

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

Tesina de grado - Licenciatura en Nutrición

OCTUBRE
2020

*Diseño y construcción de una Guía Orientativa sobre Alimentación
Complementaria Autorregulada por el bebé para familias, profesionales de la
salud y población interesada de Argentina*



AUTORAS:

Ceccatto, Juliana

Foyth, Karen Mailen

Perroni, Ludmila

TUTORAS:

Dimarco, Gabriela

Sosa, Rocío

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos profundamente a la Universidad Nacional De La Plata, a la Facultad de Ciencias Médicas, a su equipo docente y no docente por brindarnos el espacio para formarnos como profesionales de la salud.

Agradecemos a nuestras tutoras, Gabriela Dimarco y Rocío Sosa, quienes nos alentaron desde un primer momento, acompañaron y guiaron en la ejecución de nuestra tesina de grado.

Agradecemos a María Verónica Correa por su dedicación y predisposición, por ayudarnos siempre que lo necesitamos y acompañarnos durante este camino.

Agradecemos a Marilina Drozd, Diseñadora en Comunicación Visual, por la dedicación y trabajo en el diseño de la guía.

Agradecemos a nuestros compañeros por todos estos años compartidos, hemos disfrutado y crecido mucho juntos.

Agradezco a mis padres, Roberto y Maricel, mis hermanos, abuelos, familiares y amigos por la oportunidad, la confianza y el compañerismo en el transcurso de mi formación como Licenciada en Nutrición, brindándome ánimos, valentía y su apoyo incondicional. Agradezco profundamente a mis compañeras Ludmila y Karen por la posibilidad de realizar esta tesina juntas.

Agradezco a mis papás, Fabián y Sandra, por darme la posibilidad de estudiar una carrera, por el gran esfuerzo que hicieron para que pudiera llegar hasta acá y por acompañarme en cada paso; a mis hermanos, mis abuelas, mi novio y mis amigas, por el apoyo y el aliento de siempre; y una mención especial para Karen y Juliana, grandes compañeras, sin ellas no hubiera sido posible.

Agradezco a Dios por estar conmigo cada día, mostrarme su amor en cada detalle y por darme fuerzas diariamente; a mis padres, Ariel y Myrian por ser mi sostén durante todos estos años; a mi familia y amigos por acompañarme y alentarme siempre a ir por más; a Juliana y Ludmila por ser tan buenas compañeras y esforzarse a diario por cumplir este sueño, somos un gran equipo.

ÍNDICE

SÍNTESIS DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	3
IDENTIFICACIÓN DE LOS DESTINATARIOS.....	4
DESTINATARIOS.....	4
<i>Directos</i>	4
<i>Indirectos</i>	4
<i>Finales</i>	4
RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	5
ANÁLISIS DE ENCUESTAS A PROFESIONALES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS DE EDAD	20
OBJETIVOS.....	31
OBJETIVO GENERAL	31
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
RESULTADOS ESPERADOS.....	32
INDICADORES DE PROGRESO Y LOGRO	33
METODOLOGÍA.....	34
ACTIVIDADES	34
<i>Búsqueda, lectura y análisis de bibliografía relacionada con la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé</i>	34
<i>Encuesta a profesionales de la salud</i>	34
<i>Diseño y construcción de la Guía Orientativa sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé</i>	35
EVALUACIÓN.....	41
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL DISPOSITIVO	42
SUGERENCIAS	43
ANEXOS.....	45
ANEXO 1.....	45
ANEXO 2.....	49

SÍNTESIS DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Este proyecto de intervención consistió en la elaboración de una Guía Orientativa sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, conocida también como Baby-Led Weaning (BLW). La Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé complementa la lactancia materna (o fórmula) con alimentos sanos, seguros y variados desde los seis meses de vida en adelante, otorgándoles a los bebés un rol activo en su alimentación, ya que son ellos mismos quienes decidirán cuánto, cómo y a qué ritmo introducirán alimentos sólidos a su dieta.

La guía fue creada con el objetivo de brindar información y recomendaciones acerca de la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé a los familiares, cuidadores y/o profesionales de la salud relacionados con la alimentación de niños menores de dos años de edad.

Para la construcción de la misma se realizó una revisión de la bibliografía disponible hasta el momento en diferentes sitios de internet; y seguidamente, una encuesta a los profesionales de la salud para indagar acerca de su conocimiento y opinión sobre el tema.

IDENTIFICACIÓN DE LOS DESTINATARIOS

Destinatarios

- Directos: Niños desde los seis meses hasta los dos años de edad prontos a iniciar o iniciados en la Alimentación Complementaria y sus familias y/o cuidadores.
- Indirectos: Profesionales de la salud relacionados con la alimentación de los niños menores de dos años, entre ellos, Médicos/as Peditras, Médicos/as Nutricionistas, Licenciados/as en Nutrición, Docentes en jardín maternal y guarderías, Enfermeros/as, Puericultoras, Odontólogos/as, Terapistas Ocupacionales, entre otros;
- Finales: Comunidad en general y sistema de salud.

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé no es algo novedoso, sino que probablemente ha existido durante millones de años alrededor del mundo ⁽¹⁾. Debido a la rapidez de su resurgimiento con el nombre de “Baby-Led Weaning” en distintos países y la inmediatez de la transmisión de la información, es necesario que la comunidad y los profesionales de la salud dispongan de conocimientos sobre la misma, sus beneficios y posibles riesgos ⁽²⁾. La gran desinformación existente sobre este tema, tanto por parte de los profesionales como de las familias, sumado al hecho de que el período de Alimentación Complementaria es un momento clave para el desarrollo de hábitos alimentarios saludables y para la puesta en marcha de acciones de prevención en salud, hacen necesaria la ejecución de este proyecto.

Luego de constatar la ausencia de trabajos regionales en el tema, se considera fundamental que los profesionales, por su rol de multiplicadores del conocimiento científico, cuenten con las herramientas adecuadas para informarse sobre la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé y posteriormente utilicen este soporte para la educación alimentaria de la población interesada.

Durante la infancia y la niñez, la nutrición adecuada es primordial para el máximo desarrollo del potencial humano de cada niño. El período entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos ^(3,4).

La nutrición deficiente incrementa el riesgo de padecer enfermedades y es responsable, directa o indirectamente, de millones de muertes en niños menores de cinco años de edad. La nutrición inapropiada también puede provocar obesidad infantil, la cual es un problema que se va incrementando en muchos países.

Las deficiencias nutricionales tempranas también se han asociado con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo. La desnutrición durante los primeros dos años de edad es causa de desnutrición crónica, la cual provocará que el adulto no alcance su potencial para el crecimiento en talla. Los adultos que fueron desnutridos durante la infancia temprana tienen compromiso del rendimiento intelectual y además pueden tener una capacidad para el trabajo físico reducida. A su vez, las mujeres que fueron desnutridas durante la niñez, presentarán su capacidad reproductiva afectada; sus hijos pueden nacer con bajo peso y pueden tener mayor riesgo de partos complicados. El elevado número de niños desnutridos en una población tiene consecuencias en el

desarrollo del país. Por lo tanto, las consecuencias funcionales globales de la desnutrición son enormes ⁽⁵⁾.

Como recomendación de salud pública mundial, los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inoocuos desde el punto de vista nutricional, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en aumento, sin abandonar la lactancia materna hasta los dos años de edad, o más tarde ⁽⁶⁾.

“Lactancia Materna Exclusiva significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos” ⁽⁵⁾.

La Lactancia Materna es la forma ideal de alimentación del niño pequeño; no sólo desde el punto de vista nutricional (porque contiene todos los nutrientes que el niño necesita en calidad y cantidad), sino también desde una perspectiva integral de salud, ya que también posee otros componentes que contribuyen al crecimiento, desarrollo, la protección contra enfermedades y la reducción del riesgo de muerte. Se asocia el momento de inicio de la lactancia con la reducción de la mortalidad neonatal, incluso en una relación riesgo-tiempo de ocurrencia, ya que a mayor demora en el inicio, mayor es el riesgo de mortalidad que se ha observado ⁽⁷⁾.

En Argentina, según la Encuesta Nacional de Lactancia Materna ⁽⁷⁾ realizada en 2017, el porcentaje de Lactancia Materna Exclusiva (LME) a los seis meses es del 42%. Si bien estos datos han mejorado desde la última medición en 2015 (35%), cabe destacar que todavía una elevada proporción de niños sigue sin beneficiarse de la LME, a pesar de que existe suficiente evidencia que vincula la misma con menor riesgo de morbi-mortalidad en este grupo de niños.

Por su parte, la Alimentación Complementaria es *“el período durante el cual otros alimentos o líquidos son provistos al niño pequeño, juntamente con la lactancia materna”*. En la actualidad, el término surge de la revalorización de la Lactancia Materna como alimento ideal para el inicio y los primeros meses de vida, así como de la necesidad de no reemplazar sino complementar su aporte, sumado a los de otros alimentos, a fin de cubrir los requerimientos nutricionales que se presentan a partir de los seis meses de vida. Se agrega la denominación de oportuna en referencia al momento

óptimo para la introducción de los alimentos. La Alimentación Complementaria del niño además debe estar orientada a lograr el desarrollo normal de la conducta alimentaria desde el inicio ⁽⁸⁾.

Con frecuencia, los alimentos complementarios son de baja calidad nutricional y son introducidos antes o después del momento oportuno, en cantidades muy pequeñas o poco frecuentes. La interrupción temprana o la poca frecuencia de la lactancia materna, también contribuye al aporte insuficiente de nutrientes y de energía para los lactantes mayores de seis meses de vida ⁽⁵⁾.

Para satisfacer sus necesidades nutricionales, los alimentos complementarios tienen que cumplir los requisitos siguientes:

- Ser oportunos, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes son mayores a lo que puede proporcionarse mediante la lactancia materna exclusiva y frecuente;
- Ser adecuados, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento;
- Ser inocuos, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica, ofrecerlos con las manos limpias y utilizando utensilios que hayan sido higienizados, y no biberones y tetinas;
- Brindarse de forma adecuada, es decir, atendiendo a las señales de hambre y saciedad del niño; la frecuencia de las comidas y el método de alimentación deben ser adecuados para su edad. Se debe alentar activamente a que el niño, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo ⁽⁶⁾.

Para incorporar alimentos diferentes a la leche, es necesario que el organismo alcance tanto la maduración a nivel neurológico, renal, gastrointestinal e inmune, como la adquisición de las destrezas psicomotoras que permiten manejar y tragar de forma segura los alimentos ⁽⁹⁾.

Debido a la existencia de un momento óptimo para la incorporación de la Alimentación Complementaria, una introducción precoz de la misma puede conllevar riesgos a corto y largo plazo.

- A corto plazo:
 - Posibilidad de atragantamiento;
 - Incremento de gastroenteritis agudas e infecciones del tracto respiratorio superior;

- Interferencia con la biodisponibilidad de hierro y zinc de la leche materna;
- Reemplazo de tomas de leche por otros alimentos menos nutritivos.
- A largo plazo:
 - Aumento del riesgo de obesidad;
 - Aumento del riesgo de eccema atópico;
 - Aumento del riesgo de diabetes mellitus tipo 1;
 - Aumento de la tasa de destete precoz y sus riesgos añadidos.

Por otro lado, no se aconseja postergar el inicio de la Alimentación Complementaria por encima de los seis meses y medio, ya que esto puede aumentar el riesgo de problemas nutricionales:

- Carencias nutricionales, principalmente de hierro y zinc;
- Mayor riesgo de alergias e intolerancias alimentarias;
- Menor aceptación de nuevas texturas y sabores;
- Mayor posibilidad de alteración de las habilidades motoras orales ⁽⁹⁾.

A partir de los datos analizados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) ⁽¹⁰⁾ que se realizó durante los años 2004 y 2005, se pudo observar un inicio temprano de la Alimentación Complementaria, obteniendo como resultado que el 70% de los niños incorpora algún alimento antes de los seis meses de vida. Entre estos se encuentran el yogur, los vegetales cocidos y los purés de frutas ⁽¹¹⁾.

La manera en la que se deben ofrecer los alimentos se basa en la Alimentación Perceptiva, que tiene como pauta interpretar las señales que el lactante transmite a la hora de comer para que finalmente se adecúe la forma de alimentación a cada bebé ⁽⁹⁾.

Tradicionalmente la forma de Alimentación Complementaria más utilizada ha sido una introducción progresiva de las texturas, iniciando con textura puré y progresando la consistencia a medida que el niño crece. Sin embargo, desde que la Organización Mundial de la Salud en 2002 propuso retrasar el inicio de la Alimentación Complementaria desde los cuatro a los seis meses, hay una tendencia creciente a que el niño se alimente por sí mismo de la dieta familiar, esto se conoce como Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, denominada también Baby-Led

Weaning (BLW) ⁽¹²⁾. Este término surgió hace unos años en el Reino Unido de la mano de la enfermera Gill Rapley, quien considera que darle a esta forma de Alimentación Complementaria natural y lógica el nombre de Baby-Led Weaning, ha servido para ratificar el sentido común y el conocimiento instintivo de los padres que lo utilizan desde hace años, y lo ha dado a conocer a aquellos que aún no lo consideraban ^(1,13).

En la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé se le permite a éste dirigir y controlar el proceso desde el comienzo. Los adultos no dan de comer al niño, sino que solo ponen a su alcance alimentos sólidos, sanos, apropiados y seguros y se los ofrece para que sea él quien decida, cuando esté preparado, si se los lleva a la boca, qué comerá, cuánto y a qué ritmo. De esta manera el bebé continúa adoptando un papel activo en su alimentación, 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 ^(1,14).

Las características claves de la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé son:

- El bebé se incorpora a la mesa con la familia en el horario de las comidas;
- El bebé se alimenta por su cuenta desde el comienzo, primero con sus manos y más tarde con cubiertos;
- La lactancia materna (o fórmula) continúa a demanda, de forma independiente a las comidas;
- Al bebé se le ofrece la misma comida que al resto de la familia, siempre y cuando sea saludable y en trozos de alimentos de consistencia blanda y adecuados a su nivel de desarrollo, de tal forma que el lactante pueda tomarlos con sus manos y llevárselos a la boca (tamaño alargado y grande al principio, luego más pequeño) ^(1,2,9).

El principal fundamento de la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé es la introducción de la Alimentación Complementaria basada en el desarrollo fisiológico de los bebés durante su primer año. Aunque generalmente se consideran los seis meses como el momento en el que puede llevarse a cabo, no todos los niños lo van a adquirir al mismo tiempo, ya que su inicio no depende tanto de alcanzar una edad límite sino de constatar que el bebé haya adquirido una serie de habilidades psicomotoras que le permitan manejar y tragar de forma segura los alimentos ^(9,15).

Se requiere:

- Presentar un interés activo por la comida.

Es poco probable que el hambre sea el principal impulsor de la introducción de los alimentos. Los bebés suelen estar interesados en el proceso de comer de sus padres mucho antes de estar listos para la Alimentación Complementaria. Parecen atraídos por la comida de sus padres y realizan gestos de fascinación hacia sus platos, mostrando interés en compartir su actividad y no expresando un deseo de comer. Con el tiempo, los bebés aprenderán a morder, masticar y luego tragar ^(1,16).

- La adquisición de la sedestación.

La sedestación es la estabilidad postural que adquieren los bebés para sentarse por sus propios medios, con poca o ninguna ayuda. Al desarrollar esta habilidad motora, sus brazos están libres para alcanzar la comida, en lugar de usarlos para mantener el equilibrio ^(16,17).

- Ser capaz de agarrar comida con la mano y llevarla a la boca.

Los bebés de seis meses toman los objetos con toda la mano. En general, no tienen la capacidad de formar una pinza con el dedo índice y el pulgar hasta unos meses después. Por lo tanto, para agarrar un trozo de comida tienen que poder cerrar la mano sobre el mismo, no debe ser demasiado grueso. Además necesitan que la comida sea en trozos alargados para que les sobresalga de la palma de la mano, porque no pueden abrirla voluntariamente para llegar a lo que haya en su interior. Unos meses más adelante, el bebé podrá tomar la comida que sostiene en el puño, y a medida que vaya adquiriendo y desarrollando habilidades, podrá manipular trozos cada vez más pequeños e irregulares. Posterior a esto, es habitual que pasen por una etapa en la que utilizan las dos manos para comer, desarrollando así la coordinación. De esta manera, les resulta más fácil encontrarse la boca si utilizan ambas manos, una sostiene la comida y la otra guía el trayecto de la anterior. Algunos bebés también utilizan una mano para mantener la comida dentro de la boca. Cuando aprenden a mantenerla cerrada mientras mastican, pueden utilizar las manos para preparar el siguiente bocado sin que se les caiga el que tienen en la boca ⁽¹⁸⁾. Hacia los últimos tres meses del primer año, el bebé ya podrá tomar trozos de comida más pequeños con la pinza realizada entre los dedos índice y pulgar. Esta es una pinza elaborada y su madurez se valora por la capacidad de retener los objetos en la mano (si se le caen con frecuencia, es poco probable que sea una pinza elaborada) ^(2,18). Llevarse algo a la boca es un complejo proceso que incluye el sostén cefálico y del tronco, la coordinación de ojo-mano-boca, la presión de la pinza hecha con la mano para tomar alimentos, el trayecto del alimento a la boca y el movimiento de la boca para recibirlo ⁽¹⁶⁾.

- La desaparición del reflejo de extrusión (expulsión de alimentos no líquidos con la lengua).

El reflejo de extrusión es aquel que se observa en los bebés al introducirles algo sólido sobre la lengua. En un intento de expulsar todo aquello que pueda provocarles un atragantamiento, estos sacan la lengua inmediatamente. Alrededor de los seis meses, algunos bebés antes y otros después, pierden este reflejo ^(13,16).

- Desarrollo de la función motora de la boca.

Es necesaria la adquisición de funciones motoras orales adecuadas para manejar trozos de comida. El bebé va desarrollando movimientos de la mandíbula “hacia arriba y hacia abajo” para romper los alimentos blandos y la movilidad lateral de la lengua para mover la comida alrededor de la boca y llevarla a la parte posterior con el fin de tragarla ^(15,17).

En definitiva, los bebés no son capaces de mover la comida de forma intencionada hacia la garganta hasta después de haber desarrollado la habilidad de masticar. Y no desarrollan esta habilidad hasta después de haber aprendido a alcanzar y agarrar objetos. La capacidad de agarrar objetos muy chicos se desarrolla aún más tarde, así un bebé en sus primeros meses es incapaz de llevarse cosas pequeñas a la boca ⁽¹³⁾.

Al mismo tiempo que el lactante desarrolla las habilidades motoras que le permiten alimentarse, también se produce la maduración de funciones fisiológicas importantes en su aparato digestivo, inmunológico y renal que van a permitir digerir, absorber y metabolizar los alimentos de manera segura. Es decir, el bebé está preparado para enfrentarse a nuevos alimentos distintos de la leche materna ⁽¹⁴⁾.

Se considera que todo bebé que cumpla las pautas madurativas propuestas para el inicio de la Alimentación Complementaria es apto para realizar la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé ⁽¹⁶⁾. Sin embargo, existen casos especiales que será necesario evaluar de manera individual, por ejemplo: niños prematuros, con retraso en el desarrollo o afectos de enfermedades neurológicas, niños con trastornos del espectro autista y aquellos que presentan alteraciones metabólicas o alergias alimentarias. De modo que, estos son grupos que deberán recibir consejo y seguimiento cercanos ^(14,15).

Se conocen ciertos beneficios de la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, entre ellos:

- **Es natural:** los bebés están programados para experimentar y para explorar como parte de su aprendizaje. Utilizan las manos y la boca para conocer todo tipo de objetos, incluyendo la

comida. Si aprenden a comer solos, pueden descubrir los alimentos a su propio ritmo y seguir el instinto de comer cuando están preparados ^(14,18).

- **Contribuye en el desarrollo:** comer solos permite que los bebés practiquen conductas muy importantes para su desarrollo:
 - Masticar la comida les ayudará al desarrollo de la musculatura orofacial;
 - Usar sus dedos para agarrar alimentos de diferentes tamaños y texturas y llevarlos a la boca constituye también un entrenamiento que favorece la coordinación visomotora y el desarrollo de la motricidad fina, lo que puede ser útil más adelante a la hora de aprender a escribir y a dibujar ^(14,18).
- **Permite aprender a comer con seguridad:** tienen la posibilidad de explorar los alimentos antes de metérselos en la boca. Además adquieren habilidades rápidamente para masticar y mover los alimentos dentro de la boca, siendo esto muy importante para que comer sea más seguro ⁽¹⁸⁾.
- **Aumenta la seguridad en uno mismo:** permitir que los bebés hagan cosas por sí solos les da confianza en sus propias habilidades y en su parecer. Cuando agarran algo y se lo llevan a la boca, obtienen una sensación gratificante en forma de sabor o de textura. A medida que aumenta su experiencia con la comida, descubren qué es comestible y qué no, además de qué pueden esperar de cada tipo de comida, por lo que aprenden a confiar en su criterio ⁽¹⁸⁾.
- **Lactancia Materna más prolongada:** según un estudio descriptivo, la edad media de introducción de alimentos complementarios para aquellos que siguieron la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé estaba más cerca de las recomendaciones de la OMS de introducir los alimentos a los seis meses de vida. La Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé no da lugar a una introducción temprana de alimentos complementarios, ya que el bebé sería físicamente incapaz de coordinar el proceso. Los niños que siguen esta alimentación a demanda continúan ingiriendo leche materna en cantidad significativa durante más tiempo, asegurando lactancias maternas más prolongadas con importantes beneficios para su salud. La leche materna no sólo aporta nutrientes perfectamente equilibrados, sino que también protege, tanto a los bebés como a las madres, de muchas enfermedades graves ^(14,18-20).
- **Mejor control del apetito:** se alienta a los bebés a tener el control de la cantidad que comen. Darles la posibilidad de elegir qué alimentos de los ofrecidos agarrar y llevarse a la boca, sin

mucha intervención de los padres en el ritmo y la duración de la comida, favorece al desarrollo de la capacidad de respuesta a las señales internas de hambre y saciedad. Los bebés no tienen noción sobre el tamaño de las porciones de los alimentos ni de comer el plato de comida por completo, de modo que si se les permite, probablemente terminen de comer sin importar cuánta comida permanece en el plato. Esto lleva a una mejor autorregulación de la energía, definida como "la capacidad de ajustar la cantidad ingerida de acuerdo con las necesidades fisiológicas del consumidor". Cada vez hay más pruebas de que una mejor autorregulación energética está asociada con un menor riesgo de sobrepeso y obesidad ^(21,22).

Townsend y Pitchford (2012) ⁽²³⁾ investigaron el impacto que conlleva la forma de Alimentación Complementaria sobre las preferencias alimentarias y el Índice de Masa Corporal (IMC) en la infancia temprana. Sus hallazgos mostraron que el rango de percentil de IMC promedio para el grupo de Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé fue cercano al promedio esperado (percentil 50) para los sistemas de clasificación National Healthcare Safety (NHS) y Child Development Centre (CDC).

- **Permite aprender sobre los alimentos:** los bebés que comen solos aprenden desde el primer contacto con los alimentos de una forma más estable sobre las propiedades sensoriales de cada uno de ellos, tales como el aspecto, el olor, la textura, los diferentes sabores que existen y sus combinaciones. Es así como aprenden a reconocer los alimentos que les gustan y pueden dejar los que no les gustan. En las papillas tradicionales, compuestas por varios alimentos triturados en forma de puré homogéneo, los sabores se pueden confundir en uno solo. En cambio, en la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé se presentan distintos alimentos en su forma completa para que ellos puedan elegir. Así, luego de varias exposiciones, los bebés son capaces de identificar las distintas propiedades sensoriales y asociarlas con la capacidad saciante de cada alimento ^(18,22).
- **Favorece una actitud positiva hacia la comida:** el gusto se forma desde temprana edad, en consecuencia, si acostumbramos el paladar a través de la exposición precoz a los diferentes sabores (dulce, salado, ácido y amargo), su consumo será mayor a lo largo de la vida ⁽⁹⁾. Permitir que decidan qué comer y qué dejar en el plato favorece que confíen en la comida y que estén más dispuestos a probar nuevos sabores y texturas ^(14,18).

Brown y Lee (2011) ⁽²⁰⁾ en su estudio refirieron que las madres creían que la exposición a una dieta rica en sabores, especias y condimentos, probablemente alentaría a los niños a desarrollar

un rango más amplio de preferencias alimentarias y en consecuencia una mayor variedad en la dieta.

- **Mejor calidad de la alimentación:** es posible que promueva la aceptación de una gama más amplia de alimentos como resultado de la exposición temprana a una variedad de sabores y texturas diferentes. En un estudio realizado en Reino Unido, se observó que las madres que siguieron un estilo de Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé era más probable que ofrecieran a sus bebés alimentos frescos y caseros como sus primeros alimentos complementarios en lugar de brindar productos comerciales ^(19,21).
- **Mejor transición a la alimentación sólida:** al llevar adelante la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé se produce una única transición de la leche materna (o fórmula) a los alimentos, los mismos son introducidos dentro del período de oportunidad para aumentar las consistencias, período comprendido entre los siete y nueve meses de vida, así podrían evitarse dificultades en la progresión de texturas, consistencias y habilidades masticatorias ^(14,15).
- **Promueve la comensalidad familiar:** los bebés participan desde el principio en las comidas familiares, comen lo mismo que el resto, siempre y cuando sea saludable y adaptado a su desarrollo. Ser parte de este evento social les resulta divertido y les permite empezar a copiar la conducta en la mesa, por lo que pasarán de manera espontánea a utilizar los cubiertos y a adoptar los modales que tiene la familia. Aprenden a comer distintos alimentos, a compartir, a esperar su turno y a comunicarse. Participar como un miembro de la familia en las comidas ejerce un efecto positivo sobre las relaciones familiares, las habilidades sociales, el desarrollo del lenguaje y la alimentación saludable. Si las familias sostienen hábitos alimentarios inadecuados, como aquellos altos en azúcares, sodio y grasas saturadas, y no desean modificarlos, los niños deberían consumir otros alimentos que en efecto sean saludables ^(18,24).
- **Comidas más simples:** si los bebés comen solos es más simple adaptar la dieta familiar, siempre que ésta sea sana, segura y variada. De esta manera se reduce el costo, al no incurrir en gastos de comidas especiales para bebés; el tiempo, al permitir la compra y preparación de una misma comida para toda la familia, favoreciendo así la comensalidad familiar; y la selectividad y el rechazo, que se produce al ofrecer alimentos distintos generando la idea de que hay comida para niños y comida para adultos ^(18,20,24).
- **Es placentero:** desempeñar un papel activo a la hora de comer y tener cierto control sobre qué, cuánto y a qué velocidad comer contribuye a que la experiencia sea más agradable. El bebé

disfruta porque es como un juego del que participa toda la familia. Como no se recurre a persuadir u obligar al bebé a comer, sino que se respeta su ritmo, se generan menos momentos estresantes para el niño y para la familia ^(14,18).

- **Menor ansiedad materna:** varios estudios demostraron que las madres que ofrecen la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé tienen menor ansiedad y se sienten más relajadas en el proceso de inicio de la Alimentación Complementaria ^(19,25,26).

La Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, al asociarse con menor control materno, tiene consecuencias positivas para el peso del niño, su comportamiento alimentario y se relaciona con niveles más bajos de irritabilidad en los niños mayores ^(22,25).

No obstante, a pesar de estos conocidos beneficios, existen preocupaciones contundentes y habituales en algunos profesionales, familiares y/o cuidadores de niños pequeños, que a menudo llevan a la decisión de no implementarla. Entre ellas se pueden mencionar:

- **Deficiencia de hierro:** es muy importante que los alimentos complementarios ricos en hierro sean introducidos a los seis meses de vida a fin de mantener adecuadas reservas corporales. La deficiencia de hierro, problema nutricional común a nivel mundial, puede llevar a anemia ferropénica, la cual está asociada con retrasos irreversibles de la función cognitiva ⁽²¹⁾. En Argentina, la prevalencia de déficit de hierro en niños y niñas de 6 a 23 meses es de 35,3%, y la prevalencia de anemia es de 34,1% ⁽¹⁰⁾.

La leche materna provee los nutrientes suficientes para casi todos los niños de término hasta los seis meses de vida, sin embargo, a partir de este momento cuando los requerimientos de nutrientes aumentan, aunque la leche materna continúa aportando nutrientes de mejor calidad, es fundamental la introducción de alimentos complementarios para satisfacer las necesidades crecientes de nutrientes ^(5,27).

Comúnmente, los primeros alimentos introducidos son frutas y verduras. Éstas naturalmente tienen un bajo contenido de hierro. Los cereales infantiles fortificados con hierro pueden ser una fuente importante de este mineral, sin embargo, debido a su consistencia relativamente líquida, es probable que aquellos niños que se alimentan de forma autorregulada no los incluyan en su dieta. Los alimentos ricos en hierro, como las carnes, las legumbres y los alimentos fortificados, pueden ser consumidos por los niños si se presentan en formas adecuadas, siendo alimentos útiles para brindar desde el comienzo de la Alimentación Complementaria. Es preciso

resaltar que la biodisponibilidad del hierro de estos alimentos es superior que la de los cereales infantiles ^(21,28).

Con una ingesta continua de leche materna (cuyo contenido de hierro, aunque es bajo, tiene una alta biodisponibilidad) o fórmula (que contiene mayores niveles de hierro, aunque en una forma menos asimilable) junto a la oferta de una variedad de alimentos sólidos, un bebé sano no está en riesgo de deficiencia de hierro ⁽¹⁾.

- **Riesgo de atragantamiento:** cuando se inicia la Alimentación Complementaria, los bebés introducen por primera vez trozos de comida en la boca. Esta es una nueva experiencia que requiere el desarrollo de la coordinación de masticar, tragar y respirar, por lo que se encuentran en un mayor riesgo de atragantamiento. Los bebés no son capaces de mover intencionalmente la comida hacia la garganta hasta después de haber desarrollado la habilidad de masticar, y no desarrollan la habilidad de masticar hasta después de haber aprendido la habilidad que les permite alcanzar y agarrar cosas ^(14,27,28).

Es importante diferenciar entre lo que es una arcada y un episodio de atragantamiento, dos mecanismos relacionados pero distintos:

- Las arcadas son movimientos espasmódicos que alejan de las vías aéreas aquellos trozos de comida demasiado grandes, empujándolos a la parte anterior de la lengua para expulsarlos hacia afuera.
- El atragantamiento, por su parte, ocurre cuando las vías aéreas quedan parcial o totalmente bloqueadas, lo cual activa el reflejo de la tos ⁽¹⁴⁾.

En los niños que están aprendiendo a comer y adaptándose a texturas diferentes a la leche, el reflejo de la arcada es un mecanismo de seguridad innato que previene el atragantamiento. En los bebés de seis meses este reflejo se produce en el sector anterior de la lengua, lejos de las vías aéreas, asegurando que trozos de comida demasiado grandes no pasen de este sector y que solo la comida bien masticada alcance la parte posterior de la boca para ser tragada. A medida que el bebé madura y adquiere las habilidades para masticar y controlar la comida dentro de la boca, el punto que desencadena el reflejo se va desplazando hacia la parte posterior de la lengua, las arcadas son menos frecuentes y pierden efectividad como señal de alerta. Por lo tanto, los bebés que no han experimentado con la comida desde el principio no tienen la oportunidad de este aprendizaje autónomo ^(14,29).

Es más probable que el atragantamiento ocurra cuando se ofrecen alimentos duros o redondos como manzana cruda, nueces, entre otros, o cuando el niño se distrae mientras come. De esta manera, hay alimentos que naturalmente no son adecuados para brindar a los niños por su alto riesgo de atragantamiento, aunque esto no significa que se deban excluir de la dieta sino que se les deben realizar las modificaciones necesarias para transformarlos en aptos ^(14,27).

Dos estudios hallaron que las madres al inicio de la Alimentación Complementaria estaban preocupadas por el atragantamiento de los bebés, pero con el paso del tiempo los nervios se reducían, ya que notaron que los niños podían manejar diferentes texturas y estaban desarrollando habilidades para comer más coordinadas. Asimismo, las madres eran más capaces de distinguir entre una arcada y un episodio de atragantamiento real, reconociendo que principalmente ocurrían arcadas ^(20,29).

Cuando un alimento se dirige a la vía aérea el cuerpo responde rápidamente a través de la tos o la arcada. Estos son mecanismos normales y naturales sobre los que generalmente no es necesario intervenir. Lo más probable es que los niños resuelvan de forma independiente el episodio de atragantamiento expulsando la comida de la boca y continúen con el proceso de alimentación. Cuando no hay tos, respiración ni sonido se presenta un episodio de asfixia y es necesario intervenir mediante la realización de primeros auxilios con la Maniobra de Heimlich. La asfixia puede ocurrir con cualquier objeto o estilo de alimentación, puede ocasionar graves consecuencias, representando en ocasiones una amenaza inmediata para la vida ^(16,29,30).

En un estudio en el cual se exploró la frecuencia de atragantamiento en una muestra de 1151 madres con bebés entre los cuatro y los doce meses de vida, se observó que la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé no se asocia con un incremento en el riesgo de atragantamiento ⁽³¹⁾.

- **Dieta familiar no saludable:** existe la preocupación de que los alimentos familiares pueden no siempre ser apropiados para los bebés si la familia consume comidas con alto contenido de azúcar, sal, grasas y aditivos; por ello, los alimentos familiares que se ofrecen deben ser adecuados, tanto por el riesgo inmediato para la salud, así como también porque los bebés pueden acostumbrarse a estos sabores innecesarios que los predisponen potencialmente a una dieta poco saludable en la edad adulta y, por lo tanto, consecuencias en la salud ^(20,21).
- **Baja ingesta de energía:** durante el primer año de vida, los niños reciben la mayor parte de la energía a partir de la leche materna (o la fórmula infantil). Sin embargo, los alimentos complementarios son una fuente importante de energía y nutrientes desde los seis meses en

adelante, complementan la lactancia y aseguran un adecuado crecimiento y desarrollo. Algunos profesionales han expresado su preocupación acerca de que los niños que autorregulan su alimentación pueden estar expuestos a un mayor riesgo de falla de crecimiento, debido a que posiblemente no todos hayan desarrollado las habilidades motoras o la motivación necesaria para alimentarse por sí mismos con las cantidades de comida que requieren, y además la mayoría de los primeros alimentos que reciben son bajos en energía. Los alimentos bajos en energía y la falta de precisión en la autoalimentación sobre todo al principio de la Alimentación Complementaria, pueden llevar a una falla de crecimiento ^(21,29).

No obstante, es necesario tener en cuenta que los purés (a menudo preparados con frutas y verduras y diluidos con agua o leche) son frecuentemente de baja densidad energética, lo que contribuiría relativamente poco a cubrir las necesidades nutricionales de los bebés. En cambio, si se seleccionan cuidadosamente, los alimentos enteros pueden ser ricos en nutrientes, por lo tanto los bebés que parece que están consumiendo poca cantidad de forma autorregulada, en realidad es más probable que cubran sus necesidades nutricionales ^(29,32).

- **Desorden y desperdicio:** el desorden involucrado en los primeros meses cuando los bebés están aprendiendo a comer de forma autorregulada y experimentando la comida con sus manos, es una parte fundamental e inevitable del aprendizaje, pero también se considera un desafío. Los bebés no entienden el concepto de desorden, dejan caer o arrojan sus juguetes todo el tiempo, porque es así como aprenden sobre la gravedad, la distancia y su propia fuerza. La comida se considera otro juguete al principio, y el desorden se produce porque las habilidades de los bebés aún son inmaduras. Al comienzo no pueden abrir los puños conscientemente, de modo que tienden a dejar caer las cosas por accidente cuando otra les interesa ^(18,20).

El desperdicio de alimentos, producido cuando los bebés dejan caer la comida de sus sillas o deciden no consumirla, es otra de las preocupaciones que presentan los padres al ofrecer la Alimentación Complementaria de forma autorregulada ⁽¹⁸⁾.

En un estudio en el cual se investigó acerca de las experiencias de madres que seguían la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, refirieron la utilización de baberos grandes y de manga larga además de cubrir el piso debajo de la silla de los bebés como la manera en la que se adaptaron a estos desafíos. Asimismo, mencionaron que el nivel de desorden y desperdicio se reducía a medida que los bebés desarrollan habilidades más coordinadas para alimentarse ⁽¹⁸⁾.

Frente a las preocupaciones frecuentes se ha planteado una versión modificada de la alimentación autorregulada para que las comidas sean siempre nutricionalmente adecuadas, denominada Introducción de Sólidos dirigida por el bebé o Baby-Led Introduction to Solids (BLISS). Con ella, se alienta a los padres a introducir la Alimentación Complementaria de forma autorregulada por el bebé basándose en la ingesta adecuada de hierro y energía, y en la prevención del riesgo de atragantamiento.

El BLISS propone asegurarse de que cada comida que se le ofrezca al niño/a contenga:

- Un alimento rico en hierro (como las carnes o las legumbres);
- Un alimento rico en energía (como los carbohidratos o las grasas);
- Un alimento como una fruta o una verdura;
- Alimentos preparados de manera que se adecúen al desarrollo del niño para reducir el riesgo de atragantamiento y evitar los alimentos con alto riesgo de atragantamiento ^(16,33).

Análisis de encuestas a profesionales de la salud relacionados con la alimentación de niños menores de dos años de edad

Se realizaron encuestas con el fin de indagar acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud relacionados con la alimentación de niños menores de dos años de Argentina.

Se recibieron un total de N=62 encuestas, de las cuales el 48,4% pertenece al grupo de profesionales con rango etario de 31 a 40 años, el 22,6% al rango etario de 41 a 50 años, el 21% al rango etario de más de 50 años, y el 8,1% al rango etario de 20 a 30 años. Con respecto al ámbito en el que trabaja, el 48,4% corresponde tanto al ámbito público como privado, mientras que aquellos que trabajan sólo en el ámbito público y sólo en el ámbito privado, cada uno representa el 25,8%.

En cuanto a la distribución de sus profesiones, el 71% son Médicos/as Pediatras y el 29% son Licenciados/as en Nutrición (*Gráfico 1*).

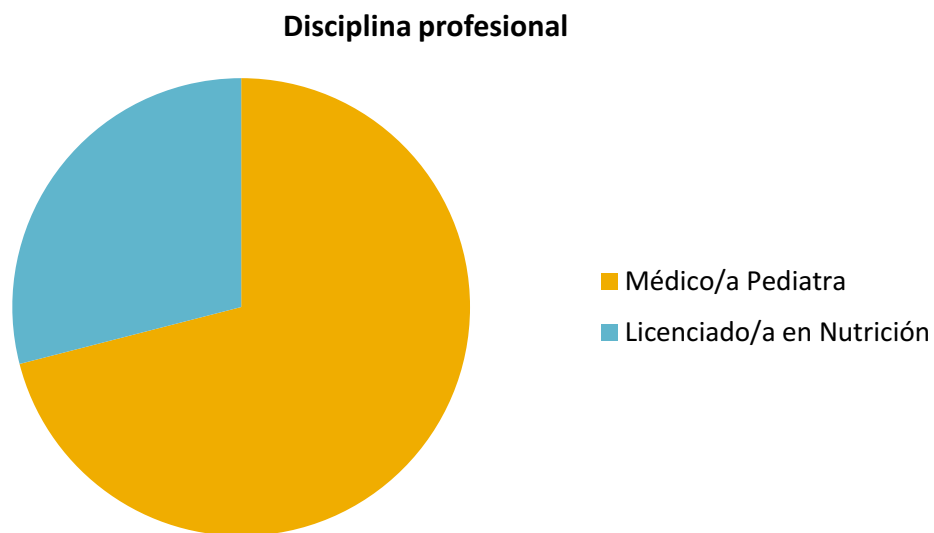


Gráfico 1. Proporción de disciplina profesional del grupo encuestado.

En las preguntas 1 y 2 se indagó acerca de la edad de inicio y la manera de Alimentación Complementaria recomendadas.

En relación a la edad, la mayoría (77,4%) recomienda el inicio de la Alimentación Complementaria a los 6 meses, el 8,1% a los 5 meses, el 4,8% más de 6 meses, y las siguientes opciones representan cada una el 1,6%: a los 4 meses; entre los 5 y 6 meses según el paciente y la familia; según la situación del niño entre los 5 o 6 meses; depende de la situación laboral de la

madre y el desarrollo del bebé; como regla general, a los 6 meses, pero evaluando el desarrollo de las habilidades que indican que el niño está listo para comenzar la Alimentación Complementaria; y una última que es posible que no haya comprendido adecuadamente la pregunta (Gráfico 2).

Edad de inicio de la Alimentación Complementaria

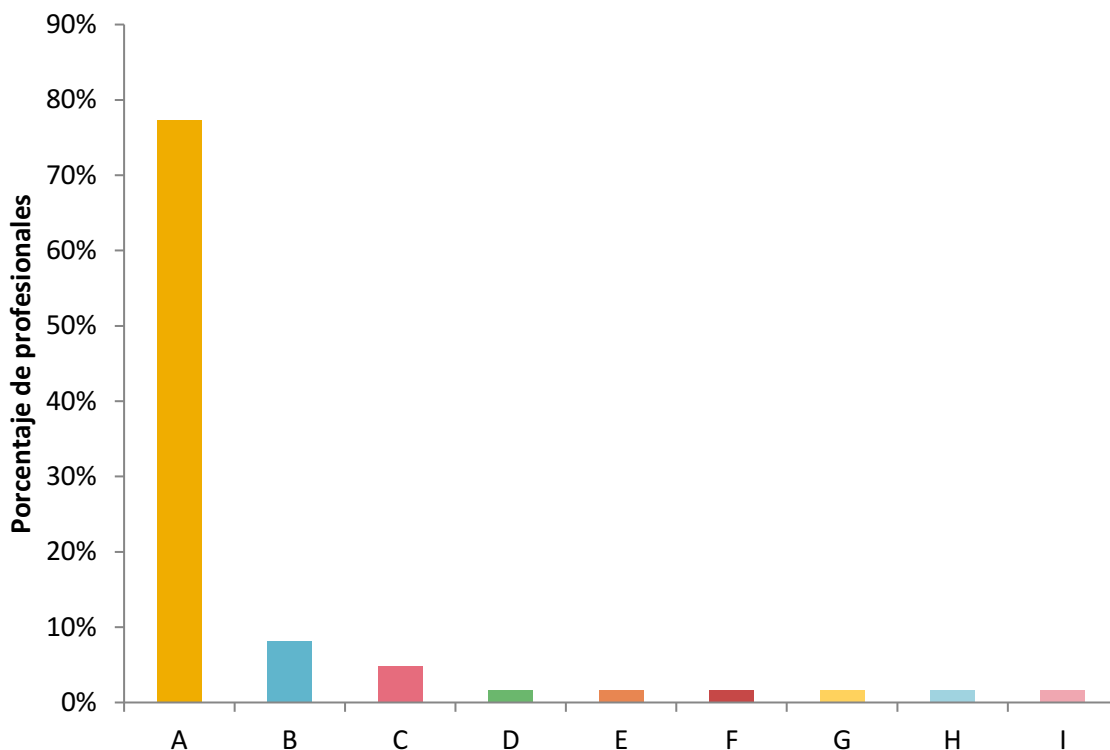


Gráfico 2. Proporción de recomendaciones de los profesionales acerca de la edad de inicio de la Alimentación Complementaria.

Referencias

A: 6 meses.

B: 5 meses.

C: más de 6 meses.

D: 4 meses.

E: Entre los 5 y 6 meses según el paciente y la familia.

F: Según la situación del niño entre los 5 o 6 meses.

G: Depende de la situación laboral de la madre y el desarrollo del bebé.

H: Como regla general, a los 6 meses, pero evaluando el desarrollo de las habilidades que indican que el niño está listo para comenzar a Alimentación Complementaria.

I: Pregunta no comprendida.

En cuanto a la manera de Alimentación Complementaria, el 69,4% recomienda una combinación entre Baby-Led Weaning y papilla tradicional, el 19,4% sólo papilla y el 11,3% Baby-Led Weaning exclusivamente (*Gráfico 3*).

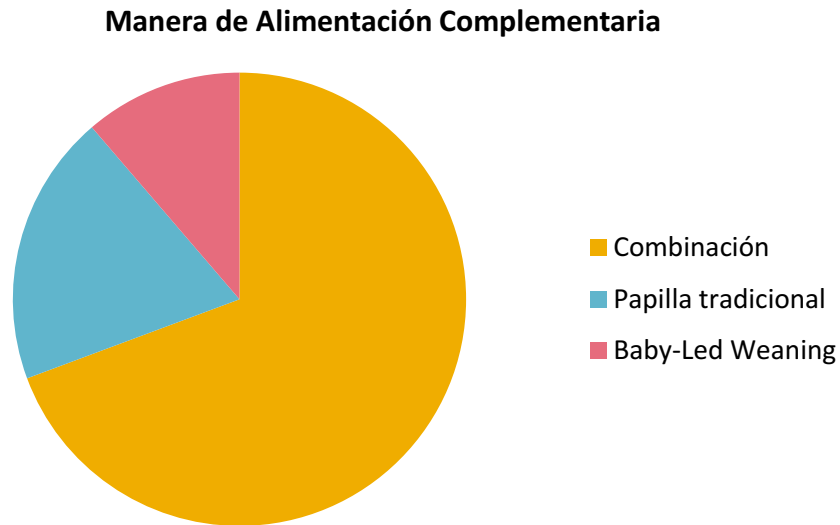


Gráfico 3. Proporción de recomendaciones de los profesionales acerca de la manera de Alimentación Complementaria.

Las preguntas 3, 4 y 10 indagan respecto de lo que los encuestados conocen del tema.

El 90,3% refiere conocer el Baby-Led Weaning para la introducción de la Alimentación Complementaria y el 9,7% no lo conoce (*Gráfico 4*).

Conocimiento previo del Baby-Led Weaning

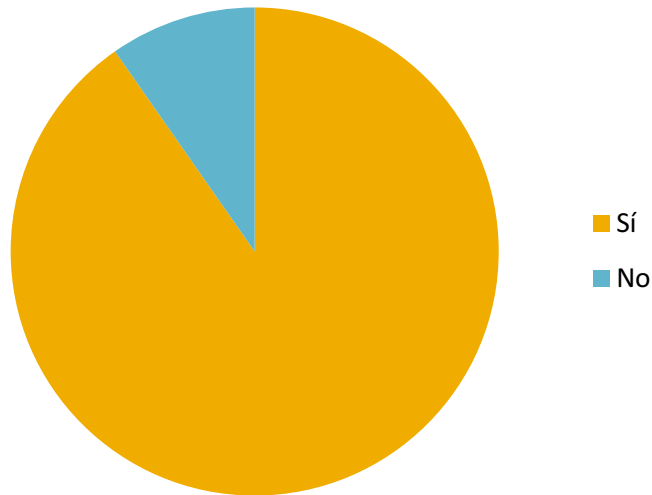


Gráfico 4. Proporción de profesionales que conocen el Baby-Led Weaning para la introducción de la Alimentación Complementaria.

Como fuente de información, el 41,9% menciona haberlo conocido a través de un curso o una ponencia en un congreso, el 32,3% mediante otra fuente, el 27,4% de una página web, el 17,7% por medio de las propias madres o familiares del niño y el 6,5% de un compañero de su centro (Gráfico 5).

Fuente de información del Baby-Led Weaning

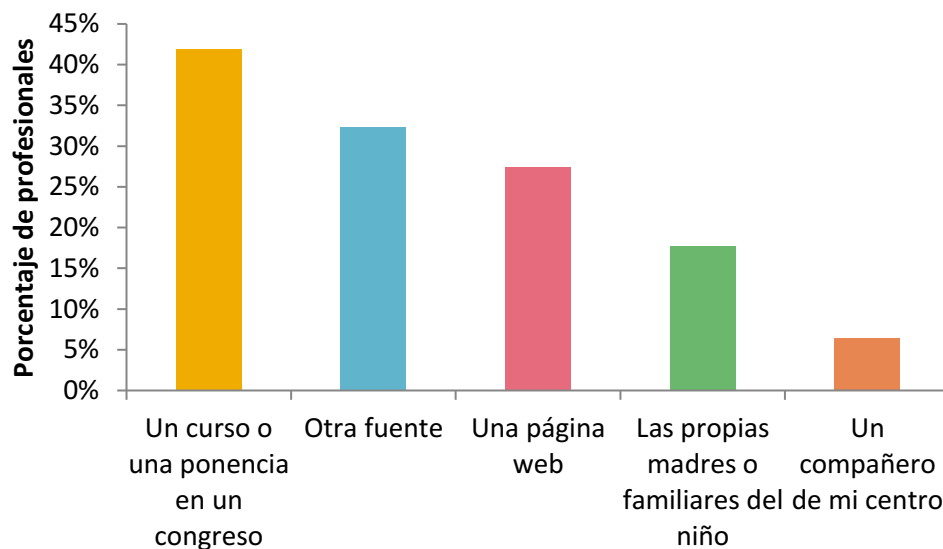


Gráfico 5. Proporción de diversas fuentes de información mediante las cuales los profesionales conocieron el Baby-Led Weaning.

Con respecto a la percepción de cada profesional acerca de su nivel de conocimiento sobre el tema, el 59,7% lo califica como suficiente y el 40,3% como insuficiente (*Gráfico 6*).

Nivel de conocimiento del Baby-Led Weaning

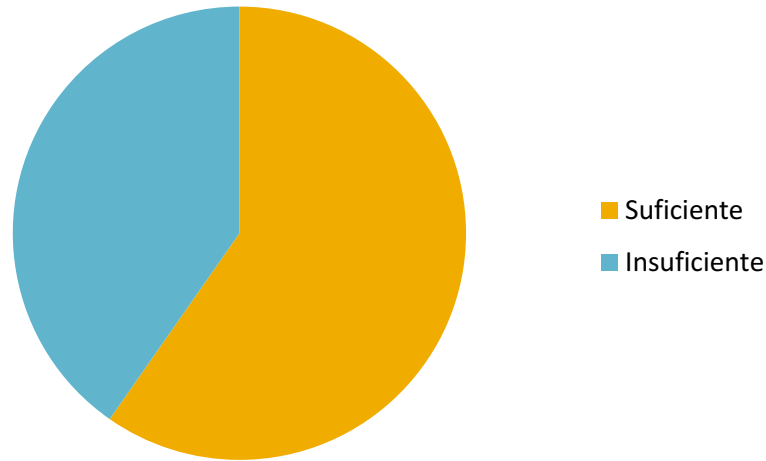


Gráfico 6. Proporción del nivel de conocimiento que presentan los profesionales acerca del Baby-Led Weaning.

Con las preguntas 5 y 6 se procuró indagar acerca de la recomendación a las familias sobre la implementación o no del Baby-Led Weaning.

El 53,2% de los profesionales lo recomienda a veces, el 37,1% lo recomienda siempre y el 9,7% no lo recomienda en su práctica profesional (*Gráfico 7*).

Recomendación acerca de la implementación del Baby-Led Weaning

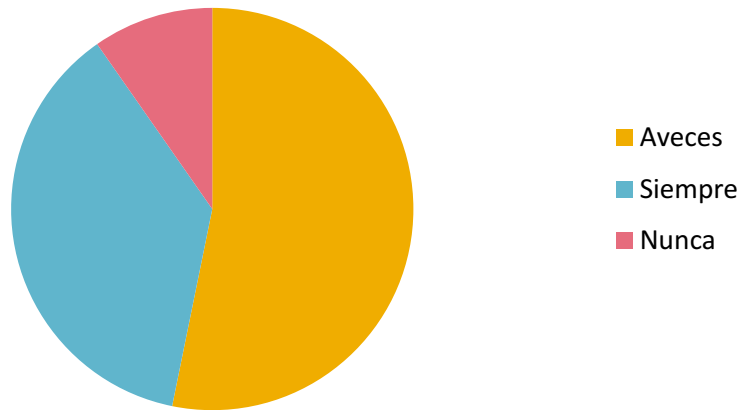


Gráfico 7. Proporción de recomendaciones de los profesionales a las familias acerca de la implementación o no del Baby-Led Weaning.

Aquellos que no lo recomiendan refieren los siguientes motivos: el 42,3% no posee suficiente información para hacerlo, el 30,8% por el riesgo de que la dieta familiar sea poco saludable, el 26,9% por escasa evidencia científica, el 15,4% por el escaso aporte energético, el 11,5% por el temor a que el niño se atragante, y las siguientes opciones representan cada una el 3,8%: riesgo de ferropenia/anemia; decisión cultural familiar; madres con escasas pautas de alarma; niños con patologías neurológicas; depende del niño y evalúa no sólo el desarrollo del niño, también el ambiente dónde vive (Gráfico 8).

Motivo por el cual los profesionales no recomiendan el Baby-Led Weaning

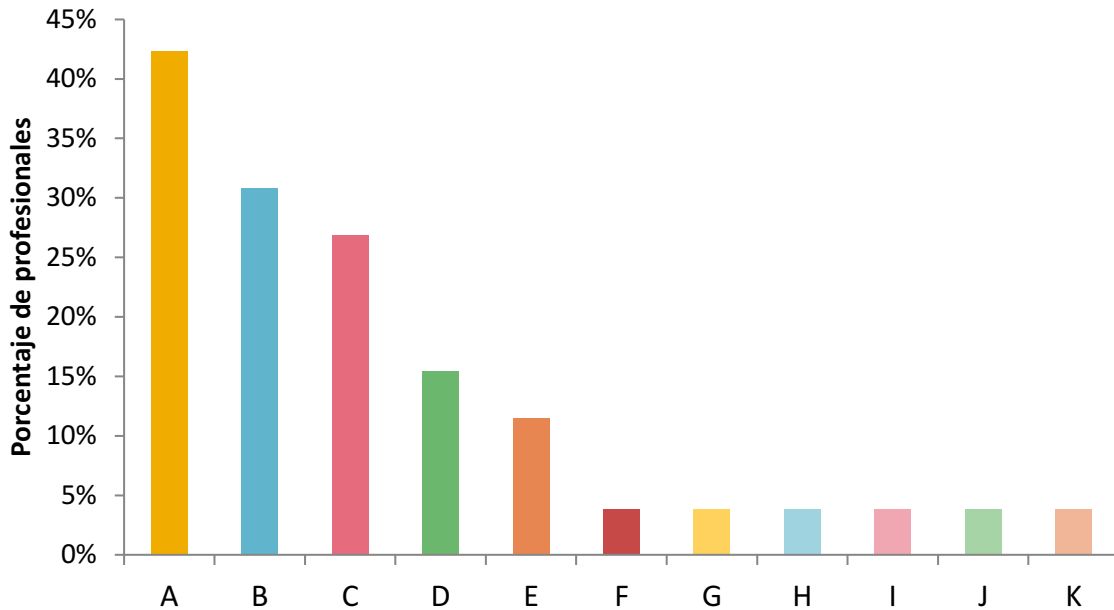


Gráfico 8. Proporción de motivos por los cuales los profesionales no recomiendan el Baby-Led Weaning.

Referencias

- A: No tengo suficiente información.
- B: Riesgo de que la dieta familiar sea poco saludable.
- C: Escasa evidencia científica.
- D: Escaso aporte energético.
- E: Temor a que el niño se atragante.
- F: Riesgo de ferropenia/anemia.
- G: Decisión cultural familiar.
- H: Madres con escasas pautas de alarma.
- I: Niños con patologías neurológicas.
- J: Depende del niño.
- K: Evalúo no solo el desarrollo, también el ambiente dónde vive.

Por medio de las preguntas 7, 8 y 9 se buscó indagar qué consideraciones tienen los profesionales sobre los beneficios y riesgos del Baby-Led Weaning y la presencia o no de preocupaciones al respecto. Se indagó mediante tres preguntas abiertas y para realizar el análisis de cada una de ellas se establecieron cinco categorías de respuesta las cuales fueron: sí, no, no lo sé, depende y no responde a la finalidad de la pregunta.

En cuanto a los beneficios, el 85,5% considera que sí presenta, el 4,8% no lo sabe, y las tres categorías restantes (no, depende y no responde a la finalidad de la pregunta) representan cada una el 3,2% (Gráfico 9).

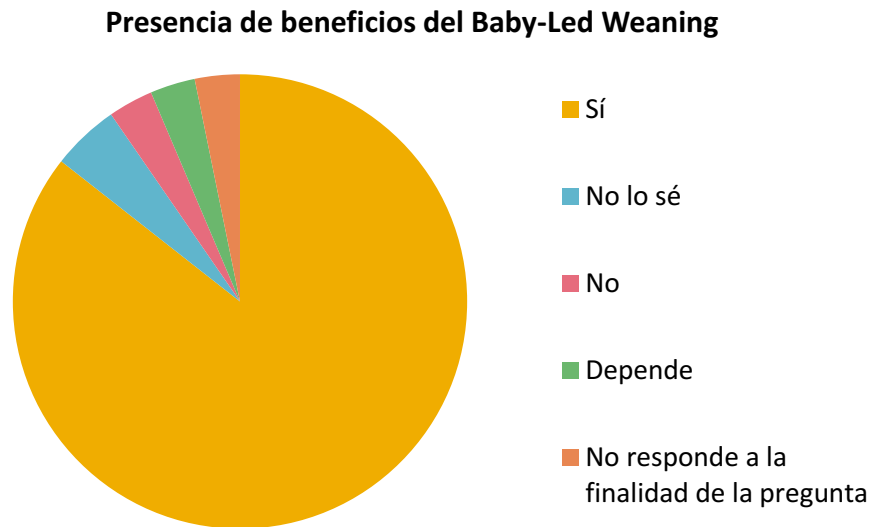


Gráfico 9. Proporción de consideraciones de los profesionales acerca de la presencia de beneficios del Baby-Led Weaning.

Con respecto a los riesgos, el 43,5% considera que sí puede haber riesgos, el 30,6% depende, el 16,1% expresa que no y las dos categorías restantes (no lo sé y no responde a la finalidad de la pregunta) representan cada una el 4,8% (Gráfico 10).

Presencia de riesgos del Baby-Led Weaning

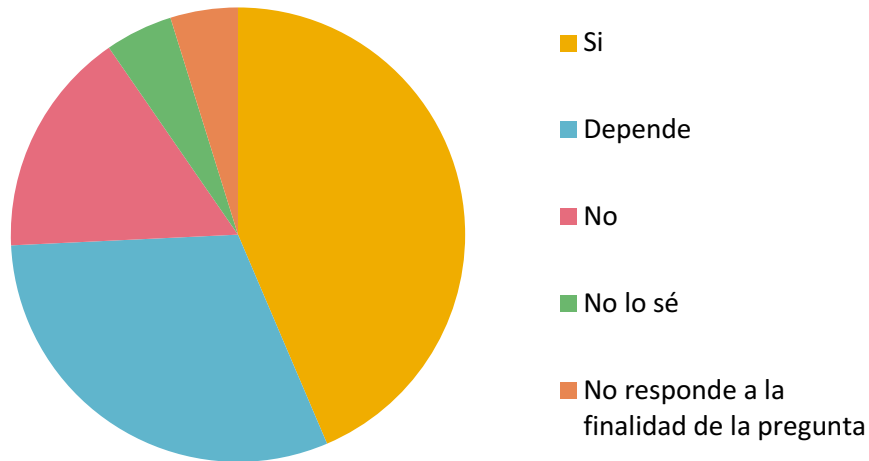


Gráfico 10. Proporción de consideraciones de los profesionales acerca de la presencia de riesgos del Baby-Led Weaning.

En relación a la presencia de preocupaciones sobre el tema, el 48,4% manifiesta no tener preocupaciones, el 35,5% sí las tiene, el 11,3% no responde a la finalidad de la pregunta, el 3,2% depende y el 1,6% no lo sabe (Gráfico 11).

Presencia de preocupaciones del Baby-Led Weaning



Gráfico 11. Proporción de consideraciones de los profesionales acerca de la presencia de preocupaciones del Baby-Led Weaning.

Finalmente se exponen los resultados de la última pregunta. Se realizó de forma abierta con el fin de explorar cómo describirían los profesionales el Baby-Led Weaning si alguien les consultase respecto del mismo. Los resultados fueron agrupados según las palabras claves que más se mencionaron en las respuestas: un 87,1% considera al Baby-Led Weaning como una “manera natural de Alimentación Complementaria que favorece la autorregulación, la capacidad de conocer a los alimentos a través de los sentidos, que estimula el desarrollo y la comensalidad familiar”; un 6,5% no sabe cómo lo describiría; un 4,8% utiliza palabras que no responden a la finalidad de la pregunta y un 1,6% lo describe como poco práctico.

Como conclusión, se observa que la mayoría de los profesionales conoce el Baby-Led Weaning pero aún existe un porcentaje mínimo que no lo hace (9,7%). La principal fuente de información fue a través de un canal de reunión destinado a profesionales afines con la salud (curso o congreso), sin embargo un gran número lo conoció por medio de las familias de los pacientes o una página web. Sumado a esto, un alto porcentaje de profesionales percibe que su nivel de conocimiento es insuficiente, esto refleja la necesidad actual de contar con material y capacitación al respecto.

Aunque gran parte de los profesionales recomiendan una combinación entre la forma tradicional de Alimentación Complementaria y el Baby-Led Weaning, un 19,4% recomienda únicamente papilla tradicional y un 11,3% Baby-Led Weaning exclusivamente. En el caso de aquellos que no apoyan el Baby-Led Weaning, una de las principales razones para no recomendarlo es que no poseen suficiente información, esto da cuenta del hecho de que toman esta decisión sin tener un fundamento formado. Por lo tanto, se considera esencial la capacitación para lograr flexibilidad y adaptar las recomendaciones en cada caso en particular.

La mayoría recomienda iniciar la Alimentación Complementaria a los seis meses de vida basándose en las recomendaciones actuales de diferentes sociedades científicas y organismos nacionales e internacionales, no obstante hay profesionales que no siguen tales lineamientos llevando a una introducción temprana o tardía de los alimentos.

Con respecto a los beneficios del Baby-Led Weaning se mencionan con mayor frecuencia la autorregulación, la alimentación más variada y saludable, la incorporación de diferentes texturas, la utilización de los sentidos para conocer los alimentos y la participación activa de los niños. En cuanto a los riesgos, el atragantamiento, la escasez de nutrientes o energía que lleva a un crecimiento inadecuado, la falta de información y supervisión de los adultos son los más citados. Por último, en relación a las preocupaciones las más nombradas son la escasa evidencia científica, la falta de

información o capacitación de los profesionales que se traduce en una limitada educación a las familias y/o cuidadores y las situaciones especiales como niños con bajo peso o prematuros en los que es necesario evaluar aspectos del desarrollo.

Por estos motivos, se considera necesaria la disponibilidad de una herramienta oportuna para informar de manera integral acerca de la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé y ser utilizada como punto de partida para la capacitación de los profesionales de salud relacionados con la alimentación de los niños menores de dos años.

OBJETIVOS

Objetivo General

Diseñar y construir una Guía Orientativa sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé para brindar información y recomendaciones a las familias, los profesionales de la salud y a la población interesada de Argentina.

Objetivos Específicos

- Analizar trabajos científicos sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé para recopilar información académica.
- Elaborar una encuesta destinada a los profesionales de la salud para indagar acerca de sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre el tema.
- Expresar la información académica y las recomendaciones sobre la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé de manera sencilla para facilitar su comprensión.
- Presentar a través de fotografías de elaboración propia la forma de presentación de diferentes alimentos de acuerdo al nivel de desarrollo de los niños.
- Proponer ideas de menú saludables y recetas para la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé.

RESULTADOS ESPERADOS

- Que los profesionales conozcan y se informen acerca de esta manera de Alimentación Complementaria.
- Que los profesionales tengan las herramientas necesarias para acompañar a las familias en esta etapa de la Alimentación Complementaria.
- Que las familias y/o cuidadores conozcan la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé.
- Que las familias y/o cuidadores cuenten con la educación necesaria para llevar a cabo la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, respetando su decisión sobre la implementación o no de la misma.
- Que las familias y/o cuidadores despejen sus dudas y preocupaciones con un profesional informado.
- Que las familias adopten un cambio en la alimentación familiar para la incorporación de los niños a una dieta familiar saludable.

INDICADORES DE PROGRESO Y LOGRO

- Disponer de un recurso asequible para brindar información y educar sobre la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé.
- Constatar que una mayor cantidad de profesionales de la salud consideren la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé.
- Lograr mayor satisfacción a la hora de consultar y obtener información sobre la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé.
- Aumentar el conocimiento sobre la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé en la población en general.
- Constatar que una mayor cantidad de familias implementan la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé asesorados por un profesional de la salud.
- Mejorar la calidad de la alimentación familiar.

METODOLOGÍA

El procedimiento para la confección del dispositivo de intervención, la Guía Orientativa sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, requirió de la integración de la información científica existente sobre el tema; los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud relacionados con la alimentación de los niños menores de dos años, y la facultad de expresar toda esta información obtenida conforme lo requieren los destinatarios de la intervención.

Para lograr lo expuesto anteriormente, se realizaron una serie de actividades: la búsqueda y lectura de bibliografía relacionada con la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé y la elaboración de una encuesta destinada a relevar los conocimientos, actitudes y prácticas entorno al tema de los profesionales de la salud relacionados con la alimentación de los niños menores de dos años. A partir del análisis de los datos obtenidos sobre la bibliografía consultada más los resultados de la encuesta a los profesionales, se llevó adelante la elaboración de la guía. La misma fue creada para brindar información, conocimientos necesarios y recomendaciones a los profesionales de la salud, los familiares y/o cuidadores, para llevar a cabo esta manera de Alimentación Complementaria, sin persuadir sobre la elección de la misma.

Actividades

1. *Búsqueda, lectura y análisis de bibliografía relacionada con la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé*

En primer lugar se efectuó la búsqueda de trabajos científicos sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé. Para esto se recurrió a buscadores como PubMed y Google Académico, bibliotecas electrónicas como Scielo y Dialnet, y se utilizaron los términos: “Baby-Led Weaning”, “BLW”, “Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé”, “Alimentación Complementaria a demanda” y “Alimentación Complementaria”. Luego se llevó a cabo la lectura y el análisis de la bibliografía que se consideró fundamental para la realización de la guía.

2. *Encuesta a profesionales de la salud*

Una de las actividades del proyecto consistió en la elaboración de una encuesta destinada a los profesionales de la salud relacionados con la alimentación de los niños menores de dos años, entre ellos Médicos/as Pediatras y Licenciados/as en Nutrición, para realizar un diagnóstico de

situación acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el tema en Argentina, lo cual brindó un soporte adecuado de la información con la que cuentan los mismos. Aunque los destinatarios indirectos son un grupo más amplio de profesionales de la salud, se limitó la realización de la encuesta a los profesionales mencionados anteriormente para un análisis de los datos más preciso.

Se diseñó una encuesta semiestructurada, con preguntas abiertas y cerradas, algunas obligatorias y excluyentes para limitar a la población requerida. Fue autoadministrada de manera virtual, a través de un Formulario Google que llegó a los posibles encuestados por medio de su correo electrónico, Whatsapp o de boca en boca entre redes de profesionales como efecto “bola de nieve”. La encuesta incluyó un breve mensaje de difusión para la presentación de las autoras, una introducción para aclarar el objetivo de la misma y la definición de Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé. Comenzó a circular el 2 de Julio de 2020, se hizo recircular el 16 de Julio de 2020 y la recepción de respuestas finalizó el 2 de Septiembre de 2020.

La encuesta se formuló a partir de la selección y utilización de ciertas preguntas empleadas en tres estudios diferentes, uno realizado en Nueva Zelanda (2012) ⁽²⁹⁾, otro en España (2018) ⁽³⁴⁾ y el más reciente en Chile (2019) ⁽³⁵⁾. Las preguntas se eligieron con el fin de responder al objetivo general y los objetivos específicos, considerando los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud.

La pregunta acerca de la disciplina profesional y las preguntas 7, 8, 9 y 11, se formularon según los lineamientos de Cameron et al. (2012) ⁽²⁹⁾. La pregunta acerca del ámbito en el que trabaja, sumado a las preguntas 1, 3, 4, 5 y 6, se formularon según los lineamientos de Martínez Rubio et al. (2018) ⁽³⁴⁾. La pregunta acerca de la edad y las preguntas 2 y 10, se formularon según los lineamientos de Lionelli et al. (2019) ⁽³⁵⁾ (Ver anexo 1).

3. Diseño y construcción de la Guía Orientativa sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé

La guía se diseñó para ser difundida en formato digital y/o en papel e incluye de forma clara, sencilla y objetiva información fundamental a tener en cuenta a la hora de implementar la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé. La misma fue extraída de artículos científicos, guías alimentarias destinadas a la población infantil y adulta, documentos nacionales e internacionales, libros y guías referentes al tema. El lenguaje académico se adecuó para facilitar la comprensión de todos aquellos que deseen utilizarla.

El contenido teórico se expresó mediante texto, imágenes ilustrativas y cuadros diseñados exclusivamente y además fotografías de elaboración propia. En la elección de la paleta de colores se tuvo en cuenta tanto la temática a abordar como el transmitir los conceptos de una forma dinámica y atractiva haciendo alusión a la niñez.

La guía contiene una portada ilustrativa de diseño colorido con fotografías de diferentes alimentos dispersos en un fondo claro, en la cual se expresa el título y el subtítulo que define el tema a desarrollar, a tono con los colores de los alimentos (*Ilustración 1*); un índice donde se enumera el contenido para facilitar al lector la estructura de la guía y una presentación en la cual se expone el objetivo de la misma y la importancia de abordar el tema de manera integral. A continuación, la información seleccionada para construir la guía se divide en una introducción, tres partes principales, anexos y bibliografía.



Ilustración 1. Ejemplo de portada de la Guía Orientativa.

En la introducción se detalla la importancia de la Lactancia Materna y la Alimentación Complementaria Oportuna en los primeros dos años de vida en referencia a la recomendación mundial actual.

En la primera parte, se brinda una definición de elaboración propia, en base a lo leído y analizado, sobre la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, luego se desarrollan las características principales, los beneficios estudiados hasta el momento y recomendaciones para afrontar las dudas frecuentes que presentan los adultos responsables (*Ilustración 2*).

¿Cuáles son sus beneficios?

Es natural porque usan las manos y la boca solos de forma instintiva y siguiendo su

Contribuye al desarrollo de los músculos de los ojos, las manos y la boca.

Permite aprender a comer con seguridad antes de introducirlos en la boca y a

Aumenta la seguridad en sí mismo por experiencia con la comida, descubriendo sus habilidades. ¡Es una sensación gratif

Mejor control del apetito porque se aliar de comer de acuerdo a las señales de comerán hasta que estén llenos sin impac

Ilustración 2. Ejemplo del texto de la primera parte de la guía orientativa.

En la segunda parte, se expone qué alimentos es recomendable ofrecer, cuáles es conveniente evitar, cuándo introducirlos, en cuánta cantidad, cómo presentarlos adecuadamente y finalmente ideas de menú que responden a las recomendaciones mencionadas anteriormente (*Ilustración 3*).



Ilustración 3. Ejemplo de cuadro de introducción de alimentos.

Para demostrar cómo presentar los alimentos adecuadamente se utilizaron fotografías de elaboración propia. Se fotografiaron los diferentes grupos de alimentos por separado, incluyendo en cada fotografía el alimento entero, el alimento en trozos de tamaño grande para los niños más pequeños y el alimento en trozos de menor tamaño para los niños que utilizan la pinza, como se muestra en la *Ilustración 4*. Las fotografías fueron tomadas siguiendo la misma dinámica para cada una, utilizando cámara Nikon D7200, en perspectiva cenital, es decir, de arriba hacia abajo, y con abundante luz natural, respetando que cada una presente un fondo de mármol blanco a fin de apreciar claramente cada alimento.



Ilustración 4. Ejemplo de fotografía de cómo presentar la banana.

Para presentar las ideas de menú, se tomaron fotografías de platos de comida que incluían una fruta o una verdura, un alimento rico en energía y un alimento rico en hierro. Se realizaron siguiendo la misma dinámica para cada una, utilizando cámara Nikon D7200, en perspectiva cenital, es decir, de arriba hacia abajo y con abundante luz natural. Los utensilios utilizados fueron un plato de madera en forma de zorro y fondos de diferentes colores, de acuerdo a la fotografía, para resaltar los alimentos o preparaciones como se muestra en la *Ilustración 5*.



Ilustración 5. Ejemplo de ideas de menú.

En la tercera parte, se sugieren diferentes pautas para llevar adelante la Alimentación Complementaria considerando aspectos relacionados con la nutrición del bebé, el ambiente que rodea al acto de comer, la higiene, la inocuidad del agua a utilizar, los controles pediátricos y las señales del bebé conforme a sus necesidades fisiológicas, emocionales y recreativas.

Además, contiene un apartado de anexos en el cual se incluye información complementaria para aquellos que deseen ampliar ciertos temas específicos expuestos en la guía. En el anexo 1, se brindan recomendaciones para el manejo de la aspiración de un cuerpo extraño y cómo proceder mediante la realización de primeros auxilios en lactantes y niños; en el anexo 2, se ofrece una lista de alimentos para favorecer la identificación de la amplia variedad disponible en el mercado; en el anexo 3, se añaden recomendaciones sobre seguridad e higiene de los alimentos; y por último en el anexo 4, se comparten recetas de preparaciones sencillas para estimular la elaboración de comidas caseras basadas en alimentos naturales y frescos, aptas para este grupo de edad y la familia, haciendo hincapié en que no hay comidas especiales para bebés.

Finalmente se cita la bibliografía utilizada para la realización de la guía, de manera que las personas interesadas puedan recurrir a ella para más información, y un enlace directo a una encuesta de satisfacción para que los destinatarios tengan la posibilidad de dejar su opinión y así poder evaluar la guía.

Evaluación

Para evaluar la efectividad del diseño y claridad de expresión del contenido de esta guía, se realizará una encuesta de satisfacción a los destinatarios (Ver anexo 2).

En el caso de los profesionales que hayan utilizado la guía, la encuesta será autoadministrada de manera virtual a través de un Formulario Google que llegará a éstos por medio de su correo electrónico, Whatsapp o de boca en boca entre redes de profesionales; y para evaluar la satisfacción de los familiares y/o cuidadores, la encuesta estará disponible al final de la guía como un enlace directo al que podrán acceder.

La encuesta incluirá un breve mensaje de difusión para la presentación de las autoras, una introducción para aclarar el objetivo de la misma y un agradecimiento para aquellos que colaboren con su respuesta.

La pregunta de datos personales relacionada a la edad sumada a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11, se formularon según los lineamientos de Monje-Agudo et al. (2015) ⁽³⁶⁾, modificando las palabras necesarias en función de los objetivos de evaluación de este proyecto. La pregunta de datos personales acerca de la relación con el niño fue de elaboración propia por ser específica de la guía diseñada y necesaria para evaluar a los destinatarios.

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL DISPOSITIVO

La satisfacción de los destinatarios es un factor determinante de la efectividad de la Guía Orientativa sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé. Para evaluar el diseño y claridad de expresión del contenido de esta guía, se realizará una encuesta de satisfacción a los destinatarios, expresada anteriormente en metodología e incluida en el anexo 2. El objetivo de ésta es valorar la satisfacción de los usuarios de la guía, así como la claridad, aceptabilidad y utilidad de la misma tanto para las familias y/o cuidadores como para los profesionales de la salud.

SUGERENCIAS

Invertir en nutrición desde los primeros años de vida es fundamental para alcanzar resultados óptimos en salud, tanto a corto como a largo plazo. El establecimiento de hábitos alimentarios saludables en la infancia temprana resulta de gran importancia para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y el alcance del máximo potencial humano, a nivel individual y colectivo.

Los Licenciados en Nutrición tenemos la formación y la responsabilidad de acompañar a la población y brindar educación alimentaria y nutricional en las diferentes etapas de la vida. En este sentido, creemos que el período de Alimentación Complementaria es un momento único en la vida de cada familia, durante el cual es oportuno realizar acciones de educación nutricional que lleven a la adquisición de hábitos alimentarios familiares más saludables.

Luego de la lectura y análisis de diversos estudios científicos y bibliografía disponible, se considera a la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé como una manera de invertir en nutrición porque se le permite tener un rol activo y reconocer las señales de su propio cuerpo, facilitando así el aprendizaje, favoreciendo la autonomía y el desarrollo de hábitos alimentarios saludables. Estudios recientes efectuados en otros países, han concluido que la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé es una manera factible de llevar a cabo la Alimentación Complementaria y que posee múltiples beneficios a corto y mediano plazo. Sin embargo, se considera fundamental la realización de estudios a largo plazo para comprobar que existen beneficios a futuro, como por ejemplo un menor riesgo de obesidad.

La guía fue construida principalmente con información proveniente de estudios internacionales debido a la vacancia en Argentina. Por esto, se sugiere la realización de investigaciones nacionales para obtener datos representativos de la población acerca de los conocimientos con los que cuenta sobre la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, la implementación o no de la misma, las preocupaciones frecuentes, entre otros. Además, se recomienda la ejecución de estudios nacionales que relacionen la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé con la educación y el nivel de ingresos de las familias que la llevan adelante, las tasas de Lactancia Materna Exclusiva, la edad de introducción de los alimentos, la cantidad de nutrientes ingeridos y el crecimiento de los niños, por ejemplo.

A partir de los resultados obtenidos, se propone desarrollar nuevas guías y/o material educativo respondiendo a las necesidades sentidas de la población, con el objetivo de suplir la falta de información de los profesionales de la salud que se traduce en prácticas inadecuadas de las familias. Contar con profesionales de la salud capacitados será beneficioso porque podrán brindar información científica a las familias que deseen llevar adelante la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, evitando la utilización de fuentes no confiables para informarse respecto al tema.

Por todo esto, se considera fundamental el rol de los profesionales de la salud como agentes claves en la educación de las familias y la comunidad en general, como una acción de promoción y prevención en salud, priorizando la lactancia materna como el alimento principal en los primeros años de vida, junto con la introducción de alimentos complementarios naturales y saludables, evitando la recomendación de productos ultraprocesados. Asimismo, es esencial el trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud y otros campos, como educación, comunicación, periodismo, gastronomía, trabajo social, entre otros, con el fin de abordar a las personas de manera integral y lograr un mayor alcance en la sociedad.

ANEXOS

Anexo 1

ENCUESTA SOBRE “BABY-LED WEANING (BLW)”

Este trabajo es realizado por alumnas de quinto año de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) en el marco de la realización de la tesina de grado.

La tesina constará del diseño y construcción de una Guía Orientativa sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, destinada a brindar información y recomendaciones a profesionales de la salud relacionados con el tema. El fin de la misma es que sea utilizada como soporte para la educación alimentaria de todos los familiares y/o cuidadores de niños y niñas que hayan iniciado o prontos a iniciar la alimentación complementaria.

Se elabora esta encuesta mediante la cual se pretende indagar acerca de sus conocimientos, actitudes y prácticas como profesional de la salud, en relación a la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, denominada también BLW (Baby-Led Weaning). Los datos obtenidos serán considerados para llevar a cabo el desarrollo de la guía.

Es importante señalar que no hay respuestas correctas o incorrectas, solamente se necesita que responda con sinceridad.

Se agradece su colaboración en esta encuesta (la cual es completamente gratuita y voluntaria) y la difusión de la misma entre sus colegas, ya sean Médicos/as Pediatras y/o Licenciados/as en Nutrición relacionados con la alimentación de los niños menores de dos años.

DATOS PERSONALES

Grupos de Edad

- 20 a 30 años
- 31 a 40 años
- 41 a 50 años
- Más de 50 años

¿Cuál es su rol profesional?

- Médico/a Pediatra relacionado con la alimentación de niños menores de dos años
- Licenciado/a en Nutrición relacionado con la alimentación de niños menores de dos años

Ámbito en el que trabaja

- Ámbito de salud público
- Ámbito de salud privado
- Ambos

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La Alimentación Complementaria (AC) Autorregulada por el bebé o Baby-Led Weaning, es una manera de alimentación en la que se le permite al niño dirigir y controlar el proceso de introducción de alimentos desde el comienzo. Al bebé se le ofrecen alimentos saludables en trozos adecuados a su nivel de desarrollo (alargados y grandes al principio, luego más pequeños) y es él mismo quien experimenta con sus manos y se los lleva a la boca.

1. ¿A partir de qué edad recomienda la Alimentación Complementaria?

- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- Más de 6 meses
- Otra:

2. ¿Qué manera de Alimentación Complementaria recomienda habitualmente?

- Papilla tradicional
- Baby-Led Weaning
- Combinación

3. ¿Conoce el Baby-Led Weaning (BLW) para la introducción de la Alimentación Complementaria?

- Sí

- No

4. Si lo conoce, ¿cuál ha sido su fuente de información?

(En caso de ser necesario, marque más de un opción)

- Las propias madres o familiares del niño
- Un curso o una ponencia en un congreso profesional
- Una página web
- Un compañero de mi centro
- Otra fuente

5. ¿Lo recomienda?

- Nunca
- A veces
- Siempre

6. Si no lo recomienda, indica por qué

(En caso de ser necesario, marque más de un opción)

- Temor a que el niño se atragante
- Escaso aporte energético
- Riesgo de ferropenia-anemia
- Escasa evidencia científica
- Riesgo que la dieta de la familia sea poco saludable
- No tengo suficiente información
- Otra:

7. ¿Considera que puede haber beneficios de Baby-Led Weaning?

8. ¿Considera que puede haber riesgos de Baby-Led Weaning?

9. ¿Tiene alguna preocupación sobre Baby-Led Weaning?

10. Nivel de conocimiento del Baby-Led Weaning

- Insuficiente
- Suficiente

11. Si alguien le preguntara qué es Baby-Led Weaning, ¿cómo lo describiría?

Anexo 2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

GUÍA ORIENTATIVA SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AUTORREGULADA POR EL BEBÉ

Esta encuesta es elaborada por alumnas de quinto año de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) en el marco de la evaluación de la Guía Orientativa sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé, producto final de su Tesina de Grado.

Se realiza esta encuesta a fin de conocer cuál ha sido el nivel de satisfacción al utilizar la Guía Orientativa, así como la claridad y aceptabilidad de la misma, para informarse y educar a las familias y/o cuidadores de niños/as que hayan iniciado o prontos a iniciar la Alimentación Complementaria.

La satisfacción de los destinatarios es un factor determinante de la viabilidad de la Guía Orientativa por lo que se agradece su colaboración en esta encuesta (la cual es gratuita y voluntaria).

DATOS PERSONALES

Edad (*)

- Menor a 18 años
- 18 a 24 años
- 25 a 40 años
- 41 a 60 años
- Mayor a 60 años

Relación con el niño/a (*)

- Profesional de salud
- Profesional relacionado con niños menores de dos años
- Familiar
- Cuidador

- Otros

NIVEL DE SATISFACCIÓN

(Marque donde corresponda según su nivel de satisfacción)

- 1. Tengo mayores conocimientos sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé. (*)**
 - Sí
 - No
- 2. Sé qué alimentos puedo brindar y cuáles no por sus posibles riesgos. (*)**
 - Sí
 - No
- 3. Sé cómo proporcionar los alimentos al niño/a según edad. (*)**
 - Sí
 - No
- 4. Soy más consciente de la importancia de la alimentación saludable que debe tener un niño/a. (*)**
 - Sí
 - No
- 5. Tengo mayores conocimientos sobre las recomendaciones que debo seguir en la Alimentación Complementaria. (*)**
 - Sí
 - No
- 6. He logrado reducir las dudas acerca de la Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé. (*)**
 - Sí
 - No
- 7. Siento que la información de la guía fue clara. (*)**

Muy clara	Clara	Regularmente clara	Poco clara	Muy poco clara

8. Siento que la información de la guía fue útil. (*)

Muy útil	Útil	Regularmente útil	Poco útil	Muy poco útil

9. Estoy satisfecho con la información de la guía. (*)

Muy satisfecho	Satisfecho	Regularmente satisfecho	Poco satisfecho	Muy poco satisfecho

10. Continuaré consultando la guía para conocer más. (*)

- Sí
- No

11. Comentarios y/o sugerencias. (*)

(*) Respuesta Obligatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract.* 2011;84(6):20-23.
2. Moreno Villares JM, 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. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC; 2003. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49259/CA_guiding_principles_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
4. Organización Mundial de la Salud. Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre 6 y los 24 meses. Washington DC; 2007. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96355/9789275327951_spa.pdf;jsessionid=801E67C694D418A3D8460341946C0A80?sequence=1
5. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington DC; 2010. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf?sequence=1
6. Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra; 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf?sequence=1>
7. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. *Situación de la lactancia materna en Argentina. Informe 2018.*
8. Ministerio de Salud de la Nación. Guías alimentarias para la población infantil: consideraciones para los equipos de salud. Buenos Aires; 2010. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000319cnt-A04-guias-alimentarias-pob-inf-equipos.pdf>

9. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre alimentación complementaria. España; 2018. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
10. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud: documento de resultados. Argentina; 2007. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf>
11. Ministerio de Salud de la Nación. La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010. Buenos Aires; 2010.
12. Leis Trabazo R. ¿Es el baby-led weaning un patrón recomendable? *Evid Pediatr.* 2017; 13:27.
13. Orensanz Álava A, Tolosana Lasheras T. Manual sobre cómo ofrecer una alimentación complementaria saludable. España: Unidad Docente AFyC Sector Zaragoza 1; 2017. ISBN 978-84-09-14277-4.
14. Velasco Manrique MV. Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. *Medicina Naturista.* 2014;8(2):64-72.
15. Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 59-66.
16. Critzmann S. Hoy no es siempre: guía pediátrica para una crianza respetuosa. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Planeta; 2019. ISBN 978-950-49-6837-5.
17. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. How feasible is Baby-led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients.* 2012;4(11):1575-1609. doi:10.3390/nu4111575.
18. Rapley G, Murkett T. Baby-led Weaning: helping your baby to love good food. Edición actualizada. Reino Unido: Vermilion; 2019. ISBN 9781407025377.

19. 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.* 2011;7(1):34-47. doi:10.1111/j.1740-8709.2010.00243.x.
20. 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. doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00360.x.
21. Daniels L, Heath AL, Williams SM, et al. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr.* 2015;15:179. doi:10.1186/s12887-015-0491-8.
22. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr Obes.* 2015;10(1):57-66. doi:10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x.
23. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open.* 2012 Feb 6;2(1):e000298. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000298.
24. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite.* 2012;58(3):1046-1049. doi:10.1016/j.appet.2012.01.033.
25. 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 Nov;15(8):1265-71. doi: 10.1007/s10995-010-0678-4.
26. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr.* 2016 Oct;12(4):826-37. doi: 10.1111/mcn.12172.
27. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. How feasible is Baby-led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients.* 2012;4(11):1575-1609. doi:10.3390/nu4111575.
28. Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. 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):e003946. Published 2013 Dec 9. doi:10.1136/bmjopen-2013-003946.

29. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study. *BMJ Open*. 2012;2(6):e001542. doi:10.1136/bmjopen-2012-001542.
30. Korta Murua J, Sardón Prado O. Cuerpos extraños en la vía respiratoria. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas. España; 2010. p. 65-73. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cuerpo_ext_via_aerea.pdf
31. Brown A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet*. 2018 Aug;31(4):496-504. doi: 10.1111/jhn.12528.
32. Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, Parkinson KN. Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods?. *Matern Child Nutr*. 2011;7(1):27-33. doi:10.1111/j.1740-8709.2010.00274.x.
33. Cameron, S.L., Taylor, R.W. & Heath, A.M. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr* 15, 99 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0422-8>.
34. Martínez Rubio A, Cantarero Vallejo MD, Espín Jaime B. ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018;20:35-44.
35. Leonelli G, Cavieres P, Munizaga R. Relación entre el conocimiento y recomendación del baby led weaning en nutricionistas de atención primaria, en las ciudades de Coquimbo y La Serena, Chile. *Rev Chil Nutr* 2019; 46(6): 761-767
36. Monje-Agudo P, Borrego-Izquierdo Y, Robustillo-Cortés MA, Jiménez-Galán R, Almeida-González CV, Morillo-Verdugo RA. Diseño y validación de una encuesta de satisfacción con la atención farmacéutica recibida en las consultas de farmacia hospitalaria. *Farm Hosp*. 2015 Jun;39(3):152-156.