es un nuevo enfoque para el destete del lactante, en el cual los bebés se encargan por sí mismos de su propia alimentación, en vez de ser el adulto quien les suministre los alimentos con cuchara. Este método implica una serie de beneficios, derivados de la participación activa del niño en las comidas familiares, como la prevención del sobrepeso infantil y la adopción de una buena actitud por parte del niño frente a la alimentación. También posee ciertas desventajas respecto al método tradicional, como el déficit nutricional de hierro o el riesgo de atragantamiento, que debieran ser analizadas a la hora de escoger un método u otro.

**OBJETIVO.** Realizar una búsqueda bibliográfica sobre este nuevo enfoque que nos permita conocer estudios realizados para evidenciar de forma científica las ventajas que ofrece este método, así como los inconvenientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Partiendo de la pregunta PICO: “En los lactantes, ¿resulta ser el nuevo método de destete de Baby Led Weaning más adecuado para su desarrollo que el método tradicional de alimentación complementaria?”, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos. Para la realización de dicha búsqueda, se utilizó el lenguaje natural. En las bases y fuentes de datos se seleccionaron un total de 12 artículos.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN.** Se analizan diferentes estudios para valorar y evidenciar cada uno de los aspectos más relevantes relacionados con el enfoque dirigido por el bebé. El Baby Led Weaning es un método desconocido en nuestro país, y los estudios que se encuentran actualmente son escasos y de pequeño tamaño muestral. Para continuar valorando la aplicación de este nuevo enfoque y extrapolar los resultados obtenidos debe realizarse una investigación más amplia.

**Palabras clave.** Baby Led Weaning, Baby Led Introduction to SolidS, alimentación complementaria, destete, atragantamiento, obesidad.

## 2. INTRODUCCIÓN:

La correcta alimentación del ser humano durante los dos primeros años de vida es imprescindible para alcanzar un buen crecimiento y estado de salud.

Esta etapa exige un gran aporte de nutrientes y de energía, y por tanto unas pautas correctas en cuanto a la dieta del lactante.

Diversos estudios han demostrado que se trata de la etapa de la vida más vulnerable a presentar alteraciones en el desarrollo físico, déficits nutricionales o patologías frecuentes.

A la larga, los déficits de determinados nutrientes están vinculados a una menor disposición para el trabajo y una menor capacidad intelectual. También se enlazan con una salud inadecuada, tanto física como psíquica, durante la juventud y la madurez.

Además, según Enrique Romero Velarde et al<sup>1</sup>, “Ahora se conoce que el déficit o exceso en el consumo de energía y algunos nutrimentos pueden participar en la programación metabólica temprana, con consecuencias a largo plazo, incluso sobre la aparición de enfermedades crónicas del adulto.”

La alimentación complementaria consiste en la introducción de alimentos diferentes a la leche a partir de los seis meses de vida, que constituye el primer paso para dejar atrás la lactancia del bebé e introducirle en un nuevo período. Estos cambios nutricionales implican asimismo una serie de cambios en cuanto a la adaptación del niño, suponiendo una mayor integración a la vida familiar y social.

Los objetivos de la alimentación complementaria en el bebé se basan en conseguir una dieta saludable, que se debe prolongar durante la edad adulta, evitando de esta manera la incidencia de enfermedades crónicas.

La correcta pauta de alimentación complementaria también busca evitar, a largo plazo, que el niño tenga predilección por unos alimentos u otros, previniendo de esta forma la obesidad infantil. También se busca prevenir o evitar alergias e intolerancias alimentarias.

Normalmente, el principal método utilizado para el destete del lactante y para la introducción de la alimentación complementaria ha consistido en aportar a la dieta del niño alimentos en forma de papillas y purés, introduciendo diferentes alimentos de forma gradual y dejando un breve espacio de tiempo entre cada nuevo alimento, hasta que el bebé pudiera adquirir la capacidad de tomar por sí mismo los alimentos en pequeñas porciones. Este ha sido el principal método utilizado hasta ahora.

De acuerdo con M. J. Galiano Segovia y J. Dalmau Serra<sup>2</sup>: “el momento de la introducción de alimentos no triturados se ha ido retrasando, lo que ha llevado a una mayor frecuencia de problemas en la alimentación en esa edad.”

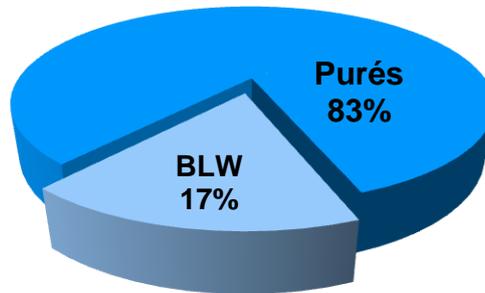
En los últimos años ha surgido un método diferente: el Baby Led Weaning (BLW) o destete llevado a cabo por el bebé.

Se trata de un método propuesto en 2002 por la Organización Mundial de la Salud. Es un método diferente al utilizado normalmente, en el cual los bebés se encargan por sí mismos de su propia alimentación, en vez de ser el adulto quien les suministre los alimentos con cuchara. Son los padres quienes ofrecen los alimentos al niño, pero quien decide qué alimentos tomar y cuánta cantidad es el pequeño.

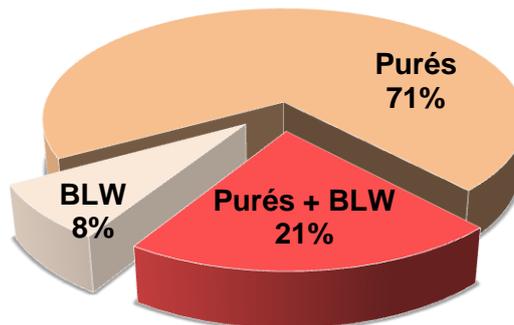
Este método surge previamente con Gill Rapley, una enfermera pediátrica de Reino Unido que idea el Baby Led Weaning con la idea de que el lactante pueda continuar alimentándose según sus instintos primarios tal como sucede en la etapa de lactancia. Debido a su origen en dicho país, la prevalencia del enfoque dirigido por el bebé es mucho mayor en Reino Unido que en otros países, como Nueva Zelanda o España, tal como se muestra en la figura 1.

Figura 1. Gráficos de prevalencia del BLW en España, Reino Unido y Nueva Zelanda.<sup>3</sup>

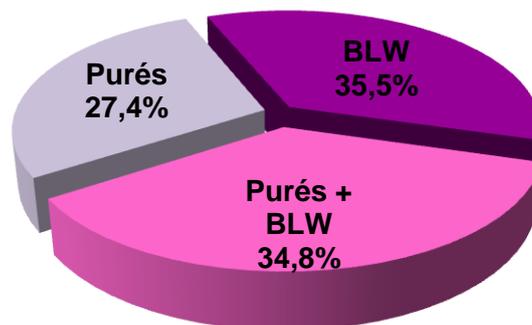
### Prevalencia del BLW en España



### Prevalencia del BLW en Nueva Zelanda



### Prevalencia del BLW en Reino Unido



En el Baby Led Weaning, el lactante opta a coger porciones de alimentos con sus manos. El lactante también participa en comidas familiares y toma leche materna a demanda, hasta que él mismo se termina destetando.

El destete mediante este método debe comenzarse a partir de los seis meses de edad. La recomendación se basa en que el niño debe comenzar cuando esté preparado para iniciar la alimentación complementaria, es decir: cuando pueda estar sentado, coger cosas con las manos y se lleve todos los objetos a la boca y cuando el niño sea capaz de masticar. En la tabla 1 se muestran las distintas capacidades psicomotoras que adquiere el lactante a lo largo de su desarrollo.

Tabla 1. Desarrollo psicomotor del lactante sano en relación con la alimentación<sup>4</sup>

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

Sonya L. Cameron et al<sup>5</sup> afirman que “El Baby-Led Weaning se puede describir como teniendo dos fases: preparación para Baby Led Weaning (BLW) desde el nacimiento hasta aproximadamente seis meses, seguida de la implementación de BLW desde aproximadamente seis meses en adelante. Durante la fase de preparación, los bebés son idealmente alimentados exclusivamente con leche materna (aunque también es posible la fórmula o la alimentación mixta) y los padres esperan hasta que el niño muestre señales de desarrollo para alimentarse por sí solo alrededor de los seis meses de edad.”

Durante la fase de preparación, la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva, ya que la leche de la madre experimenta transformaciones en cuanto al sabor según la dieta que esta lleve a cabo. Esta diversidad de sabores prepara al niño para la alimentación complementaria.

Además, este método se diferencia de los utilizados habitualmente porque ofrece un repertorio mayor de nutrientes como primeros alimentos. La mayoría de los alimentos que se administran a los niños que son alimentados con el método convencional de purés y comen con cuchara pueden ofrecerse también para los niños que realizan el Baby Led Weaning: verduras, frutas, pasta, carnes, etc.

Una aclaración importante a la hora de comenzar el Baby Led Weaning es que el lactante no debe tener sueño ni estar hambriento. Esto se debe a que, al principio, el niño no está atento ni receptivo a los nuevos alimentos ya que su principal sustento continuará siendo la leche materna.

Según R. Leis Trazado<sup>6</sup> “Estudios recientes demuestran que el Baby Led Weaning se adopta con más frecuencia entre mujeres que amamantan, de nivel educacional más elevado y aquellas que no se incorporan al trabajo fuera del hogar antes de los 12 meses posparto. Los padres que siguen el Baby Led Weaning lo perciben como más saludable, más barato y que hace al niño más feliz.”

Diversos estudios afirman que los padres indican que optan por este método y no el convencional porque consideran que resulta más beneficioso para la salud. Está demostrado que los niños que siguen este método alternativo de alimentación continúan con la lactancia materna durante un período de tiempo más prolongado, obteniendo importantes beneficios.

También es una forma más fácil de incluir la alimentación complementaria, además de percibir que sus hijos estaban más contentos.

Se considera que este método es una forma de que el niño admita mejor los nuevos alimentos, ya que el niño no se siente obligado a comer ciertas cosas, y se siente partícipe y protagonista en su auto cuidado. Este método fomenta la seguridad del bebé en sí mismo.

De acuerdo con Marta Vega Velasco Enrique<sup>4</sup>, “el bebé sigue adoptando un papel activo en su alimentación, tal y como lo venía haciendo con la lactancia materna a demanda, en lugar de adoptar el rol pasivo de esperar a que el adulto lo alimente.”

Otra de las ventajas que implica este método es la diversidad de sabores que ofrece, así como una disminución del riesgo de obesidad, tanto infantil como en el adulto y otra serie de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación y los hábitos de vida, ya que favorece que el niño tenga una actitud positiva hacia la comida, al tener la capacidad de decidir qué le gusta y qué no, y poder tener la libertad de rechazar por sí mismo los alimentos que no le agradan.

El Baby Led Weaning resulta un método más conveniente ya que:

- 1) Fortalece los vínculos familiares al compartir los alimentos.
- 2) Permite desarrollar de forma adecuada los músculos faciales y orales. El niño aprenderá a masticar bien los alimentos y a comer despacio.
- 3) Resulta ser más eficaz al suponer una mayor adaptación del bebé tanto dentro como fuera del hogar, así como más económico.
- 4) No conlleva tanto tiempo, a diferencia del método tradicional de preparación de purés y alimentos triturados, e implica comer de manera más sana.

Según Enrique Romero-Velarde et al<sup>1</sup>, el Baby Led Weaning “Mejora el gusto por los hidratos de carbono complejos, pero no por los azúcares; propicia el reconocimiento de la sensación de saciedad con lo que reduce la posibilidad de desarrollo de sobrepeso; promueve estilos saludables de alimentación; disminuye la probabilidad de consumo de alimentos comerciales.”

Otro de los múltiples beneficios que ofrece este método es que incrementa las capacidades motrices del niño, incluyendo tanto la motricidad fina como gruesa.

Muchos profesionales sanitarios coinciden en que este método conlleva una serie de ventajas, pero en su mayoría difieren de la opinión de los padres por ciertos inconvenientes.

Así como esta serie de beneficios, los profesionales sanitarios afirman que el Baby Led Weaning tiene una serie de inconvenientes, como el déficit de ciertos componentes nutricionales en comparación a la alimentación complementaria tradicional, que se basa en la toma de purés y papillas con cereales que contienen variedad de micronutrientes, o el aumento del riesgo de atragantamiento o ahogamiento para el niño. Es aquí donde reside la verdadera importancia del estudio y la valoración sobre la eficacia de dichos métodos de alimentación.

El Baby Led Weaning no produce mejoras ni cambios en cuanto a los hábitos alimenticios de los padres y la propia familia.

Diversos estudios verifican que supone un mayor riesgo de una insuficiente toma de hierro debido al tipo de comidas que el niño ingiere, creando una determinada deficiencia de este nutriente. También supone un cierto riesgo de que el niño no ingiera suficientes alimentos y energía, lo que podría dar lugar a un peso inferior a la media.

Se afirma que un 30% de los lactantes experimentan un incidente de atragantamiento debido a la ingestión de alimentos sólidos. Además, los padres no suelen diferenciar un episodio de asfixia con arcadas por náuseas o vómitos.

R. Leis Trabazo<sup>6</sup> señala que “la reducción del riesgo de asfixia antropológicamente se busca con la premasticación de los alimentos previa al consumo por el lactante.”

Un dato muy evidente es que el Baby Led Weaning debe comenzarse a partir de los seis meses de vida del lactante, ya que requiere ciertas habilidades necesarias citadas anteriormente. El niño debe tener la capacidad de ejecutar los movimientos bucales correspondientes al troceado y digestión de los alimentos.

Se considera comenzar la alimentación complementaria de forma temprana cuando esta se inicia antes de los 4 meses de vida. Esto conlleva graves consecuencias para la salud, debido a la falta de madurez de los distintos sistemas del organismo.

A corto plazo pueden producirse:

- Aumento de patologías gastrointestinales, debido a la disminución de la protección gástrica que aporta la leche materna y a la posible contaminación de ciertas comidas.

- Disminución de la velocidad de crecimiento y desarrollo del niño, debido a la disminución del aporte lácteo.
- Aumento del riesgo de deficiencias de ciertos micronutrientes, como zinc o hierro.
- Mayor probabilidad de padecer intolerancia a la proteína de leche de vaca.
- Aumento de patologías renales y respiratorias.

A largo plazo, la introducción de la alimentación complementaria de forma temprana puede conllevar una mayor probabilidad de padecer en el futuro:

- Intolerancias alimentarias
- Sobrepeso
- Hipertensión arterial
- Pautas de alimentación incorrectas por parte del individuo.

Está considerado que introducir la alimentación complementaria después de los 6 meses y medio de vida también es erróneo. Comenzar la alimentación de forma tardía también trae consecuencias negativas. Evidentemente puede implicar disminución de la velocidad de desarrollo y crecimiento del niño, así como deficiencias nutricionales, pero también cambios en la conducta del lactante, que se traducen en hostilidad y repudio hacia los alimentos sólidos.

No obstante, el Baby Led Weaning no es apto para todos los lactantes. Los niños pre-término requieren un mayor aporte de hierro. Los bebés prematuros tienen, además, una menor capacidad para manipular los alimentos sólidos.

Así mismo, se debe tener en cuenta que hay ciertos tipos de alimentos que, por su consistencia, no deben ser ofrecidos al niño. Este método requiere el aprendizaje por parte de los padres sobre qué alimentos dar al niño y cuáles no, obviando que siempre las comidas deben realizarse bajo supervisión.

Se ha desarrollado un método de Baby Led Weaning modificado, ante la preocupación de los profesionales sanitarios acerca de tres aspectos negativos principales que pueden surgir con este tipo de alimentación: el Baby Led Introducción a Sólidos (BLISS).

Este método pretende abarcar las principales desventajas que puede conllevar el Baby Led Weaning:

- 1) Aumento del riesgo de atragantamiento.
- 2) Mayor riesgo de retraso en el desarrollo del niño.
- 3) Déficit de micronutrientes como el hierro.

Este método modificado difiere del Baby Led Weaning (BLW) en una serie de características que lo definen, tales como proporcionar al niño comidas que contengan energía y hierro en una proporción elevada y dar comidas adecuadas en función de la edad del lactante y no proporcionar nutrientes que puedan llevar al atragantamiento o asfixia.

El método BLISS, según un pequeño estudio realizado en Nueva Zelanda durante 12 semanas, ha podido disminuir los alimentos administrados al lactante que pueden conllevar riesgo de atragantamiento y aumentar las comidas que contienen una elevada proporción de hierro. Ante estas dos grandes preocupaciones surge la necesidad de llevar a cabo una investigación mucho más amplia y desarrollada, así como la corroboración de los datos anteriormente citados en un estudio mucho más amplio.

## **JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS:**

La incidencia cada vez mayor de enfermedades crónicas y problemas de salud relacionados con la dieta hace que cada vez tomen más importancia las correctas pautas de alimentación, sobre todo durante la primera etapa de la vida, en la cual es imprescindible para alcanzar un adecuado desarrollo y para evitar dichos problemas de salud en un futuro.

La búsqueda bibliográfica y el análisis sobre el Baby Led Weaning están justificados por la necesidad de comprobar la eficacia de este método en relación a la alimentación complementaria habitual, ya que se trata de un nuevo abordaje de la alimentación complementaria que cada vez se adopta con más frecuencia. Su reciente popularidad plantea a los profesionales de salud la eficacia y seguridad de este método y sobre todo, su evidencia científica.

**a) Objetivo principal:**

El objetivo principal del trabajo será valorar si el nuevo método de destete del lactante conocido como Baby Led Weaning es más apto para alcanzar un adecuado estado de salud que el método de alimentación complementaria habitual, revisando la información disponible hasta la actualidad sobre este nuevo método.

**b) Objetivos específicos:**

- Verificar mediante el análisis de diferentes estudios si realmente el Baby Led Weaning disminuye el riesgo de patologías crónicas como la obesidad.
- Comprobar si el BLW cubre las necesidades nutricionales del lactante.
- Analizar riesgos que conlleva el Baby Led Weaning, como el riesgo de asfixia y la deficiencia nutricional de hierro.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS:

Para la realización de dicho trabajo, se ha elaborado una revisión bibliográfica sobre el Baby Led Weaning y los datos sobre este método más relevantes a día de hoy, siguiendo la búsqueda en bases de datos de ciencias de la salud, con la finalidad de usar la información obtenida para conseguir los objetivos descritos.

El planteamiento de la búsqueda ha tomado como referencia la formulación del modelo de la pregunta de investigación llamada P.I.C.O., tal como se muestra en la tabla 2: En los lactantes, ¿resulta ser el nuevo método de destete de Baby Led Weaning más adecuado para su desarrollo que el método tradicional de alimentación complementaria?

Tabla 2. Modelo PICO.

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>Paciente, problema o condición</b>	<b>Intervención</b>	<b>Comparación de la Intervención</b>	<b>Resultado esperado</b>
Lactantes	Uso de Baby Led Weaning	Alimentación complementaria tradicional	Desarrollo adecuado
<b>En los lactantes, ¿resulta ser el nuevo método de destete de Baby Led Weaning más adecuado para su desarrollo que el método tradicional de alimentación complementaria?</b>			

En la búsqueda documental se ha utilizado el lenguaje natural con los términos “baby”, “led” y “weaning”.

Los términos escogidos se han combinado mediante el operador booleano “AND” para obtener un orden lógico en la búsqueda.

Las referencias más utilizadas y relevantes en el trabajo, fueron los documentos científicos empleados de las siguientes bases de datos:

- Biblioteca Virtual en Salud (BVS): es una colección descentralizada y dinámica de fuentes de información cuyo objetivo es el acceso equitativo al conocimiento científico en salud. Es mantenido por BIREME, un Centro Especializado de la OPS.
- PubMed: Base de datos de la National Library of Medicine que posee más de 19 millones de referencias bibliográficas y resúmenes de más de 4000 revistas biomédicas publicadas en los Estados Unidos y en 70 otros países. El acceso es universal, gratuito y en inglés.
- SciELO (Scientific Electronic Library Online): modelo para la publicación electrónica de revistas científicas en Internet que ha ido aumentando sus alianzas convirtiéndose en la actualidad en uno de los principales recursos bibliográficos en español.
- Wiley Online Library: la Biblioteca online de Wiley ofrece acceso íntegro sin interrupciones a más de 4 millones de artículos de 1.500 revistas, 9,000 libros y cientos de volúmenes de trabajo de referencia, protocolos de laboratorio y bases de datos.
- Web of Science (FECYT): es un servicio en línea de información científica que facilita el acceso a un conjunto de bases de datos en las que aparecen citas de artículos de revistas científicas, libros y otros tipos de material impreso que abarcan todos los campos del conocimiento académico.

No obstante, además de las consultas en las bases de datos, se accedió a Google Académico, buscador especializado de Internet, que rastrea todo tipo de documentación científica localizable en la Web, tanto referencias bibliográficas como documentos íntegros. Es libre, de acceso gratuito y en español. Facilita el texto completo o la página del documento, dependiendo de cada búsqueda.

Además, se accedió a la página web de la Asociación Española de Pediatría, donde se han consultado varios aspectos sobre el tema.

Ya que se trata de un tema relativamente nuevo y que se está dando a conocer en los últimos años, hay poca bibliografía sobre el tema, sobretodo en nuestro país, así que otro método de búsqueda de artículos sobre el BLW consistió en buscar artículos según las citas de los autores.

Los **criterios de inclusión** que se utilizaron para la selección de los artículos son los siguientes:

- Artículos cuyo texto completo se encontrase a libre disposición.
- Artículos en inglés, español y portugués.
- Artículos desde el año 1990 hasta la actualidad.

Los **criterios de exclusión** que se han utilizado han sido los siguientes:

- Artículos con acceso restringido o de suscripción/pago.

### **Resultados de bases de datos:**

#### **Búsqueda: BABY and LED and WEANING**

##### **1. Biblioteca Virtual de Salud (BVS):**

Con esta búsqueda se obtuvieron 44 artículos.

Se aplican los siguientes filtros:

- Texto completo: disponible.
- Año: se incluyen los artículos publicados desde el año 1990, excluyendo 1 artículo que pertenece al año 1984.

Tras aplicar dichos criterios, se obtienen 29 artículos, de los cuales 7 de ellos son seleccionados para su lectura crítica y objetiva. Finalmente, 2 artículos son escogidos para la realización del trabajo.

##### **2. PubMed:**

Con ésta búsqueda encontramos 156 artículos.

Aplicamos los siguientes filtros:

- Article types (tipos de artículo): review (revisión).
- Text availability (texto disponible): free full text (texto completo gratuito).
- Publication dates (fechas de publicación): custom date range (rango de fechas personalizado). Realizamos la búsqueda desde el año 1990 hasta 2018.

Con los criterios aplicados, se obtienen 6 artículos, de los cuales se seleccionan 2 artículos. Tras la lectura crítica y objetiva de ambos, sólo 1 artículo es utilizado para la realización del trabajo.

### **3. Wiley Online Library:**

En la búsqueda inicial se encontraron 5.257 artículos. Se aplicaron diversos filtros:

- Fecha de publicación: desde 1990 hasta 2018.
- Estado de acceso: contenido de acceso abierto.

Este último criterio permitió reducir la búsqueda hasta 60 artículos, de los cuales solo 1 de ellos fue seleccionado para su lectura y para la realización del trabajo.

### **4. SciELO:**

Tras hacer una búsqueda simple con dichos descriptores, sólo se obtienen 3 artículos, sin haber aplicado los criterios de inclusión y de exclusión.

Se observa que dichos artículos cumplen los criterios, ya que dos de ellos están publicados en 2016 y el último en 2018.

2 de ellos son seleccionados para su lectura crítica, y finalmente sólo 1 es utilizado para la realización del trabajo.

### **5. Web of Science (FECYT):**

En esta base de datos, buscamos según las citas de autores relacionadas con un artículo que resulta de gran interés para el trabajo, para encontrar de esta forma artículos similares. Se obtienen 16 artículos citados, de los cuales 6 son seleccionados para su lectura crítica y objetiva. Finalmente, 2 artículos son utilizados.

## **6. Google Académico:**

Con esta búsqueda se obtienen 34.800 resultados.

Se aplican los siguientes filtros:

- Intervalo específico: desde 1990 hasta 2018.
- Ordenar por relevancia

Debido al gran número de artículos que se obtienen tras aplicar dichos filtros (572 artículos), añadimos en esta base de datos un criterio más: Buscar sólo páginas en español.

Con esta búsqueda, el número de artículos se reduce a 51. Sólo 3 de ellos son preseleccionados para su lectura crítica, y finalmente 1 artículo es utilizado para la realización del trabajo.

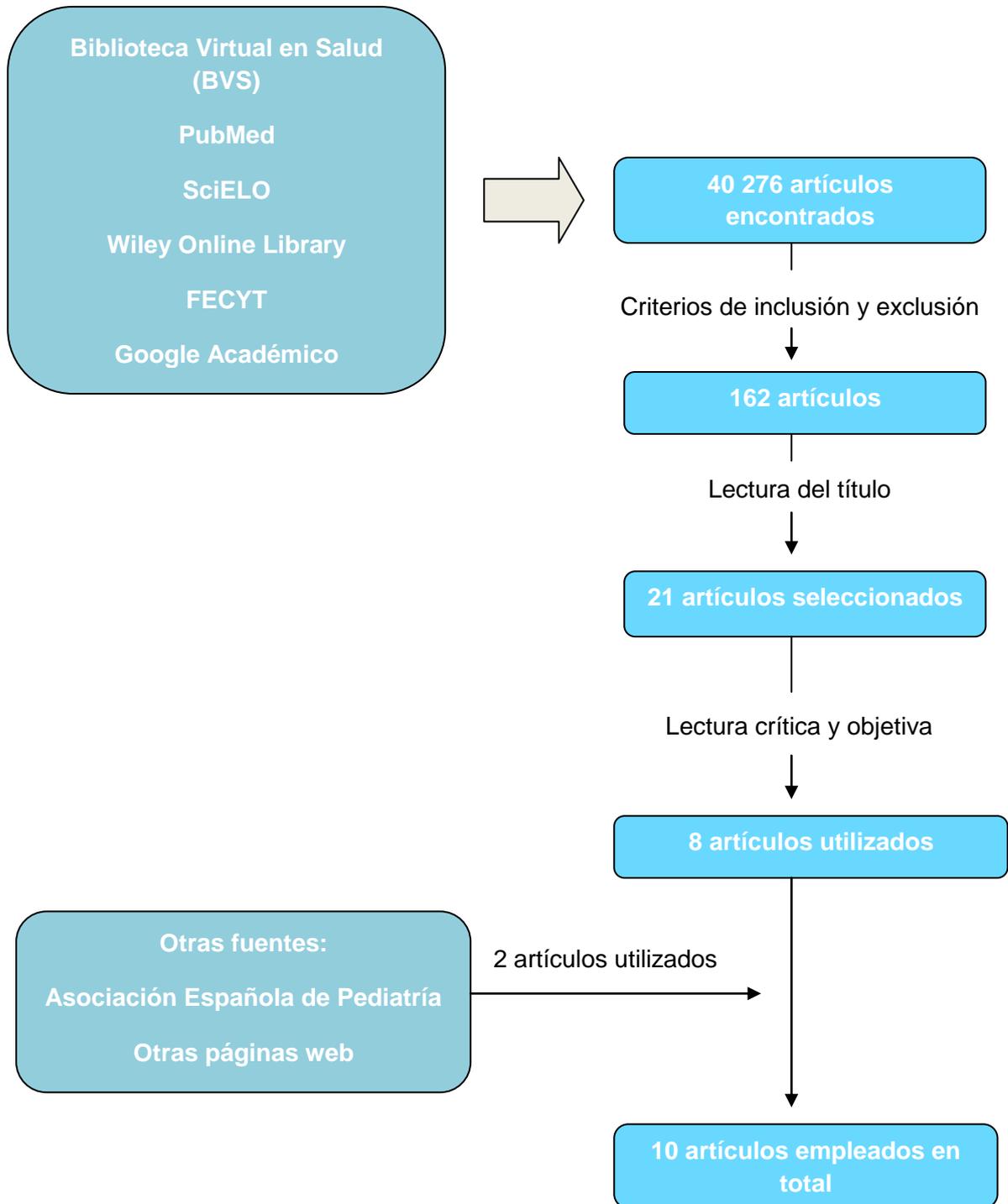
## **OTRAS FUENTES**

### **Asociación Española de Pediatría:**

Se realizó la búsqueda con las siguientes palabras: “baby led weaning”, obteniéndose un total de 20 artículos. De ellos, 4 artículos fueron seleccionados para su lectura crítica, utilizando finalmente 2 para la realización del trabajo.

Después de la lectura de todos los artículos seleccionados, se exponen a continuación, los resultados y la discusión con toda la información de la revisión bibliográfica de una forma estructurada.

Figura 2. Diagrama de flujo (elaboración propia).



## 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Después de evaluar los estudios hallados sobre el Baby Led Weaning o destete dirigido por el bebé, se encuentran distintas ventajas que se deben analizar para elegir un método u otro, debido a los inconvenientes que así mismo tiene dicho enfoque.

Se han analizado las x citas encontradas en la búsqueda bibliográfica, agrupando los resultados en relación a los aspectos más relevantes:

### **-Baby Led Weaning y calidad dietética**

Los hábitos y la rutina alimenticia de las familias es una cuestión importante en el destete dirigido por el bebé, ya que según qué tipos de alimentos se tomen se fomentará o se preverá el sobrepeso u obesidad del niño. Por tanto, se deben evaluar en los estudios los distintos tipos de alimentos que se ofrecen al lactante.

Para conseguir una adecuada dieta para el pequeño, se deben ofrecer nutrientes con proporciones energéticas altas y bajas.

En distintas investigaciones<sup>5,7,8</sup> se dispone que los componentes del estudio lleven a cabo un registro de todos los alimentos que ofrecen a su hijo durante 3 días: tipo de nutriente, cuantía y forma de preparación de los alimentos para evaluar la calidad dietética del enfoque dirigido.

En uno de los estudios<sup>9</sup> se afirma que los niños realizan una media de 5-6 comidas al día por sí mismos mediante el enfoque dirigido. En dicho estudio se muestra que un 40% los bebés ya eran capaces de alimentarse por sí mismos antes de los 6 meses, y a partir de los 8 meses un 90% de los niños partícipes del estudio.

En otro artículo<sup>7</sup> se sostiene que el 77% de la muestra del estudio de los bebés que seguían el enfoque BLW eran capaces de alimentarse por sí solos con 6-8 meses.

Una de las características importantes del enfoque BLW consiste en compartir las comidas en familia, dando al niño los mismos alimentos o parecidos a los que toma el resto de la familia, en contraste con el enfoque tradicional de purés y papillas.

En un estudio<sup>10</sup> se observa que los niños que seguían el enfoque BLW que realizaban las comidas en familia tuvieron mayores posibilidades (59%) de tomar alimentos enteros, parecidos a los del resto de la familia. El 57% de nutrientes que consumieron los niños eran iguales a los de sus padres. Sin embargo, en la merienda los alimentos eran algo distintos, encontrándose que los bebés tomaban fruta y los padres infusiones, café o dulces.

El 85% de comidas eran realizadas por el bebé y los padres al mismo tiempo. Los niños realizaban 3 comidas con trozos y 5 tomas de leche materna hasta los 9 meses de edad.

Los alimentos sólidos que más se ofrecen al lactante en el enfoque dirigido son frutas, verduras y carbohidratos. En uno de los estudios se afirma que las comidas más frecuentes fueron frutas, verduras, carnes, pan y tostadas.

La ingesta de alimentos comerciales también fue evaluada en un estudio<sup>5</sup>, en el que la muestra del grupo BLISS (Baby Led Weaning Introduction a SolidS) tomaba una menor cantidad de estos respecto a la muestra del grupo que seguía un enfoque tradicional.

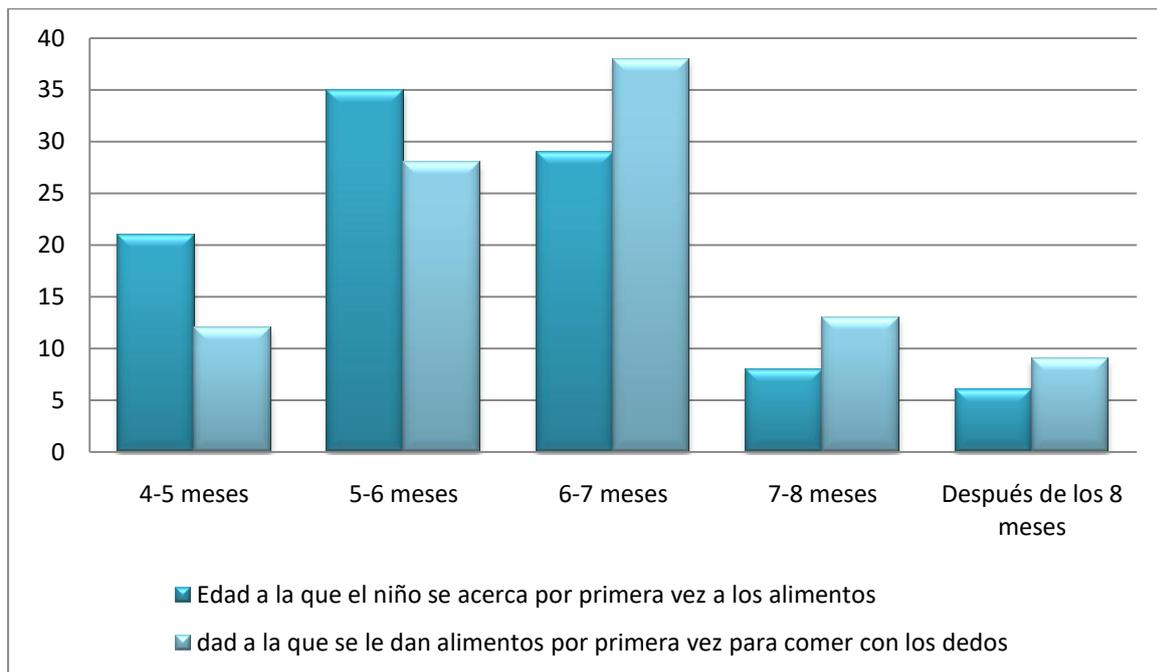
En cuanto a la condimentación de los alimentos, se observó que las proporciones de sal y azúcar fueron introducidas en la dieta del niño progresivamente en ambos grupos. Respecto a la fruta, en un estudio<sup>11</sup> los bebés que siguen el enfoque dirigido toman mayor cantidad diaria que el grupo tradicional.

Uno de los estudios<sup>12</sup> confirma que casi todos los alimentos que se ofrecen al bebé en forma de puré o papillas también pueden darse siguiendo el enfoque dirigido, excepto el cereal rico en hierro.

Sin embargo, en una de las investigaciones<sup>7</sup> se percibió que algunas comidas eran propicias para tener un estado nutricional deficitario, por su contenido en sal o azúcar. Un 76% de las comidas ofrecidas contenían una alta cantidad de Na, y un 45% un gran contenido en azúcar.

A pesar de que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la ingesta energética, un 13,7% de los lactantes que siguieron un enfoque BLW ingirieron una cantidad inadecuada de zinc, grasas, vitamina B12, hierro y calcio. La cantidad ingerida de fibra en la dieta no fue evaluada.

Figura 3. Distribución de frecuencia del número de lactantes que se acercó por primera vez a la alimentación y se les dieron alimentos con los dedos a diferentes niveles.<sup>8</sup>



A pesar de que en muchas investigaciones se pone en duda la calidad nutricional que ofrece este enfoque, debido a las carencias que se observan en algunos micronutrientes como el hierro, zinc o vitamina B12, en el BLW se observa un menor consumo de alimentos comerciales, lo cual resulta ser beneficioso para la prevención del sobrepeso infantil.

### **-Baby Led Weaning y prevención de la obesidad:**

La obesidad y el sobrepeso son los aspectos que más se analizan en todas las investigaciones, debido a la gran trascendencia clínica y social que poseen hoy en la actualidad. Ambos aspectos están directamente relacionados con el desarrollo de unas prácticas saludables adecuadas, desde los primeros años de vida.

El aumento de peso y el índice de masa corporal (IMC) están relacionados con la sensibilidad de cada individuo a la saciedad y los factores ambientales.

A. Brown y M. D. Lee<sup>10</sup> afirman: “Un factor ambiental clave es el control del estilo parental de alimentación infantil, que se ha demostrado que conduce a una regulación del apetito más pobre. Controlar las prácticas de alimentación, como restringir la dieta y presionar a los niños a comer, está asociada con una disminución de la capacidad de regular la ingesta según el apetito.”

De esta forma, las prácticas restrictivas en la alimentación por parte de los padres tienen como consecuencia un aumento del peso. Al contrario, ejercer presión sobre el niño para comer desencadena en él nerviosismo e irritabilidad que dan lugar a una disminución del peso.

En este estudio<sup>10</sup> se demuestra que los bebés alimentados según BLW son más sensibles a la saciedad y menos exigentes que los lactantes destetados con el método estándar de alimentación complementaria. Por tanto, los niños destetados según Baby Led Weaning poseen un mayor control de su apetito.

También se analiza el Índice de Masa Corporal (IMC) en diversos estudios, para ver si realmente existen diferencias de peso entre un estilo de alimentación complementaria u otro.

La mayoría de estudios<sup>5, 9, 13, 14</sup> afirman que realmente hay una relación entre la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil y el método BLW para destetar a los lactantes, pero no es posible evidenciar que esta relación sea estadísticamente significativa.

En el caso de los bebés que fueron destetados siguiendo el estilo BLW, se informó sobre unas prácticas alimenticias con menos limitaciones y menor control, así como una menor intranquilidad por parte de las madres sobre el peso del lactante, en comparación con los niños que siguieron un método de destete tradicional.

A. Brown y M. D. Lee<sup>10</sup> afirman en este estudio que “no se observó asociación entre el estilo de destete y el peso del bebé o el tamaño percibido. Un estilo de destete dirigido por el bebé se asoció con un estilo de alimentación materna que tiene poco control. Esto podría tener un impacto positivo sobre el peso y el estilo de alimentación posterior del niño.”

Sin embargo, no se evidenciaba significación estadística respecto al Índice de Masa Corporal entre ambos grupos de alimentación.

Actualmente se encuentra una alta prevalencia, cada vez mayor, de patologías crónicas como la obesidad. El enfoque dirigido por el lactante puede ser una alternativa para evitar la incidencia de dicha patología en pediatría. Ciertas investigaciones afirman que los lactantes que optan por el método BLW poseen un Índice de Masa Corporal inferior a la edad de 12 meses en comparación a los lactantes que optan por el método tradicional. A pesar de ello, este hecho debe justificarse con una investigación más amplia debido a que los resultados de algunos estudios carecen de significación estadística.

El enfoque BLW es capaz de fomentar unos hábitos adecuados de salud, consistiendo en que los bebés adopten las costumbres alimenticias de los padres, y así mismo los padres pueden adoptar unos hábitos más saludables, realizando cambios en la dieta familiar para que esta tenga mayor afinidad con el lactante.

### **-Baby Led Weaning y déficit nutricional de hierro:**

A partir de los 6 meses de vida, la lactancia materna exclusiva no es capaz de aportar unas cantidades óptimas de hierro, pudiendo traer como consecuencia la aparición de anemia ferropénica. Además, a largo plazo, el déficit de este micronutriente puede conllevar consecuencias negativas en el organismo, como trastornos en la motricidad fina.

Se precisa, por tanto, un aporte añadido de hierro transcurridos los 6 meses de vida. Con la alimentación complementaria mediante purés y papillas, este aporte tiene lugar mediante dichas papillas preparadas con cereales fortificados. En el caso del enfoque BLW, ese aporte extra debe realizarse mediante alimentos sólidos, como las carnes rojas.

En un estudio piloto<sup>5</sup> entre dos muestras: un grupo de lactantes que siguieron el enfoque BLW, y otro grupo que siguieron un enfoque BLW adaptado, el método BLISS (Baby Led Introduction to Solids), se observó que los lactantes que el grupo BLISS proporcionó una mayor diversidad de alimentos que contienen hierro (20,1 g/día) que el grupo que seguía el enfoque BLW (3,2 g/día).

A pesar de esto, Sonya L. Cameron et al<sup>5</sup> corroboraron que “no hubo diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de hierro ofrecida de alimentos complementarios por los participantes BLISS (4.9 mg / día) y BLW (2.2 mg / día) que completaron los registros de la dieta. El tamaño de la muestra fue muy pequeño.”

Se puede llegar a la conclusión de que un mayor aporte de carne roja y alimentos que contengan hierro en el grupo BLISS puede llegar a favorecer la absorción de este micronutriente en el organismo, dando lugar a unos parámetros de hierro más adecuados, pero estos datos deben evidenciarse en un ensayo cuya muestra sea más grande e incluya medidas bioquímicas de este mineral. Así mismo, debe tenerse en cuenta que el ensayo ha sido realizado comparando el enfoque tradicional con el enfoque BLW modificado (BLISS), por lo que no se podrían extrapolar dichos resultados.

La ingesta de hierro, cuya introducción en la dieta es imprescindible desde los 6 meses de edad, es un importante debate que se ha creado con este enfoque. A pesar de que las reservas de hierro son mucho mayores en alimentos como la carne roja que en los cereales fortificados que se ofrecen en el método tradicional, su ingesta puede conllevar cierto riesgo de ahogamiento o asfixia del bebé, cuya preocupación se da en padres y profesionales de la salud.

### **-Baby Led Weaning y riesgo de ahogo y asfixia:**

\*Entendiendo ahogo y asfixia como atragantamiento.

Los casos de asfixia o ahogo han sido examinados para comprobar si hay o no un mayor número de incidentes en función del tipo de destete llevado a cabo.

Durante los 2 años que duró en el ensayo acerca del método BLISS<sup>5</sup> fueron notificados 8.114 incidentes por atragantamiento o náuseas.

Según L. J. Fangupo<sup>15</sup>, “Se proporcionaron datos completos del cuestionario para 170 bebés a los 6, 7 y 8 meses de edad, 59 de los cuales se ahogaron al menos una vez (35%). La mayoría de los bebés que se ahogaron en un mes dado (68% a los 8 meses y 77% a los 7 meses) solo lo hicieron una o dos veces ese mes, aunque 1 participante BLISS se ahogó 8 veces a los 6 meses.”

Este estudio analizó los casos de atragantamiento sucedidos en el enfoque BLW y en el método BLISS. El 51% de los incidentes fueron resueltos por el niño sin precisar asistencia médica, sólo fue necesaria ayuda sanitaria en 3 casos del estudio, causados por alimentos mezclados administrados junto con líquidos e introducidos por el padre directamente en la boca del bebé. Solamente dicho estudio<sup>13</sup> trata los casos de atragantamiento o asfixia (BLW: 1 - BLISS: 2), en el que se muestran unos resultados que no son estadísticamente significativos.

Lo que sí se pudo corroborar es que en ambos grupos se ofrecieron alimentos con riesgo de atragantamiento en gran frecuencia, lo cual resulta alarmante. Es por esto que las recomendaciones sanitarias sobre la corrección de pautas alimenticias, eliminando los nutrientes que presentan riesgo de asfixia, pueden ser útiles.

No obstante, en este estudio se evidenció que los lactantes del grupo BLISS tomaron alimentos con menor riesgo de asfixia que los del otro grupo.

Es importante recalcar que son necesarios más estudios para evidenciar la disminución de casos de asfixia y atragantamiento, y que los resultados de este estudio no deben extrapolarse directamente al método BLW ya que este ensayo se ha llevado a cabo con un enfoque BLW modificado.

Son esenciales las aclaraciones sobre los síntomas que se hallan en un incidente de asfixia, diferentes a los que se encuentran en un episodio de náuseas, y un asesoramiento a los padres sobre los alimentos que pueden dar lugar a este tipo de incidentes, y cuándo deben incorporarse a la dieta los alimentos según su consistencia.

## 5. CONCLUSIONES

Tras haber realizado la búsqueda bibliográfica, se pueden afirmar una serie de conclusiones acerca del método de destete dirigido por el bebé:

- El Baby Led Weaning podría ser capaz de prevenir patologías crónicas como la obesidad y el sobrepeso infantil, debiendo asociarse a este enfoque un estilo de vida saludable, fomentado por los padres y la participación del lactante en las comidas familiares.
- En el enfoque dirigido por el bebé, los parámetros de hierro pueden llegar a ser insuficientes, debido a la escasez de cereales fortificados y carnes rojas en la dieta.
- El riesgo de atragantamiento resulta ser el aspecto que más intranquilidad crea en madres y profesionales sanitarios. Con una serie de modificaciones en el enfoque dirigido por el bebé, podría reducirse en la dieta del lactante el aporte de alimentos de riesgo.

El Baby Led Weaning es un modelo de alimentación complementaria que está comenzando a darse en nuestro país, aunque, en su mayoría, resulta ser desconocido.

Para lograr unos resultados y equipararlos a los estudios realizados, ha de difundirse este método y sus pautas. Es necesaria una investigación de mayor amplitud, para así completar los resultados estudiados hasta ahora y tratar con las limitaciones que se han encontrado en las investigaciones ya llevadas a cabo, tales como el bajo número de la muestra del ensayo o la similar clase social y cultural de las madres participantes.

La investigación y los estudios que se encuentran a día de hoy sobre este enfoque, pueden afirmar que este método no está comenzando a extenderse actualmente por moda o popularidad sino que, mediante la adquisición de unos hábitos de vida saludables, podría llegar a prevenir la obesidad infantil, enfermedad crónica cuya prevalencia en España cada vez adquiere unos niveles más elevados.

## 6. BIBLIOGRAFÍA:

1. Romero Velarde E, Villalpando Carrión S, Pérez Lizaur AB, Iracheta Gerez ML, Alonso Rivera Navarrete CG, López Contreras GE, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Bol Med Hospi Infant Mex.* 2016. 73(5):338-356.
2. Galiano Segovia MJ, Dalmau Serra J. Alimentación complementaria dirigida por el bebé («baby-led weaning»). ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante? *Acta Pediatr Esp.* 2013. 71(4):99-103.
3. Azahara Rupérez. Prevalencia del Baby Led Weaning. *Nutrinenes.com.* 2015.
4. Marta Vega Velasco M. Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. *Medicina Naturista.* 2014. 8(2):64-72.
5. Cameron SL, Taylor RW, Health AL. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatrics.* 2015. 15(1):99.
6. Leis Trabazo R. ¿Es el baby-led weaning un patrón recomendable? *Evid. Pediatr.* 2017. 13(2):27.
7. TJ Morison B, W Taylor R, J Haszard J, J Schramm C, Williams Erickson L, J Fangupo L, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. *BMJ Open.* 2016. 6(5).
8. Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, Parkinson KM. Is baby-led-weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Matern Child Nutr.* 2011. 7(1):27-33.
9. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case–controlled sample. 2012. 2(1).
10. Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr.* 2010. 7(1):34-47.

11. Cameron SL, Taylor RW, Health AM. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open*. 2013. 3(12).
12. Cameron SL, Taylor RW, Health AM. How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence. *Nutrients*. 2012. 4(11):1575-1609.
13. Brown A, Lee MD. Maternal Control of Child Feeding During the Weaning Period: Differences Between Mothers Following a Baby-led or Standard Weaning Approach. *Matern Child Health J*. 2011. 15:1265-1271.
14. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr. Obes*. 10(1):57-66.
15. Fangupo LJ, Health AM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics*. 2016. 138(4).
16. Cláudia Regina L Alves et al. Alimentação complementar em crianças no segundo ano de vida. *Rev Paul Pediatr*. 2012. 30(4):499-504.
17. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby led weaning style: developmental readiness for complementary foods. *Matern. Child. Nutr*. 2013. 9(2):233-243.
18. La Orden Izquierdo E, Segoviano Lorenzo MC, Verges Pernía C. Alimentación complementaria: qué, cuándo y cómo. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016. 18(69):31-35.
19. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 2017. 171(9):838-846.
20. Brown A, Lee M. Maternal Control of Child Feeding During the Weaning Period: Differences Between Mothers Following a Baby-led or Standard Weaning Approach. *Matern Child Health J*. 2011. 15(8):1265-1271.
21. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr*. 2016. 12(4):826-837.
22. Brown A, Wyn Jones S, Rowan H. Baby Led Weaning: the evidence to date. *Curr Nutr Rep*. 2017. 6(2):148-156.

23. JAY Cichero. Introducing solid foods using baby led weaning vs. spoon feeding: A focus on oral development, nutrient intake and quality of research to bring balance to the debate. *Nutr. Bull.* 2016. 41(1):72-77.

## **7. ANEXO: Consejos nutricionales del método Baby Led Weaning, impartidos por el personal de Enfermería en el Centro de Salud de Villamuriel:**

### **CONSEJOS EN LA ALIMENTACIÓN DE 6 A 24 MESES:**

#### **MÉTODO BABY LED WEANING:**

La introducción progresiva de alimentos, en la mayoría de los países, depende de los hábitos culturales y de los alimentos disponibles. La dieta durante este período y el tipo de leche empleada pueden tener efectos sobre la salud.

#### **CONSEJO NUTRICIONAL:**

- **NO DEBE INTRODUCIRSE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (ALIMENTOS DIFERENTES A LA LECHE) ANTES DE LOS 4 MESES.**
- La leche sigue siendo el alimento principal, el objetivo deseable es mantener **la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.**
- **A partir de los 4 meses**, si se necesita complementar, se aconseja hacer papilla de cereales con la propia leche de la madre, agua o caldo.
- **A partir de los 6 meses** es necesario introducir nuevos alimentos de forma progresiva con cuchara, porque la leche no cubre todas las necesidades alimenticias y los bebés comienzan la **masticación y la deglución**. No se aconseja biberón para zumos ni líquidos azucarados pues favorece la caries. Los líquidos se pueden dar en vaso o taza desde los 6 meses (**aceptación de sabores y texturas**).
- Todos los niños deben haber iniciado la alimentación (sólidos y líquidos) ante de los **6 meses y medio.**
- **Los alimentos potencialmente alergénicos, como el pescado o los huevos, pueden darse bien cocinados desde los 6 meses (incluso en los lactantes considerados de alto riesgo).**
- **La leche de vaca no debe darse antes de los 12 meses**, aunque en pequeñas cantidades (yogur, queso,...) pueden añadirse alrededor de los 6-9 meses.
- La introducción del **gluten** no debe ser demasiado pronto (**nunca antes de los 5 meses**) ni demasiado tardía (**después de los 7 meses**), con ello se reduce el riesgo de enfermedad celíaca, diabetes mellitus tipo I y alergia a cereales.
- Los niños que reciban una dieta vegetariana deben recibir una cantidad suficiente (>500 ml.) de leche (materna o de fórmula) y productos lácteos, y tampoco debe ser vegetariana estricta.

### **CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS:**

A partir de los 4 meses (en lactancia artificial) o a partir de los 6 meses (en lactancia materna exclusiva) dar purés bien triturados comenzando por patata y zanahoria, añadiendo de forma progresiva verduras y carnes como indica el cuadro adjunto. A partir de los 8 meses puede tomar alimentos sólidos con sus propias manos.

ALIMENTOS FAMILIARES: Hacia los 12 meses pueden alimentarse de la dieta familiar, sin azúcar, poca sal, variada y progresiva, no dar alimentos que pudiesen causar atragantamiento (frutos secos, uvas, aceitunas,...)

### **RECOMENDACIONES DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA:**

- **Las espinacas y acelgas: no incluir antes de los 12 meses.** Entre 1 y 3 años, se recomienda no dar más de una ración de espinacas y/o acelgas al día. No dar estas verduras a niños con infecciones bacterianas gastrointestinales.
  - Alto contenido en nitratos: Acelga, remolacha, lechuga, espinaca y borraja.
  - En menor grado la calabaza, el apio y el calabacín.
- **Evitar el consumo de pescado como pez espada, tiburón, lucio y atún rojo (alto contenido en mercurio), en niños menores de 3 años,** y en mujeres embarazadas y madres lactantes. En niños entre 3 y 12 años limitar su consumo a 50 gramos a la semana o 100 gramos en 2 semanas.
- **No dar miel antes de los 12 meses** ya que es la causa más frecuentemente identificada de casos de botulismo infantil.

**EJEMPLOS DE COMIDAS QUE SE PUEDEN TOMAR A DETERMINADAS EDADES:**

EDAD	HABILIDADES MOTORAS	TIPOS DE ALIMENTOS QUE PUEDEN CONSUMIR	EJEMPLOS DE ALIMENTOS
<b>0-6 meses</b>	Mamar, succionar y tragar	Líquidos	Lactancia materna exclusiva.
<b>4-6 meses</b>	Aparece el reflejo de masticar, mayor fuerza de succión, movimientos reflejos con la lengua.	Lactancia materna exclusiva: Sólo si se necesita complementar (papilla de cereales). Lactancia artificial: Añadir papilla de cereales, frutas, verduras y carnes	<b>Leche materna o artificial.</b> <b>Papillas de cereales.</b> <b>Fruta</b> (zumo de naranja, manzana, pera, plátano,...) <b>Purés de verdura</b> (zanahoria, patata, calabaza y calabacín, judías verdes, puerro, tomate, pimiento, guisantes...) <b>Carne:</b> 30-60 grs. (pollo, ternera).
<b>7-12 meses</b>	Coger la comida de la cuchara con los labios, morder y masticar. Movimientos laterales de la lengua y movimientos de la comida hacia los dientes. Se desarrollan habilidad motoras finas que facilitan la autoalimentación.	Mayor variedad de comidas tanto trituradas, como alimentos picados y alimentos con los dedos, combinando alimentos nuevos y familiares. Dar 3 comidas/día con 2 aperitivos en los intervalos.	<b>Leche materna o artificial.</b> <b>Verduras y arroz.</b> <b>Legumbres</b> (a partir de los 8 meses pequeñas cantidades). Carne picada: añadir cordero y conejo. <b>Pescados:</b> 60-120 grs. (congelados) <b>Frutas.</b>
<b>12-24 meses</b>	Masticación con movimientos rotatorios y estabilidad de la mandíbula.	Comidas familiares.	Leche materna. Leche de vaca.