

¿Qué se sabe actualmente sobre el método de alimentación guiado por el bebé -BLW?

What is currently known about the baby-led weaning method-BLW?

Valeria Fuentes Alfaro^a, Giannella Leonelli Neira^a, Gerardo Weisstaub^b

^aNutricionista. Carrera de Nutrición y Dietética, Departamento de Clínicas, Facultad de Medicina Universidad Católica del Norte. Coquimbo, Chile.

^bInstituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Recibido: 20 de diciembre de 2021; aceptado: 02 de junio de 2022

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

El BLW (alimentación guiada por el bebé), es una técnica de alimentación complementaria que se puede implementar desde los 6 meses de edad, en la cual el lactante consume los alimentos utilizando sus propias manos o dedos (índice y pulgar), autodeterminando la cantidad a consumir, en base a los alimentos ofertados por un adulto.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Este artículo ofrece una actualización de esta técnica de alimentación, focalizándose en su definición, requisitos de implementación, potenciales riesgos y beneficios reportados en investigaciones, además de indagar en la técnica BLISS y las principales diferencias con el BLW, posicionando ambas técnicas se como una alternativa viable de alimentación complementaria en lactantes.

Resumen

El método más utilizado para iniciar la alimentación complementaria es el dirigido por los padres con alimentos en consistencia papilla; sin embargo, en los últimos años, el Baby-Led Weaning (BLW) ha ido posicionándose como un nuevo método de elección, en el cual es el bebé quien guía el proceso de alimentación. BLW presenta beneficios reconocidos principalmente por las madres que implementan el método, entre los que destacan la integración del bebé a las comidas familiares, mayor autonomía y menor selectividad alimentaria. Por otra parte, los profesionales de la salud, a pesar de reconocer las ventajas, suelen mostrarse un poco más reticentes a recomendar el método, refiriendo preocupación por un posible déficit del consumo de energía y algunos nutrientes, riesgo de asfixia, y retraso del crecimiento. Sin embargo, los resultados entre los estudios son dispares, y la evidencia que respalda tanto los beneficios como los riesgos debe ser analizada en una mayor cantidad de estudios. El objetivo de esta actualización es conocer en profundidad el BLW como método introductorio de la alimentación complementaria, así como los beneficios y riesgos definidos en los estudios analizados.

Palabras clave:

Alimentación Guiada por el Bebé;
Alimentación Complementaria;
BLISS;
Beneficios BLW;
Riesgos BLW;
Destete;
Nutrición Infantil

Abstract

The most used method for starting complementary feeding is the parents-led weaning with foods of puree consistency; however, in recent years, the Baby-Led Weaning (BLW) has been positioning itself as a new method of choice, in which the baby guides the feeding process. The BLW presents benefits recognized mainly by mothers who implement the method, among which are the integration of the baby into family meals, greater autonomy, and less food selectivity. On the other hand, health professionals, despite recognizing its advantages, tend to be a little more reluctant to recommend the method, expressing concern about a possible deficit in energy and nutrients intake, risk of choking, and delayed growth. However, the results between studies are mixed, and the evidence supporting both benefits and risks needs to be analyzed in more studies. The objective of this update is to know in depth the BLW as a method of introducing complementary feeding, as well as the benefits and risks defined in the studies analyzed.

Keywords:

Baby-Led Weaning;
Complementary
Feeding;
BLISS;
Benefits BLW;
Risks BLW;
Weaning;
Infant Nutrition

Introducción

Agrupaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) abogan por que la leche materna sea el único alimento ingerido hasta los 6 meses de vida de los lactantes^{1,2}. Luego de este periodo el organismo tiene la maduración necesaria para iniciar la alimentación complementaria (AC) con el objetivo de cubrir requerimientos nutricionales y estimular el desarrollo neurológico y motor^{1,3,4}.

La AC se considera un proceso por el cual se ofrecen alimentos distintos a la leche materna o fórmulas lácteas como complemento y no como sustitución de éstas^{3,5}. Los alimentos a ofrecer dependerán de la cultura, situación socioeconómica, religión y condiciones geográficas en la cual está inserta la familia del lactante.

La consistencia recomendada en las guías chilenas de alimentación del niño menor de 2 años, para iniciar la AC por el método tradicional es el de una papilla suave, sin grumos, ni trozos de fibra, la cual va evolucionando de acuerdo a la erupción dentaria⁵. Alrededor de los 8-9 meses con la erupción de los incisivos se recomienda la consistencia de un puré más grueso, para luego con la aparición de los molares (cerca del año de edad) evolucionar a un puré molido con el tenedor.

Sobre la edad de inicio la alimentación con las manos las recomendaciones son dispares, según la OMS a partir de los 8 meses en conjunto con las papillas, en el Reino Unido por ejemplo, desde el comienzo de la AC y en Nueva Zelanda a partir de los 7 meses⁶.

La evidencia respalda que la forma en que se alimenta a los lactantes puede impactar en los comportamientos relacionados con los alimentos, como la irritabilidad, la sensibilidad a los alimentos y la capacidad de respuesta a la saciedad, en este sentido la alimentación

receptiva se ha establecido como un método de preferencia, con impactos positivos en los comportamientos alimentarios y la ingesta dietética^{7,8}. En la alimentación perceptiva, el niño lidera el proceso, mientras que los padres tienen la responsabilidad sobre qué, cuándo y dónde se alimenta; absteniéndose de presionar, restringir abiertamente o recompensar con comida, estos principios son los que fundamentan el BLW, ya que existe respeto por las señales de hambre y saciedad del lactante, promoviendo así la autorregulación de la ingesta alimentaria⁷.

Durante los últimos años se ha propuesto un método alternativo de introducción de la alimentación sólida llamado Baby-Led Weaning (BLW) o alimentación guiada por el bebé, que ha sido seguido por un número creciente de familias⁶.

El BLW permite que los lactantes puedan alimentarse por sí mismos en vez de ser el adulto quien le 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 menor⁶.

En Chile los estudios sobre el tema son escasos y el conocimiento por parte de los profesionales de la salud es limitado. El 2018 se realizó un estudio en nutricionistas de atención primaria de las comunas de La Serena y Coquimbo que señaló que el 61,7% de la muestra presentaban conocimientos insuficientes, razón por la cual a pesar de reconocer sus beneficios no lo recomendaban a menos que fuese la madre o cuidador quien consulte⁹. De ahí la importancia de realizar investigación sobre el tema para saber si es un método seguro y factible de llevar a cabo.

Esta actualización tiene por objetivo conocer en profundidad el BLW como método introductorio de la alimentación complementaria, así como los beneficios y riesgos definidos en los estudios analizados.

¿Qué es Baby-Led Weaning?

El término BLW fue acuñado por Gill Rapley, coautora del libro “Baby-Led Weaning: The Essential Guide to Introducing Solid Foods”, el cual fue publicado el 2008 en Reino Unido⁷. Es un método alternativo de introducción a la alimentación sólida que en su forma más pura no permite la alimentación con cuchara por parte de un adulto en ningún momento, siendo el mismo lactante quien se alimenta llevando trozos de comida con las manos a su boca, logrando animar a los menores a consumir preparaciones familiares desde el inicio la AC a fin de nutrirse de forma más autónoma y completa^{10,11}. El BLW también se diferencia de los métodos convencionales en que se sugiere una variedad más amplia de alimentos desde un inicio, incluyendo: frutas, verduras, carnes, huevos, fideos, pescados, entre otros, los cuales deberán ser de consistencia blanda (tanto en su forma natural como modificados por cocción), y fáciles de desintegrar al momento de presionarlos entre el índice y el pulgar, evitando alimentos duros como la manzana cruda y aquellos con forma de moneda como la zanahoria en rodajas¹².

Mediante el BLW el lactante decide qué, cuánto y a qué velocidad comer, siendo los padres quienes le proporcionan trozos de comida en un tamaño que pueda tomar, sólo decidiendo cuándo y dónde se alimenta al bebé sin imponer la cantidad que consume, pero siempre supervisándolo¹².

En resumen, los principios fundamentales de BLW son tres:

- Los alimentos se ofrecen al bebé en trozos.
- Los lactantes se autoalimentan seleccionando y tomando los alimentos, en lugar de ser alimentados con cuchara por un adulto.
- Los bebés participan en las comidas familiares y se les ofrecen los mismos alimentos que a la familia, pero en tamaños lo suficientemente grandes como para que los tomen^{13,14}.

Requisitos para su implementación

Un aspecto importante a tener en consideración al momento de comenzar con BLW es que el bebé no debe tener sueño ni estar hambriento, mientras que los hitos que deben cumplirse para iniciar el método son la pérdida del reflejo de extrusión, la aparición de movimientos verticales en la boca o “saboreo” (sin lateralización), la capacidad de tomar alimentos con precisión y el sentarse con apoyo, lo cual permite el control de cabeza y cuello, necesarios para deglutir sólidos^{5,15-18}.

La posición correcta para comer es con el lactante sentado, con caderas hacia atrás, tronco en la línea

media, cabeza en control sobre el tórax y brazos libres para manipular la comida, ya que el desarrollo motor oral, de los labios, las mejillas y la lengua requiere estabilidad de la mandíbula y de la pelvis^{5,12}. En el momento en que surge esta habilidad, los bebés también comienzan a desarrollar el uso coordinado de sus manos en la manipulación y exploración de objetos¹².

Naylor A. et al estudiaron cómo, cerca del sexto mes de vida, la mayoría de los bebés desarrollan las habilidades necesarias para alimentarse por sí mismos, algo que no podían hacer quienes comenzaban la AC a los 4 meses como sugería la recomendación anterior de la OMS, razón por la cual la indicación era iniciar con una consistencia papilla, en vez de blanda^{6,19}. Este método de la alimentación complementaria depende del desarrollo psicomotor del lactante, pudiendo no ser candidatos a este método lactantes con retraso del desarrollo psicomotor o niños pre-término que aún no hayan alcanzado los hitos mencionados anteriormente.

Beneficios

El BLW se considera un método que permite al niño aceptar de mejor forma alimentos nuevos, ya que no se siente obligado a comer, siendo partícipe y protagonista en su autocuidado, fomentando la seguridad en sí mismo. Además, al permitir que el bebé tenga el control de la cantidad de alimentos que ingiere, puede ayudar a que el lactante que sigue el BLW responda mejor a las señales de hambre y saciedad²⁰⁻²³. Brown A. et al, en un estudio de tipo transversal (n = 702), identificaron que las madres que siguieron el BLW no presionaron tanto a sus hijos durante las comidas y estaban menos preocupadas por el peso, siendo ambos factores que permiten al menor consumir alimentos en las cantidades que él desee, respetando de mejor forma las señales de hambre y saciedad²³. Resultados similares se reportan en una investigación realizada en Reino Unido²⁴. Por otra parte, las madres que practican BLW refieren que parte de los alimentos ofrecidos al lactante y los tiempos de comida son los mismos del grupo familiar, lo que no solo facilita la incorporación del lactante a los hábitos alimentarios de la familia si no también supone un esfuerzo de esta última en la mejora de ellos en pro del lactante.

Aunado a esto, se ha planteado que el BLW podría reducir el riesgo de obesidad, como resultado de esta autorregulación energética, definida como “la capacidad de ajustar la cantidad ingerida de acuerdo con las necesidades fisiológicas del consumidor”^{12,20,25}. Contrario a lo que pasaría cuando se introducen alimentos utilizando el enfoque tradicional, donde el cuidador tiene mayor control y es probable que anime al niño a comer hasta que haya consumido una cantidad de

alimento que el adulto considere “suficiente”. Lo anterior podría estar respaldado por un estudio realizado en Turquía, el cual por medio del Cuestionario de Alimentación Infantil determinó que las madres que alimentaban a sus hijos con papillas tenían más control sobre su alimentación y estos niños tendían a tener mayor sobrepeso²⁶.

Brown y Lee encontraron en un estudio a 298 niños que quienes habían realizado BLW cuando eran bebés tenían un peso corporal promedio significativamente más bajo a los 18-24 meses de edad, en comparación con aquellos que habían seguido el método tradicional²⁷. Townsend y Pitchford realizaron un estudio en niños de 20 a 78 meses que habían seguido BLW, encontrando un índice de masa corporal y una incidencia de obesidad significativamente más bajos en comparación con el control, siendo el percentil promedio del grupo BLW cercano al 50²⁸. Finalmente, Dogan, et al reportaron un 17% de sobrepeso en los niños que siguieron el método tradicional y 0% en los que utilizó BLW²⁹. Sin embargo, no es posible concluir a partir de estos estudios que el BLW sea responsable de las diferencias en el peso corporal, debido a que se ha demostrado que los padres seguidores de este método difieren en características demográficas, psicológicas y parentales con los que siguen métodos tradicionales, las cuales se sabe también están asociadas con el peso corporal^{14,30}.

Por otra parte, el BLW fomentaría un estilo de alimentación donde se promueve la exposición temprana a una gran variedad de sabores y texturas provenientes de una amplia gama de alimentos. El tener preferencia por alimentos considerados más saludables es modificable y los bebés que repetidamente se encuentran expuestos a comidas variadas, tienen una mayor disposición a experimentar con nuevos alimentos durante la infancia³¹.

En lo que respecta a los beneficios percibidos por las madres que siguen el BLW éstas consideran que el método aumenta la variedad de alimentos y nutrientes consumidos por sus hijos^{6,7,17,32,33}. Aunque los datos son muy limitados, debido a la dificultad para determinar la ingesta real de alimentos, cabe destacar que los lactantes tienen la capacidad de autorregularse y consumir los alimentos en la cantidad que su cuerpo lo requiere, de hecho, madres han señalado que cuando los bebés consumían menos AC notaban que los tiempos de amamantamiento se prolongaba¹⁴.

En línea con lo anterior, en un estudio transversal se encontró que los bebés que principalmente utilizaban el BLW tenían más probabilidades de consumir alimentos familiares, y eran menos propensos a recibir alimentos comerciales para bebés, en comparación con los bebés cuyos padres seguían un enfoque más tradicional. Sin embargo, este efecto positivo depende

de que la familia cuente con alimentos saludables que también sean adecuados para el lactante, lo cual ya fue estudiado por Brown & Lee quienes encontraron que las madres informaron haber modificado la alimentación familiar para adaptarla al bebé, convirtiéndose este método en un factor protector para todos los habitantes del hogar¹⁴. Además, los lactantes que siguen BLW participan mucho más en las comidas familiares, lo cual fortalece los vínculos^{11,12}. En contraste, Rowan H. et al no hallaron asociación entre el método y un cambio de hábitos alimentarios por parte de los padres, aunque este estudio sólo contó con 11 participantes³⁴.

Carruth y Skinner han sugerido que la capacidad de los niños para aprender a autoalimentarse no depende tanto del desarrollo innato de las habilidades motoras finas, gruesas y orales, sino de la oportunidad de desarrollar estas habilidades aplicándolas repetidamente, por lo que el BLW les proporcionaría mayores oportunidades para desarrollar sus habilidades motoras gruesas y finas¹².

Por último, se piensa que el seguir este método podría ser un factor protector de la lactancia materna, ya que se ha descrito una duración significativamente mayor de lactancia materna exclusiva entre las madres que adoptaron prácticas de BLW en comparación con las que se adhirieron al método tradicional^{13,22,30,35}.

Riesgos

Los profesionales de la salud afirman que el BLW además de beneficios tiene una serie de inconvenientes, y que ante la falta de evidencia de alto rigor científico existe cierta prudencia al momento de recomendarlo, debido a que se cree podría aumentar el riesgo de deficiencia de hierro, asfixia y retraso del crecimiento en los bebés³⁰.

La deficiencia de hierro puede alterar la función cognitiva; y los detractores de este método sostienen que BLW suele iniciar con frutas y verduras que son naturalmente bajas en hierro¹². Un estudio transversal realizado en Turquía determinó que quienes siguieron el método tradicional tuvieron menor deficiencia de hierro que los que realizaron BLW, destacando que el estado de deficiencia se basó en resultados de seguimiento de niños que ya habían sido diagnosticados con anemia ferropénica y se encontraban en tratamiento, con lo que se podría haber incurrido en un sesgo²⁶. Por otra parte, Dogan, et al en un ensayo clínico aleatorizado no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ingesta de hierro ni en los parámetros hematológicos entre el grupo control y el BLW²⁹. Una adecuada educación a los padres antes del inicio de la AC sobre ofrecer alimentos con alto contenido de hierro en cada comida puede minimizar el riesgo,

tal como lo demostró el estudio de Daniels donde no hubo diferencias significativas en la prevalencia de deficiencia funcional de hierro o anemia ferropénica entre los controles y el grupo que recibió educación³⁶. En Chile, la recomendación de suplementar con hierro a lactantes con lactancia materna desde los 4 meses hasta el año de edad podría ayudar a evitar la deficiencia anteriormente mencionada en los bebés que sigan el BLW⁵.

Alpers, et al encontraron que los lactantes tenían una ingesta de hierro menor a la recomendada independiente del método que siguiesen; en cambio un ensayo controlado aleatorizado encontró que a los 6 y 8 meses de edad, los bebés que estaban siguiendo BLW estricto consumían menos hierro, zinc y B12, aunque los que seguían enfoque mixto (papilla y BLW) tuvieron ingestas de nutrientes similares a las del grupo con método tradicional³⁷. En una investigación posterior del mismo grupo, la ingesta y el estado del zinc se evaluó a los 12 meses, no encontrándose diferencias significativas entre el grupo BLW modificado (BLISS) y el grupo control; iguales resultados fueron obtenidos en dos estudios llevados a cabo por Daniels et al³⁸⁻⁴⁰.

En cuanto a la asfixia, la posibilidad de que se produzca al seguir BLW es una preocupación frecuente entre padres y profesionales de salud. Cameron et al. encontraron que de 20 mujeres que usaban BLW con sus bebés, el 30% informaron un episodio de asfixia, causado por el consumo de manzana cruda en todos los casos, siendo importante mencionar que este alimento no se aconseja en este método; sin embargo, todos los padres informaron que el bebé lidió con la asfixia de forma independiente expulsando la comida al toser, y que ellos no tuvieron que intervenir¹². Otro estudio concluyó que la asfixia no es más probable en BLW que en el método tradicional, siempre que se sigan reglas básicas de seguridad como sentar al menor en posición vertical y controlar lo que lleva a su boca, aunque las náuseas pueden ser más comunes, las cuales son propias de su edad y van desapareciendo cerca de los 8-9 meses^{12,41}.

En un estudio sobre diagnóstico de aspiración de cuerpo extraño se determinó que el 80% de los casos realizaba BLW al momento del episodio, siendo importante mencionar que los alimentos que lo causaron fueron: semillas, nueces, pistachos, almendras, castañas y manzana, por lo que la asfixia podría asociarse más al desconocimiento de los alimentos a ofrecer que al método en sí⁴². Por el contrario, un estudio en Reino Unido informó que el 93,5% de los bebés nunca habían tenido un episodio de asfixia, aunque este estudio se basó en el recuerdo de las madres con niños preescolares⁴³. Las diferencias entre ambos resultados pudieron haberse dado por la metodología utilizada para recabar la información, ya que el primero utilizó

un estudio diagnóstico, mientras que el segundo fue por medio de autorreporte.

En cuanto a la gravedad de estos episodios, un estudio menciona que los episodios no fueron graves, mientras que dos hicieron referencia a que fue necesario recurrir a asistencia médica, pero debido a que los casos de asfixia fueron pocos ($n = 18$ y 5) no se pudo hacer una comparación entre grupos^{29,35,44}.

Una dificultad importante para recopilar datos sobre asfixia es la capacidad de los padres para diferenciar entre asfixia y náuseas, por lo que la incidencia de la primera pudiese ser más baja que lo observado en algunos estudios y de allí las diferencias⁴¹.

Algunos profesionales también han expresado su preocupación con respecto a que los bebés que siguen BLW puedan tener mayor riesgo de retraso del crecimiento, basándose en la suposición de que no todos los bebés tendrían las habilidades motoras o la motivación para alimentarse por sí mismos con las cantidades que necesitan, y por la baja densidad energética de los primeros alimentos ofrecidos^{33,45}. Townsend y Pitchford encontraron asociación entre el método de AC y los lactantes clasificados como bajo peso; aquellos que seguían BLW tuvieron mayor prevalencia de insuficiencia ponderal (4,8%) que los de padres que informaron haber seguido un enfoque de alimentación complementaria tradicional quienes no tuvieron ningún caso, mientras que Fu. et al no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (28,35). Sin embargo, ambos estudios estuvieron limitados por su diseño transversal, el pequeño número de participantes clasificados como bajo peso ($n = 3$) en el caso de Townsend y Pitchford y el bajo porcentaje de respuestas (21%) en el segundo estudio^{28,35}. Por otra parte, Hanindita, et al encontraron que la insuficiencia ponderal fue mayor en el grupo BLW que en el enfoque tradicional; sin embargo, este estudio se llevó a cabo en una Clínica Ambulatoria, por lo que el motivo de visita al recinto pudo tener relación con dicha insuficiencia⁴⁶.

Además, se debe tomar en consideración que hay otros factores que podrían influir en un inadecuado incremento ponderal como enfermedades de larga data, hospitalizaciones o factores socioeconómicos; y que la falta de estandarización de los datos como en el caso del estudio de Fu, et al donde el peso se obtuvo por autorreporte podrían influir en la clasificación nutricional^{35,47-49}.

Un factor importante es la falta de capacitación sobre el método por parte de los profesionales de salud. Brown y Lee informan que las madres que siguieron el BLW notaron que su profesional de la salud estaba en contra del método o no lo entendía, lo que significa que no pudieron obtener asesoramiento profesional¹³. En un estudio canadiense, menos de la

mitad de los profesionales de la salud (48,5%) señalaron estar preparados para apoyar el BLW y que el no recomendarlo estaba ligado a sus preocupaciones acerca de la asfixia, el retraso del crecimiento y la ingesta de hierro⁶.

Método BLISS

A raíz de las preocupaciones por los riesgos anteriormente mencionados es que en 2015 surge el método BLISS o introducción a sólidos dirigida por el bebé desarrollado por Cameron, et al con la ayuda de un pediatra y un terapeuta de habla y de lenguaje pediátrico¹⁰. El BLISS es una modificación del BLW que se enfoca en evitar las tres principales preocupaciones mencionadas en la literatura sobre el BLW, es decir prevenir el riesgo de asfixia, los bajos niveles de hierro y el bajo consumo de energía que llevaría a retraso en el crecimiento, sin existir más diferencias entre ambos métodos que las instrucciones que se dan para cumplir con los objetivos propuestos por el BLISS, lo cual lo hace un método un poco más estructurado que BLW, pero manteniendo la esencia de dar la libertad al bebé de elegir qué y cuánto comer, por lo que los beneficios serían los mismos en ambos métodos⁴⁵.

Las características esenciales del BLISS son:

1. Ofrecer alimentos que el bebé pueda coger para alimentarse por sí mismo.
2. Ofrecer en cada comida al menos, un alimento de cada uno de los siguientes grupos: alimentos ricos en hierro, alimentos ricos en energía y una fruta o verdura⁵⁰.
3. Ofrecer alimentos preparados de manera adecuada a la edad de desarrollo del bebé para reducir el riesgo de asfixia y evitar ofrecer alimentos que generen un alto riesgo de asfixia. Esto se realiza a través de los siguientes consejos:
 - a) Probar los alimentos antes de ofrecerlos para asegurarse de que sean blandos o lo suficientemente grandes y fibrosos como para que los trozos pequeños no se rompan al tenerlos en boca.
 - b) Evitar ofrecer alimentos que formen miga en la boca.
 - c) Asegurarse de que los alimentos ofrecidos sean por lo menos del largo del puño del bebé.
 - d) Asegurarse de que el bebé esté sentado derecho mientras come.
 - e) Siempre tener un adulto vigilando el proceso de alimentación.
 - f) Nunca poner alimentos en la boca del bebé; él debe hacerlo a su propio ritmo¹⁴.

Según los ensayos clínicos publicados hasta la fecha, el BLISS resulta igualmente seguro y adecuado en

términos nutricionales que el método tradicional, pero sigue siendo necesaria mayor investigación al respecto, siendo importante destacar que es un método que debe ser guiado por un profesional de la salud con conocimientos en el tema para que pueda educar a los padres sobre qué alimentos cumplen con las características señaladas^{22,36,39,40,51}.

Estudios sobre BLW

Las tablas 1, 2 y 3 resumen los estudios sobre BLW revisados, incluyendo autores, año de publicación, tipo de estudio, tamaño muestral, variables evaluadas y principales resultados.

Conclusiones

El BLW y sus variantes como el BLISS poco a poco se están convirtiendo en métodos más conocidos y aplicados por padres o tutores de lactantes que inician alimentación complementaria. Entre los beneficios encontrados en algunos estudios están el dar al bebé mayor autonomía, evitar la selectividad alimentaria, ayudar al desarrollo psicomotor y el ser un posible factor protector frente a la malnutrición por exceso; sin embargo, estos beneficios que suelen ser destacados principalmente por las madres se contraponen con lo posibles riesgos de utilizar este método, donde el riesgo de asfixia, déficit de hierro y compromiso del estado nutricional destacan como los principales miedos de los profesionales de la salud al momento de promover el BLW. Los resultados entre los estudios son dispares, lo cual ha generado que no se puedan realizar recomendaciones en base a la evidencia y que los tutores se muestren reacios a mencionar en consulta que el BLW es el método que utilizan, buscando apoyo principalmente en redes sociales. Es por lo anterior que surgen interrogantes que deben ser analizadas en futuras investigaciones como: ¿Los beneficios reportados por este método se deben al BLW/BLISS o a un estilo de crianza respetuoso?, ¿Podrían los cuidadores con un método de crianza respetuoso, reportar beneficios similares aún cuando utilicen el método tradicional?,

¿Los beneficios que se observan a corto plazo son mantenidos en el resto de la infancia y en la adultez?, además de profundizar en los resultados ya obtenidos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Tabla 1. Secciones ¿Qué es Baby- Led Weaning? y Requisitos para su implementación

Autores/Año	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Variables evaluadas	Principales resultados
Brown, et al 2011 ¹³	Transversal	n = 655	- Comportamientos y experiencias al introducir AC. - Tipo de AC - Características de la alimentación	La duración de la LME fue mayor entre quienes siguieron BLW. Los bebés con BLW tuvieron más probabilidades de recibir frutas y verduras. El método se asoció con una mayor participación en las comidas familiares y exposición a los alimentos familiares.
Cameron, et al 2013 ¹¹	Transversal	n = 199	- Características de la alimentación - Tipo de AC - Actitudes y experiencias con la alimentación del lactante - Episodios de asfixia	En comparación con el "BLW autoidentificado" (alimentación mixta) y la "alimentación dirigida por los padres", una mayor proporción de "BLW adherente" (BLW estricto) realizó LME hasta los 6 meses. "BLW adherente" tenía más probabilidades de comer lo mismo que la familia. Ambos grupos BLW tenían más probabilidades de compartir las comidas con la familia en comparación con la "alimentación dirigida por los padres".
D'Andrea, et al 2016 ⁷	Transversal	n = 98	- Experiencias de BLW en referencia a su hijo más pequeño (primeros alimentos, consistencia de alimentos, comidas familiares, asfixia) y opiniones generales de BLW. - Posibles ventajas y desventajas de BLW, según madres y profesionales de la salud	Todas las madres informaron que sus bebés comían con el resto de la familia. Los primeros alimentos ofrecidos fueron frutas y verduras. Más madres que profesionales creían que el BLW fomentaba una alimentación más saludable y evitaba la selectividad alimentaria. Más profesionales que madres indicaron que les preocupaban los episodios de asfixia, energía inadecuada e ingesta de hierro.
Leonelli, et al 2019 ⁹	Transversal	n = 47	- Técnica de alimentación más recomendada - Conocimientos sobre el BLW	El 57.4% de los nutricionistas ha recomendado alguna vez el BLW; sin embargo, un 72.3% no lo había recomendado durante el último mes. El 38.3% tenía un conocimiento suficiente de la técnica, y esto se asoció con el hecho de recomendar el método.
Brown, et al 2013 ¹⁷	Cualitativo	n = 36	- Actitudes y experiencias de seguir BLW	Generalmente, los bebés comían las mismas comidas que la familia. Las madres señalaron que habían adaptado las comidas familiares para que fueran más bajas en sal, azúcar y grasa. Muchas informaron que se sintieron atraídas por el método porque creían que permitiría al bebé regular su apetito. Las preocupaciones se centraron en el desorden y desperdicio de alimentos.
Cameron, et al 2015 ¹⁰	Ensayo clínico	n = 23	- Contenido de hierro de los alimentos complementarios ofrecidos - Contenido energético de los alimentos complementarios ofrecidos - Alimentos con alto riesgo de asfixia - Episodios de asfixia	En comparación con el grupo BLW, los padres del grupo BLISS fueron más propensos a introducir alimentos que contienen hierro durante la primera semana de AC y a ofrecer más raciones diarias de alimentos que contienen este mineral a los 6 meses ($P = 0.001$), además era menos probable que ofrecieran alimentos con alto riesgo de asfixia ($P = 0.027$).
Utami, et al 2020 ¹⁸	Cualitativo	n = 13	- Experiencia y opiniones sobre el BLW	Los bebés que utilizan BLW muestran mayor independencia, comen con la familia y comparten los mismos alimentos. Cuando se produjeron arcadas, las mujeres motivaban a sus bebés para que pudieran superarlas de forma independiente, manejando con éxito el episodio.

Tabla 2. Secciones Beneficios y Riesgos

Autores/Año	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Variables evaluadas	Principales resultados
Brown 2018 ⁴³	Transversal	n = 1.151	- Tipo de AC - Episodios de asfixia	Del total, el 13.6% de los lactantes (n = 155) se había asfixiado alguna vez, siendo los que siguen un enfoque tradicional quienes experimentaron significativamente más episodios de asfixia por alimentos.
Fu, et al 2018 ³⁵	Transversal	n = 876	- Tipo de AC - Características de la alimentación - Selectividad alimentaria - Peso a los 6-7 meses de edad - Episodios de asfixia - Opinión sobre el método (a quienes lo habían seguido)	Los bebés con BLW tuvieron menor selectividad alimentaria, y a los 6-7 meses 1.96 veces más probabilidades de consumir carne roja que los con enfoque tradicional. No hubo diferencias significativas en el peso entre los grupos. Del total de la muestra, el 2% presentó episodios de asfixia que requirieron de atención médica y el 72% fue por un alimento dado por los padres.
Özyüksel, et al 2019 ⁴²	Transversal	n = 826	- Diagnóstico de aspiración de cuerpo extraño - Tipo de AC - Alimento con el que ocurrió el episodio de asfixia	El 80% de los casos realizaba BLW al momento del episodio de asfixia. Los alimentos que causaron el episodio fueron: Semillas, frutos secos, manzana; y en 3 de los casos se desconocía el alimento.
Brown, et al 2011 ²³	Transversal	n = 702	- Tipo de AC - Peso del lactante - Percepción del crecimiento - Control materno sobre la alimentación	Las madres que siguieron BLW informaron niveles significativamente más bajos de restricción, presión para comer, control y preocupación por el peso del niño en comparación con las madres que dieron papillas. No se observó asociación entre el estilo de alimentación y el peso del lactante o el crecimiento percibido.
Brown, et al 2011 ¹³	Transversal	n = 655	Ver Tabla 1	Ver Tabla 1
Kahraman, et al 2020 ²⁶	Transversal	n = 585	- Tipo de AC - Estado nutricional - Control materno sobre la alimentación - Deficiencia de hierro (evaluado con Hemoglobina y Hematocrito) - Episodios de asfixia	Los niños que siguieron el método tradicional tuvieron significativamente menos deficiencia de hierro. No hubo diferencias significativas en cuanto a episodios de aspiración / asfixia e IMC. Madres que utilizaban el método tradicional tenían más control sobre la alimentación de sus bebés y éstos tendían a tener más sobrepeso.
Kominou, et al 2019 ²⁴	Transversal	n = 565	- Tipo de AC - Control de los padres sobre la alimentación - Selectividad alimentaria	Los padres BLW estricto ejercen un control significativamente menor sobre la alimentación de sus hijos y utilizan significativamente menos estímulos para aumentar el consumo de alimentos que los que utilizan papillas. Además comen la misma comida que su hijo con una frecuencia significativamente mayor. Los niños BLW tenían un nivel significativamente más bajo de selectividad alimentaria y un mayor disfrute de la comida.
Poniedziatek, et al 2018 ⁴⁴	Transversal	n = 373	- Intención (es) de la madre detrás de la adopción de BLW- Fuentes principales de las que las madres aprendieron acerca de BLW - Temores de la madre (si los hubo) con BLW - Actitud de los familiares y amigos hacia la adopción de BLW - Experiencia de las madres con BLW - Las principales ventajas y desventajas de BLW identificadas por las madres	El 98.3% de las madres indicó que los recursos en línea no científicos fueron su fuente de información sobre BLW. El riesgo de asfixia fue la mayor preocupación expresada al considerar el BLW. El 55.6% informó al menos un episodio de asfixia, el cual ocurrió al comienzo de la AC y se percibió como no grave. Las ventajas del BLW incluyeron: promoción de autosuficiencia, desarrollo de habilidades motoras, motivación para comer en familia y hacer elecciones más saludables. La mayor desventaja fue el desorden que genera.

Brown, et al 2015 ²⁷	Cohorte	n = 298	- Tipo de AC - Entre los 6 y 12 meses: - Control materno sobre la alimentación - Entre los 18 y 24 meses: - Selectividad alimentaria - Crecimiento	Las madres BLW tenían menos preocupación por el peso del niño, y éstos eran significativamente más sensibles a la saciedad y menos propensos a tener sobrepeso (8.1% versus 19.2%).
Dogan, et al 2018 ²⁹	Ensayo clínico aleatorizado	n = 280	- Ingesta de hierro - Parámetros hematológicos - Crecimiento - Episodios de asfixia - Alimentos con alto riesgo de asfixia	El 98% de los bebés BLW tenía un peso normal, versus el 83% del grupo control. No hubo diferencias estadísticamente significativas en ingesta de hierro y parámetros hematológicos. La incidencia de asfixia no fue diferente entre grupos, y el incidente fue provocado por manzana cruda o zanahoria cruda.
Morison, et al 2018 ³¹	Ensayo clínico aleatorizado	n = 206	- Variedad de alimentos (7, 12 y 24 meses) - Preferencias alimentarias (12 y 24 meses)	A los 24 meses sólo se observó mayor variedad en la ingesta de frutas y verduras en el grupo BLISS.
Louise, et al 2016 ⁴¹	Ensayo clínico aleatorizado	n = 206	- Episodios de asfixia y náuseas (a los 6, 7, 8, 9 y 12 meses) - Características de la alimentación (Supervisión de los padres al momento de la alimentación; a los 7, 8, 9 y 12 meses). - Alimentos con alto riesgo de asfixia	Las diferencias en cuanto a preferencias alimentarias no fueron significativas. El 35% de los lactantes se asfixió al menos una vez entre los 6 y 8 meses de edad, sin diferencias significativas entre los grupos. A los 11 meses, el grupo BLISS tenía el doble de probabilidades de comer al mismo tiempo que un adulto.
Daniels, et al 2018 ³⁶	Ensayo clínico aleatorizado	n = 206	- Ingesta de hierro y modificadores claves de la absorción (fitato y vit c) (a los 7 y 12 meses). - Indicadores de estado nutricional del hijo (a los 12 meses).	No hubo diferencias significativas entre los grupos en la ingesta de hierro a los 7 y 12 meses de edad. Tampoco las hubo en los indicadores de estado nutricional de hierro a los 12 meses.
Daniels, et al 2018 ³⁹	Ensayo clínico aleatorizado	n = 206	- Ingesta de zinc - Niveles séricos de zinc	No hubo diferencias significativas en la ingesta de zinc entre el grupo BLISS y el control a los 7 o 12 meses, ni en la concentración plasmática de zinc.
Taylor, et al 2017 ²²	Ensayo clínico aleatorizado	n = 206	- Ingesta de energía (a los 7, 12 y 24 meses) - A los 12 y 24 meses: - Autorregulación energética - Selectividad alimentaria - Crecimiento - Episodios de asfixia	BLISS a los 12 meses: Bebés menos selectivos y mayor disfrute de los alimentos. Se informaron dos eventos de asfixia grave (1 en cada grupo); ambos no relacionados con la intervención. El z-score del IMC no fue significativamente diferente a los 12 y 24 meses entre ambos grupos.
Cameron, et al 2013 ¹¹	Transversal	n = 199	Ver Tabla 1	Ver Tabla 1
Rowan, et al 2019 ³⁸	Transversal	n = 180	- Tipo de AC - Variedad de alimentos consumidos - Contenido de hierro en la dieta	En el grupo de madres más jóvenes, los bebés que seguían BLW estricto tenían más probabilidades de estar expuestos a verduras ($P = 0.000$) y proteínas ($P = 0.002$) que los de método tradicional. No se encontraron diferencias significativas en la exposición a alimentos que contienen hierro.
Townsend, et al 2012 ²⁸	Casos y controles	n = 155	- Tipo de AC - Preferencias alimentarias - Frecuencia de exposición a alimentos - IMC - Selectividad alimentaria	El grupo BLW mostró mayor preferencia por los carbohidratos (cereales), mientras que el control lo hizo por alimentos dulces. Hubo una mayor incidencia de bajo peso en el grupo BLW (3 v/s 0) y de obesidad en el grupo alimentado con cuchara (8 v/s 1). No se encontraron diferencias en la selectividad alimentaria.

Alpers, et al 2019 ³⁷	Transversal	n = 134	- Tipo de AC - Variedad de alimentos - Ingesta de energía, macronutrientes, Fe, Zn y Na.	No hubo diferencias entre los métodos en el consumo de frutas, verduras, carne y pescado, alimentos azucarados o almidones. Al grupo alimentado con cuchara se le ofreció "comidas preparadas para bebés" con más frecuencia que al grupo BLW. La ingesta de hierro estuvo por debajo de la Ingesta de Nutrientes de Referencia para ambos grupos y la de sodio estuvo por encima en el grupo BLW. El 60% de la muestra tenía niveles bajos de zinc, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y BLWS, por lo que los datos se combinaron para el análisis. La ingesta de carnes rojas y fórmula infantil fortificada con zinc se asociaron positivamente con los niveles de zinc plasmático a los 12 meses, mientras que la selectividad alimentaria ($p = 0.028$) se asoció de forma negativa. Ver Tabla 1
Daniels, et al 2018 ⁴⁰	Transversal	n = 115	- Ingesta dietética de zinc - Niveles plasmáticos de zinc - Selectividad alimentaria	
D'Andrea, et al 2016 ⁷	Transversal	n = 98	Ver Tabla 1	
Morison, et al 2016 ²¹	Transversal	n = 51	- Ingesta de alimentos y nutrientes - Tipo de AC - Participación de los bebés en las comidas familiares	No se observaron diferencias en la ingesta de energía, pero los lactantes BLW parecieron consumir significativamente más grasa total y saturada, y menos hierro, zinc y vitamina B ₁₂ . El grupo BLW tenía más probabilidades de comer con su familia preparaciones similares o iguales a las del resto del hogar en almuerzo y cena.
Cameron, et al 2012 ³³	Cualitativo	n = 51	- Conocimiento sobre BLW - Actitudes frente al BLW (ventajas y desventajas) - Experiencia con BLW	Los profesionales de salud tenían una experiencia limitada con el BLW y las principales preocupaciones fueron un posible mayor riesgo de asfixia, deficiencia de hierro y una ingesta energética inadecuada. En oposición a esto, las madres que lo habían utilizado no informaron mayores preocupaciones, considerándolo una forma más saludable, conveniente y menos estresante de introducir alimentos.
Brown, et al 2013 ¹⁷	Cualitativo	n = 36	Ver Tabla 1	Ver Tabla 1
Hanindita, et al 2019 ⁴⁶	Transversal	n = 30	- Tipo de AC - Estado nutricional del hierro - Crecimiento	Hubo una diferencia significativa entre los grupos en el nivel de Hb, transferrina sérica y ferritina sérica. La anemia por deficiencia de hierro fue mayor en el grupo BLW que en el grupo con enfoque tradicional. (13 de 15 vs 3 de 15, $p < 0.001$). La insuficiencia ponderal fue mayor en el grupo BLW.
Arden, et al 2015 ³²	Cualitativo	n = 15	- Experiencias y sentimientos de las madres - Beneficios y desafíos del enfoque	No había gran preocupación por parte de las madres en la cantidad de comida ingerida. Relacionado con esto informaron un alto grado de confianza en la capacidad de su bebé para elegir el momento, el tipo y la cantidad de comida ingerida, junto con el desarrollo de las habilidades de autoalimentación asociadas.
Rowan, et al. 2012 ³⁴	Transversal	n = 11	- Comidas familiares - Niveles de ingesta calórica, grasas saturadas y trans, sodio, azúcares, vitamina C, ácido fólico y fibra de los padres	Los resultados sugieren que BLW no conduce a cambios en la dieta de los padres, ya que no se encontraron cambios significativos en la ingesta dietética durante los primeros tres meses de alimentación complementaria.

Tabla 3. Sección Método BLISS

Autores/Año	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Variables evaluadas	Principales resultados
Erickson, et al 2018 ⁵¹	Ensayo clínico aleatorizado	n = 206	Ingesta de energía, macronutrientes y Vit C, Vit B12, Ca, Na	Bebés BLISS consumieron más sodio (+35%) y grasa (+6%) a los 7 meses, y menos grasa saturada (- 7%), a los 12 meses comparados con el control. A los 24 meses la mayoría de los bebés de ambos grupos tenía ingestas de sodio por sobre el UL.
Daniels, et al 2018 ³⁶	Ensayo clínico aleatorizado	n = 206	Ver Tabla 2	Ver Tabla 2
Daniels, et al 2018 ³⁹	Ensayo clínico aleatorizado	n = 206	Ver Tabla 2	Ver Tabla 2
Taylor, et al 2017 ²²	Ensayo clínico aleatorizado	n = 206	Ver Tabla 2	Ver Tabla 2
Daniels, et al 2018 ⁴⁰	Transversal	n = 115	Ver Tabla 2	Ver Tabla 2
Cameron, et al 2015 ¹⁰	Ensayo clínico	n = 23	Ver Tabla 1	Ver Tabla 1

Referencias

- World Health Organization. Infant and young child feeding Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. 2009; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf, última visita 07-08-2021.
- Moorcroft KE, Marshall JL, McCormick FM. Association between timing of introducing solid foods and obesity in infancy and childhood: a systematic review. *Matern Child Nutr* 2011;7:3-26.
- Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria. 2018; https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf, última visita 07-08-2021.
- Arantes A, Neves FS, Campos A, Pereira Netto M. The baby-led weaning method (blw) in the context of complementary feeding: a review. *Rev Paul Pediatr*. 2018;36:353-63.
- Ministerio de Salud de Chile. Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años. Guía de alimentación hasta la adolescencia. 2015; <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/01/Guia-alimentacion-menor-de-2.pdf>, última visita 07-08-2021.
- Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Curr Nutr Rep*. 2017;6:148-56.
- D'Andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roebathan B. Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. *Can J Diet Pract Res*. 2016;77:72-7.
- Black M, Creed-Kanashiro H. How to feed children?: Healthy eating behaviors starting at childhood. *Rev. Peru Med Exp Salud Pública*. 2012;29:373-8.
- 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;46:761-7.
- Cameron SL, Taylor RW, Heath 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;15:99.
- 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:e003946.
- 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;4:1575-609.
- 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;7:34-47.
- 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 Pediatrics*. 2015;15:179.
- Alvisi P, Brusa S, Alboresi S, et al. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. *Ital J Pediatr*. 2015;41:1-9.
- Moreno JM, Galiano MJ, Dalmau 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;71:99-103.
- 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;9:233-43.
- Utami AF, Wanda D, Hayati H, Fowler C. "Becoming an independent feeder": infant's transition in solid food introduction through baby-led weaning. *BMC Proceedings*. 2020;14:18.
- Naylor A, Morrow A. Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods: Reviews of the Relevant Literature Concerning Infant Immunologic, Gastrointestinal, Oral Motor and Maternal Reproductive and Lactational Development.. 2001; https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacs461.pdf, última visita 23-02-2022.
- Boswell N. Complementary Feeding Methods-A Review of the Benefits and Risks. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:7165.
- Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, 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:e010665.
- Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ,

- et al. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2017; 171: 838-46.
23. 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: 1265-71.
 24. Komninou S, Halford JC, Harrold JA. Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behavior across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size. *Appetite.* 2019;137:198-206.
 25. Schwartz C, Scholtens PA, Lalanne A, Weenen H, Nicklaus S. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite.* 2011;57:796-807.
 26. Kahraman A, Gümüş M, Binay Yaz S, Başbakkal Z. Baby-led weaning versus traditional weaning: the assessment of nutritional status in early childhood and maternal feeding practices in Turkey. *Early Child Dev Care.* 2020;190:615-24.
 27. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr Obes.* 2015;10:57-66.
 28. 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;2:e000298.
 29. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study. *Pediatr Int.* 2018;60:1073-80.
 30. Gomez MS, Novaes APT, da Silva JP, Guerra LM, Possobon RD. Baby-led weaning, an overview of the new approach to food introduction: integrative literature review. *Rev Paul Pediatr.* 2020;38: e2018084.
 31. Morison BJ, Heath AM, Haszard JJ, et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Dietary Variety and Food Preferences in Infants. *Nutrients.* 2018;10:1092.
 32. Arden MA, Abbott RL. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. *Matern Child Nutr.* 2015;11:829-44.
 33. 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: e001542.
 34. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite.* 2012;58:1046-49.
 35. Fu X, Conlon CA, Haszard JJ, et al. Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite.* 2018; 130: 110-6.
 36. Daniels L, Taylor RW, Williams SM, et al. Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2018;8: e019036.
 37. Alpers B, Blackwell V, Clegg ME. Standard v. baby-led complementary feeding: a comparison of food and nutrient intakes in 6-12-month-old infants in the UK. *Public Health Nutr.* 2019;22:2813-22.
 38. Rowan H, Lee M, Brown A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *J Hum Nutr Diet.* 2019;32:11-20.
 39. Daniels L, Taylor RW, Williams SM, et al. Modified Version of Baby-Led Weaning Does Not Result in Lower Zinc Intake or Status in Infants: A Randomized Controlled Trial. *J Acad Nutr Diet.* 2018;118: 1006-16.e1.
 40. Daniels L, Williams SM, Gibson RS, Taylor RW, Samman S, Heath AM. Modifiable "Predictors" of Zinc Status in Toddlers. *Nutrients.* 2018;10: 306.
 41. Fangupo LJ, Heath AM, Williams SM, et al. A baby-Led approach to eating solids and risk of choking. *Pediatrics.* 2016; 138: e20160772.
 42. Özyüksel G, Soyer T, Üzümcügil F, et al. Foreign Body Aspiration in Infants: Role of Self-Feeding. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol.* 2019;32:52-5.
 43. 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;31:496-504.
 44. Poniedziałek B, Paszkowiak N, Rzymiski P. Baby-Led Weaning (BLW) from maternal perspective: Polish experience. *J Med Sci.* 2018;87.
 45. Silva F, Miranda B, Lombelo A. et al. Brazilian health professionals' perception about the Baby-Led Weaning (BLW) method for complementary feeding: an exploratory study. *Rev Paul Pediatr.* 2022;40:e2020321.
 46. Hanindita M, Widjaja N, Irawan R, Hidayat B. Comparison between baby led weaning and traditional spoon-feeding on iron status and growth in breastfed infants. *Carpathian J Food Sci Technol.* 2019; 11: 96-100.
 47. Stewart C, Iannotti L, Dewey K, Michaelsen K, Onyango A. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Matern Child Nutr.* 2013; 9 Suppl 2:27-45.
 48. Almutari R. Short stature children. *IJMDC.* 2018;2:9-15.
 49. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025 Documento normativo sobre retraso del crecimiento; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255735/WHO_NMH_NHD_14.3_spa.pdf?jsessionid=C5E7345D722363162ABA147EE2FCEAEA?sequence=1, última visita 07-02-2022.
 50. Brunner O, Fuentes M, Ortigosa B, López A. Texturas evolutivas en la introducción de nuevos alimentos: un acercamiento teórico. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2019; 23:104-22.
 51. Erickson L, Taylor RW, Haszard JJ, et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. *Nutrients.* 2018;10:740.