MEDICINA NATURISTA, 2014; Vol. 8 - N.º 2: 64-72
I.S.S.N.: 1576-3080

Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje

Marta Vega Velasco Manrique
Pediatra. Posgrado de Medicina Naturista. Universidad de Zaragoza

Presentado: 4/4/2014 Aceptado: 1 /5/2014

RESUMEN

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva a demanda hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los 2 años o más. Pero, ¿cómo introducir el resto de alimentos de una manera natural, adecuada y atractiva para el bebé? En los últimos años se ha extendido una nueva tendencia denominada alimentación complementaria guiada por el bebé y directamente con sólidos en lugar de con papillas. El método se basa en dejar al bebé que coja los alimentos y decida llevárselos a la boca cuando esté preparado para ello, sustituyendo al rol pasivo en el que es alimentado por un adulto. Estudios publicados hasta el momento lo presentan como un método seguro y perfectamente aplicable a partir de los 6 meses en niños con un desarrollo psicomotor normal. Además, aporta multitud de beneficios al niño, respeta su propio ritmo y fomenta que desarrolle una buena relación con la comida y, por tanto, unos hábitos saludables.

Palabras clave: Alimentación del lactante, lactancia materna, alimentación complementaria autorregulada por el bebé, alimentación complementaria a demanda.

Baby-Led weanig: respecting his own pace and supporting his learning

ABSTRACT

The WHO recommends exclusive breastfeeding up to 6 months of age and along with appropriate complementary foods up to 2 years of age or beyond. The question is how introduce complementary foods in a natural, suitable and attractive way for the baby? Last few years, a new trend called baby-led weaning has become popular. The method emphasizes infant self-feeding with solid finger foods rather than parental spoon feeding with purées. Current published research shows it as a safe and feasible method in infants from six months of age who present an appropriate development to age. Moreover, baby-led weaning offers multiple benefits to child, respects his own rhythms and promote a good relationship with food and healthier eating patterns too.

Key words: Baby feeding, breastfeeding, baby-led weaning.

Correspondencia:
Email: mvvm19@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los dos primeros años de vida suponen un periodo fundamental en el desarrollo físico, psíquico y social del niño, y la manera de alimentarse va a repercutir directamente a la hora de conseguir un crecimiento, desarrollo y estado de salud óptimos. La nutrición adecuada durante la infancia temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño (1).

Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es la forma mejor y más saludable de nutrición para el niño durante los primeros meses de vida, ya que cubre perfectamente las necesidades nutricionales y emocionales que pueda tener el bebé en cada momento. Gracias a su composición, favorece además el desarrollo del sistema inmunológico y la colonización de la flora bacteriana bífida en el tubo digestivo del bebé, disminuyendo la incidencia de infecciones (respiratorias, gastrointestinales…) y de muerte súbita del lactante durante el periodo de amamantamiento y protegiendo frente al desarrollo de enfermedades futuras como asma, diabetes, obesidad, cáncer o arterioesclerosis entre otras. La leche materna favorece también el desarrollo intelectual del niño, sin mencionar los beneficios que aporta también sobre la madre, la familia y la sociedad (2).

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y numerosas organizaciones científicas nacionales e internacionales (entre ellas la Asociación Española de Pediatría) recomiendan la lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida y continuar con la lactancia materna a demanda, junto con otros alimentos, hasta los 2 años o más, según el niño y la madre lo deseen (2-3).

A la introducción de otros alimentos distintos de la leche materna, o leche maternizada en el caso de niños no amamantados, se le denomina alimentación complementaria. El término hace referencia a su función de complementar al alimento básico que seguirá siendo la leche materna hasta aproximadamente el año de vida. La alimentación complementaria irá tomando relevancia de manera gradual y adaptada al bebé tanto en cantidad como en diversidad durante el segundo semestre de vida, ganando protagonismo ya en el segundo año de vida (4). Las razones para introducir nuevos alimentos a partir de los 6 meses son, por un lado nutricionales, ya que a partir de ese momento la leche materna comienza a ser insuficiente para cubrir las necesidades de algunos nutrientes como el hierro y el zinc, pero también adaptativas a su desarrollo neuromuscular, ya que es precisamente a esta edad cuando el niño comienza a mantenerse sentado, a mostrar interés por objetos, agarrándolos y llevándoselos a la boca. La recomendación se ha establecido a partir de los 6 meses y no antes porque hay evidencia suficiente que demuestra que no es hasta este momento cuando los beneficios potenciales de introducir alimentos empiezan a superar a los riesgos potenciales (1,5).

Así como el momento idóneo de iniciar la transición está claramente establecido, no ocurre lo mismo con la manera de llevarla a cabo. Desde hace años se han publicado calendarios con pautas orientativas sobre el orden en el que introducir los alimentos sin llegarse a un consenso; pautas que en ocasiones se han aplicado de manera demasiado rígida, desnaturalizando un proceso que debería ser flexible e individualizado según las necesidades de cada niño. Está muy enraizada en nuestra cultura la manera de alimentar a los bebés, utilizando alimentos triturados y mezclados que se administran con cuchara. Era lógico hacerlo así cuando se introducía la alimentación a los 4 meses o antes, ya que el bebé no estaba preparado para hacerlo de otra forma. Pero ¿realmente está demostrado que haya que hacerlo igual cuando se empieza a partir de los 6 meses? Hay muchos niños que aceptan bien la alimentación con papillas y cuchara, pero muchos otros la rechazan casi desde el principio convirtiendo la hora de la comida en toda una batalla o terminan por rechazarla cansados de sentir siempre la misma consistencia y textura. Otro problema que surge con cierta frecuencia es el de acostumbrar luego a esos niños a probar nuevas texturas y sabores, así como a masticar cuando ya son más mayores. De esta manera estamos provocando que el niño tenga que sufrir varios "destetes" en su vida: primero del pecho a las papillas y luego de las papillas a los sólidos.

Con este contexto de fondo, hace unos años surgió una nueva tendencia en el Reino Unido de la mano de Gill Rapley, matrona y enfermera pediátrica que, tras años de observar los problemas que surgían cuando se forzaba a los niños a comer papillas, desarrolló la teoría de una alimentación guiada por el bebé, directamente con sólidos, dándole el nombre de "baby-led weaning" (6). Si el bebé es capaz de alimentarse a demanda durante el primer periodo de lactancia materna exclusiva, siguiendo sus instintos… ¿por qué no continuar con una alimentación complementaria a demanda? El proceso es mucho más pacífico y agra-

dable tanto para el bebé como para la familia si es el niño el que decide cuándo empezar y es él el que se encarga de marcar el ritmo.

El objetivo de este artículo es el de revisar la información disponible hasta el momento sobre los beneficios, la seguridad y la aplicabilidad de este método de alimentación en el lactante sano.

¿QUÉ ES BABY-LED WEANING (BLW)?

Es un término acuñado por Gill Rapley que literalmente se traduce como "destete guiado por el bebé", que puede llevar a confusión ya que utiliza el término destete en el sentido no de abandonar la lactancia materna, sino de dejar su exclusividad para empezar a introducir sólidos. En castellano se han utilizado denominacionas distintas: "alimentación autorregulada por el bebé", "alimentación complementaria a demanda"... (7). Es un método alternativo para introducir la alimentación complementaria que consiste en ofrecer los alimentos sólidos y dejar que sea el niño el que se los acerque a la boca cuando esté preparado para ello, en lugar de esperar a que sea el adulto el que le introduce el alimento triturado en la boca con la ayuda de una cuchara (6-8). De esta manera el bebé sigue adoptando un papel activo en su alimentación, tal y como lo venía haciendo con la lactancia materna a demanda, en lugar de adoptar el rol pasivo de esperar a que el adulto lo alimente.

El adulto no da de comer al niño, solo pone a su alcance alimentos sanos, apropiados y seguros y se los ofrece para que sea él el que decida si se los lleva a la boca.

¿EL NIÑO ESTÁ PREPARADO PARA LA ALIMENTACIÓN CON SÓLIDOS Y A DEMANDA?

Desde el punto de vista del desarrollo psicomotor, los requisitos para que el niño pueda alimentarse solo son: que sea capaz de mantenerse sentado y erguido de manera más o menos estable y que haya empezado a manejar sus manos independientemente para agarrar objetos y llevárselos a la boca. La tabla 1 muestra los hitos del desarrollo del lactante relacionados con la alimentación. Según estudios observacionales, la sedestación ocurre aproximadamente a los 5-6 meses de edad en la mayor parte de los bebés sanos (8). Un estudio estadounidense (10) también demostró que los lactantes pueden mantenerse sentados en el regazo de un adulto sin ayuda a los 5 meses de media. El momento en el que el bebé es capaz de sentarse sin apoyo es fundamental porque sus manos quedan libres para alcanzar la comida en lugar de usarlas para mantener la estabilidad. Al mismo tiempo que desarrollan esta capacidad, también empiezan a coordinar sus manos para agarrar y explorar objetos. Un estudio observacional con niños menores de 12 meses describió la presencia de esta habilidad en el 68% de los lactantes de 4 a 6 meses, en el 85% de los de 6 y 7 meses y en el 96% de los de 7 y 8 meses (11). La recomendación actual de no introducir sólidos hasta los 6 meses de edad coincide con un momento del desarrollo en el que la mayor parte de bebés sanos han desarrollado o están desarrollando las habilidades motoras necesarias para iniciar la alimentación complementaria directamente con sólidos (8). No parece necesario, por tanto, empezar con alimentos triturados si se espera hasta ese momento. No ocurre lo mismo en los casos en los que se empiezan a introducir alimentos a partir de los 4 meses, algo todavía muy extendido a pesar de las recomendaciones. En estos casos, el bebé todavía no está preparado y es necesario recurrir a la alimentación con papillas y cuchara.

El siguiente requisito para comer sólidos enteros es el desarrollo de la función motora de la boca, lo cual ocurre progresivamente entre los 6 y los 9 meses a medida que el lactante va practicando. De hecho, hay estudios que han observado que los lactantes de 6 meses ya realizan movimientos verticales como de amasamiento con la mandíbula para fragmentar alimentos (8,12). Poco después, comienzan a desarrollar movilidad lateral de la lengua que les permite mover la comida dentro de la boca y llevarla hacia el fondo para tragarla (8,13).

En cuanto al riesgo de atragantamiento, que parece ser una de las preocupaciones mayores tanto para padres como para profesionales, no se ha demostrado que sea mayor en niños que siguen este método que en niños alimentados con cuchara (6,8). De hecho, parece haberse demostrado que si los bebés controlan lo que se llevan a la boca tienen menos riesgo de atragantarse que cuando son alimentados con una cuchara. Esto se debe a que los bebés no son capaces de mover intencionadamente 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. La capacidad de agarrar objetos muy pequeños se desarrolla aún más tarde (tabla 1). Así, un bebé muy pequeño no puede aumentar el riesgo de atragantamiento porque es incapaz de llevarse cosas pequeñas a la boca. Sin embargo, si alimentamos al bebé con la cuchara, estamos instándole a que sorba la comida hasta el fondo de la boca, aumentando el riesgo de atragantamiento. Es el propio desarrollo de las distintas habilidades implicadas en el acto de comer lo que asegura que la transición hacia la alimentación sólida se produzca al ritmo adecuado, manteniendo el riesgo de atragantamiento en niveles mínimos.

Por otra parte, es importante diferenciar entre lo que es una arcada y lo que es un episodio de atragantamiento, dos mecanismos relacionados pero distintos. Las arcadas son movimientos espasmódicos que alejan de las vías respiratorias los trozos de comida demasiado grandes, empujándolos hacia la parte anterior de la lengua para expulsarlos fuera. El atragantamiento, sin embargo, ocurre cuando la vías respiratorias quedan parcialmente o totalmente bloqueadas, lo cual activa el reflejo de la tos. El reflejo de la arcada es por tanto un mecanismo de seguridad que previene el atragantamiento. En los bebés de 6 meses este reflejo se dispara en la zona anterior de la lengua, lejos de las vías respiratorias, asegurando que trozos de comida demasiado grandes no pasen de esta zona de la boca y permitiendo que solo la comida bien masticada alcance el fondo de la boca para ser tragada. De esta manera, el bebé aprende a tratar la comida de un modo seguro, evitando aquellas acciones que han desencadenado la arcada (como meterse mucha cantidad en la boca o llevarla demasiado atrás). Dejarles controlar el proceso les ayuda a hacerlo más seguro (6,8). A medida que el bebé madura y se hace más hábil para masticar y controlar la comida dentro de la boca, el punto que desencadena el reflejo se va desplazando hacia la parte de atrás de la lengua, de forma que a los 8-9 meses, las arcadas se producen con mucha menos frecuencia (14) y pierde efectividad como señal de alerta. Por tanto, los bebés que no han experimentado con la comida desde el principio pierden la oportunidad de este aprendizaje autónomo. De hecho, parece que tienden a presentar más problemas de arcadas y atragantamientos tanto al inicio del proceso (ya que tienden a aspirar el contenido de la cuchara hacia el fondo de la boca) como a los 8-9 meses, cuando comienzan a introducirse trozos por sí solos sin haber aprendido antes a hacerlo de forma segura (6). Los dos factores que aumentan el riesgo de atragantamiento son: a) la posición reclinada que favorece que el alimento se desplace hacia atrás por gravedad, b) que sea otra persona la que le mete la comida en la boca, no pudiendo controlar la cantidad, la forma de hacerlo y la velocidad. En resumen, siempre que el bebé se mantenga erguido y no se dejen a su alcance alimentos potencialmente peligrosos (como los frutos secos), se puede decir que el método de BLW es un método seguro para introducir los sólidos (6).

Al mismo tiempo que el lactante desarrolla las habilidades motoras que le permiten alimentarse más o menos autónomamente, también se produce la maduración de funciones fisiológicas importantes en su aparato digestivo, inmunológico y renal que van a permitir

Tabla 1. Desarrollo psicomotor del lactante sano en relación con la alimentación

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

digerir, asimilar y metabolizar los alimentos de manera segura. Es decir, también fisiológicamente el bebé está preparado para enfrentarse a nuevos alimentos distintos de la leche materna.

¿CUBRE LAS NECESIDADES NUTRICIONALES DEL BEBÉ DESDE EL PRIMER MOMENTO?

Hay que tener en cuenta que lo que motiva al bebé de 6 meses a llevarse alimentos a la boca no es el hambre. Lo hace por instinto, como parte de su aprendizaje y de su manera de explorar el mundo. Para él es una experiencia fascinante descubrir la forma, el tamaño, el peso, la consistencia, la textura, el sabor de las cosas… y, por tanto, de los alimentos. Al principio es difícil cuantificar la cantidad de alimento que ingiere el niño porque la mayor parte de ellos los chupará y luego los tirará por falta de destreza o sencillamente para probar con otro nuevo. Esta es la otra preocupación fundamental que suscita este método: ¿realmente es suficiente?, ¿cubre sus necesidades?

La leche materna sigue siendo el alimento principal del lactante hasta los 12 meses. Continúa siendo el alimento más equilibrado que se le puede dar a un bebé y es capaz de mantener el mismo aporte nutricional que hasta entonces o incluso mayor (15). Dentro de sus recomendaciones, la OMS expone que "la leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida" (4).

A partir de los 6 meses el bebé empieza a necesitar cada vez más nutrientes de los que la leche materna le puede aportar, principalmente hierro y zinc, pero esto ocurre de manera gradual. En general, los bebés nacidos a término tienen suficientes reservas, por ejemplo de hierro, para aguantar hasta los 8-9 meses. Si empiezan a ofrecerse alimentos a partir de los 6 meses, a los 9 meses la mayoría de los lactantes a los que se les ha permitido comer solos ya comerán una amplia variedad de alimentos en cantidad suficiente como para cubrir las necesidades. En este momento, la alimentación complementaria empezará a tomar el relevo a la leche materna y el bebé, por sí solo, irá tomando cada vez más sólidos y menos leche materna de manera natural (6).

Por otra parte, se ha demostrado que 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 (6). Un metanálisis publicado ha demostrado que los niños que han sido amamantados de manera prolongada presentan niveles más bajos de presión arterial y colesterol total, menor riego de obesidad y diabetes tipo 2 y obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia (16).

CONSIDERACIONES A LA HORA DE APLICAR EL MÉTODO

Se trata de una alimentación a demanda porque es el niño el que elige lo que quiere llevarse a la boca, cuándo y a qué ritmo. Sin embargo, debe ser una alimentación a demanda pero controlada, de forma que los padres deben elegir qué ofrecer al bebé en cada momento. Para ello, basta con aplicar las recomendaciones generales para la introducción de la alimentación complementaria que proponen los distintos organismos (1,17-19) y sobre todo mucho sentido común.

Aunque no existe un calendario único sobre el orden de introducir la alimentación complementaria, sí que hay suficientes evidencias para hacer algunas recomendaciones claras:

— Como norma general, lo que come el resto de la familia es adecuado para el bebé si se empieza con ingredientes naturales, se sirven tantos alimentos frescos como sea posible, preferiblemente de la región y de temporada, y se cocina sin añadir sal y azúcar. La alimentación de la familia debe basarse en la fruta, la verdura y los hidratos de carbono, a los que hay que añadir pequeñas cantidades de alimentos ricos en proteínas, calcio y hierro y cantidades aún menores de aceite o grasas saludables.
— Frutas y verduras: Se pueden incluir frutas y verduras de todos los colores. Se recomienda retrasar hasta el año las verduras de hoja verde por su alto contenido en nitratos.
— Cereales y féculas: Son una fuente importante de hidratos de carbono. Los lactantes toleran muy bien la patata y otros tubérculos, que comienzan a digerirse ya en la boca por acción de la amilasa

salivar. A partir de los 6 meses pueden introducirse ya todos los cereales, incluidos los cereales con gluten. No hay evidencias para retrasar su introducción; la única recomendación que ha demostrado proteger frente al desarrollo de enfermedad celíaca consiste en introducir el gluten mientras el bebé está siendo todavía amamantado y en pequeñas cantidades que irán progresivamente aumentando (18-19).

— Legumbres: Tradicionalmente se ha aconsejado su introducción a partir de los 10-12 meses, pero no existe ninguna razón que contraindique su introducción a partir de los 6 meses. Aportan hidratos de carbono, proteínas y hierro, entre otros.
— Proteínas animales: Suele recomendarse la introducción de la carne ya a partir de los 6 meses por ser una fuente de hierro (primero de ave y luego de ternera, cordero y cerdo). El pescado y el huevo, sin embargo, tradicionalmente se han retrasado un poco más por el elevado número de niños que desarrollan alergia a sus proteínas. No hay evidencia sobre el momento adecuado de introducirlos, pero sería prudente hacerlo a partir de los 8-9 meses. La leche de vaca entera sin modificar no deberá introducirse hasta el año de edad, sí podrán ofrecerse antes queso, yogur y otros lácteos.
— Frutos secos: Por su tamaño y consistencia suponen un riesgo importante de atragantamiento, por lo que no se aconseja ofrecerlos enteros como pronto hasta los 3 años. Pueden introducirse antes en forma de pasta o manteca, untados en pan por ejemplo, ya que son una buena fuente de proteínas, grasas y hierro. Sin embargo, debido a su potencial alergénico, no suele hacerse antes del año.
— La sal y el azúcar son perjudiciales para el bebé. Los alimentos sazonados pueden dañar la función renal y el azúcar, además de aportar calorías vacías, puede ser perjudicial para los dientes incluso antes de su erupción.
— Igualmente, debe evitarse la comida preparada y procesada, que suele contener niveles elevados de sal, azúcar y otros componentes poco seguros, como conservantes y aditivos.
— Bebidas: Los bebés no necesitan más bebidas que la leche materna (o de fórmula si no es amamantado) y el agua. Pueden ofrecerse pequeñas cantidades de agua en tazas fáciles de agarrar, pero no debe preocupar si al principio el niño prefiere la leche materna para aplacar su sed. No son adecuados el café, el té ni las bebidas edulcoradas o con gas.
— En cuanto a niños con enfermedades metabólicas o antecedentes familiares de alergia a algún alimento, puede ser necesario individualizar cada caso.
— Niños vegetarianos y veganos: Podrían aparecer carencias en algunos nutrientes (proteínas, hierro, vitaminas del grupo B, calcio y zinc) si no se presta suficiente atención. Para evitarlo será importante ofrecer productos vegetales que cubran estas necesidades. Son ricas en proteínas las legumbres y los cereales, así como la quinoa o la soja. El hierro está presente en legumbres y frutas desecadas (ciruelas, albaricoques, higos…), que se absorberá mejor si se ofrece junto con alimentos ricos en vitamina C. Especialmente en el caso de los niños veganos, será recomendable que se contacte con un profesional para planificar una dieta adecuada a medida que la alimentación complementaria vaya adquiriendo importancia dentro de la dieta del niño.

PAUTAS: (6,14,20-21)

69

— Sentar a la mesa con el resto de la familia (en una trona o en el regazo de un adulto), asegurándose que está correctamente sentado y erguido.
— Es importante que el bebé no tenga hambre ni sueño. Al principio la comida es solo un juego y su principal alimento sigue siendo la leche materna. No estará receptivo ni podrá concentrarse en explorar los alimentos si está hambriento o cansado.
— Debe continuarse con lactancia materna a demanda. Los sólidos la complementan pero al principio no hay que suprimir tomas. Será el bebé el que vaya reduciendo las tomas gradualmente, siguiendo su propio ritmo.
— Poner a su alcance trozos de alimentos sanos, naturales y seguros, eligiéndolos a ser posible de lo que esté comiendo el resto de la familia para que el bebé se sienta partícipe.
— Comenzar por trozos de comida fáciles de agarrar. Se aconseja que tengan una consistencia los suficientemente firme para que puedan agarrarse sin chafarse y lo suficientemente blanda para que el bebé pueda masticarlo o machacarlo con las encías. Son una buena opción los trozos de fruta, las verduras cocidas o al vapor, las tortitas de maíz o

de otros cereales, el pan... Poco a poco el bebé será capaz de manejar trozos de comida más pequeños y con consistencias más complicadas de manejar. A medida que eso ocurra, es conveniente ir ofreciendo al bebé nuevos alimentos y combinaciones sencillas.

— Dejar que el bebé explore la comida y coma a su ritmo. Él decide cuándo empieza, cuándo termina y a qué velocidad come. No se debe distraer al bebé ni persuadirle para comer más cuando ya no tenga interés.
— Para evitar atragantamientos:
  - No dejar al alcance del bebé alimentos peligrosos, sobre todo pequeños y duros, como los frutos secos, uvas u olivas enteras. Deberán retirarse los huesos de frutas como cerezas, ciruelas, albaricoques…
  - No permitir que nadie meta alimentos directamente a la boca del bebé. Es preferible dejarlos a su alcance o dárselos en la mano y que él los gestione.
  - No dejar al bebé nunca solo mientras come.

BENEFICIOS DEL BABY-LED WEANING (6,20-21)

— Es un método natural y respetuoso con el desarrollo del bebé y con su necesidad de explorar y experimentar como parte de su aprendizaje. Los bebés están programados para experimentar y para explorar. Utilizan las manos y la boca para explorar todo tipo de objetos, incluida la comida. Si aprenden a comer solos, pueden explorar los alimentos a su propio ritmo y seguir el instinto de comer cuando estén preparados.
— Fomenta la seguridad en sí mismo. A medida que el bebé experimenta con la comida, aprende a confiar en sus habilidades y en su criterio.
— Favorece que el bebé desarrolle una actitud positiva hacia la comida. Es el niño el que decide qué comer y qué dejar en el plato. Permitir que rechacen un alimento que no les atrae o sienten que no necesitan o les parece poco seguro en ese momento favorece que confíen en la comida y que sean más favorables a probar nuevos sabores y texturas, porque saben que pueden decidir dejarlo.
— Participar en la comida familiar hace disfrutar al bebé de un momento agradable de socialización, le permite imitar conductas (como aprender a manejar la comida y los cubiertos o elegir las comidas más saludables).
— El bebé disfruta porque es como un juego del que participa toda la familia. Como no se recurre a persuadir, engañar u obligar al bebé a comer, sino que se respeta su ritmo, no se generan batallas ni ratos estresantes para el niño y para la familia.
— Contribuye en el desarrollo de la musculatura orofacial (que favorece una correcta masticación y, posteriormente, una mayor capacidad para hablar). Constituye también un entrenamiento que favorece el desarrollo de la motricidad fina y la coordinación visomotora.
— Aprenden a comer despacio, a mantener más rato la comida en la boca y a masticarla bien, por lo que permiten la acción de la amilasa salivar y una mejor función digestiva.
— Se ha demostrado que son niños que suelen mantener lactancias maternas más prolongadas, con todos los beneficios que ello implica y que demuestra el metanálisis antes presentado (16).
— Finalmente, hay dos beneficios muy interesantes que demuestra un estudio reciente realizado por la Universidad de Nottingham, según el cual los bebés alimentados a demanda desarrollan gustos por alimentos más sanos y presentan una menor prevalencia de obesidad (22).
— Se trata de un estudio retrospectivo en el que han participado 155 niños con edades comprendidas entre los 20 meses y los 6 años. Los padres fueron encuestados sobre el método de destete utilizado para introducir la alimentación complementaria, así como sobre las preferencias alimentarias de sus hijos. 92 niños habían iniciado la alimentación complementaria mediante baby-led weaning (BLW) a partir de la 6 meses de edad, los otros 63 habían sido alimentados con papillas de la manera tradicional, incrementando la variedad y la consistencia a medida que los niños crecían.

Gustos por alimentos más sanos: Se evaluó la preferencia de los niños por 151 tipos de alimentos y la frecuencia de consumo de estos. Los niños alimentados con BLW mostraban una preferencia por comidas ricas en hidratos de carbono (que constituyen la base de una alimentación equilibrada), y que no se observaba en los niños alimentados con papilla, que preferían los alimentos dulces. Dado que los datos recogidos por los

investigadores demostraron que la frecuencia con la que los bebés tomaban hidratos de carbono no era relevante (pues los bebés alimentados con cuchara habían sido expuestos a ellos más a menudo), los autores del estudio señalan que la manera en la que los alimentos son ofrecidos a los bebés puede ser el factor determinante. Así pues, ofrecer a los niños pan, tostadas, colines, pasta…, puede ser beneficioso puesto que aporta otras experiencias además de su sabor, como por ejemplo la textura. Sorprendentemente, los bebés que practicaban el BLW demostraron una mayor preferencia por todas las categorías de alimentos excepto los dulces, en comparación con los bebés alimentados con purés y papillas.

Menor riesgo de obesidad: Otra conclusión importante de este estudio es que los bebés que practicaron el BLW presentaban un índice de masa corporal (IMC) menor, que no era atribuible a diferencias en el peso al nacer, IMC paterno o clase social. Esto se puede traducir en un menor riesgo de desarrollar obesidad (tanto en la infancia como en la vida adulta), lo cual atribuyen a la capacidad de autorregularse que mantienen los bebés que practican el BLW y que permite el correcto funcionamiento de los mecanismos del hambre y la saciedad, y esto asegura el establecimiento de unos hábitos alimenticios saludables desde el primer momento.

Los investigadores concluyeron que el método de destete influye en las preferencias alimentarias y en la salud durante los primeros años de vida. Los niños que siguen el método BLW aprenden a regular su ingesta, presentan un IMC menor y desarrollan una preferencia por alimentos más sanos.

CASOS ESPECIALES

La alimentación complementaria a demanda a partir de los 6 meses es, como se ha expuesto, una opción perfectamente válida y que puede aportar beneficios al bebé cuando hablamos de lactantes sanos y con un desarrollo psicomotor normal para su edad. Habrá, sin embargo, casos especiales que será necesario individualizar: por ejemplo niños prematuros, con retraso en el desarrollo o afectos de enfermedades neurológicas, alteraciones metabólicas o alergias alimentarias.

Se ha estudiado la validez del método en bebés con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, porque se considera la forma de alimentación de referencia y porque son niños especialmente receptivos al método. Hay que recalcar, sin embargo, que se trataría de una opción igualmente aplicable a niños alimentados con lactancia artificial o mixta. Se han observado pequeñas diferencias en el tiempo que necesitan estos bebés para adaptarse a la alimentación autónoma y para desarrollar las habilidades necesarias para ello, que suele ser un poco mayor que en los niños alimentados exclusivamente al pecho hasta entonces. Aun así, los resultados son igualmente satisfactorios.

CONCLUSIONES

- La lactancia materna exclusiva a demanda es el mejor alimento hasta los 6 meses, y junto con otros alimentos hasta los dos años o más.
- A partir de ese momento, la alimentación complementaria autorregulada por el bebé es una manera lógica de que el niño entre en contacto con otros alimentos y se adapta perfectamente al desarrollo natural de sus habilidades.
- Es un método seguro y totalmente aplicable a partir de los 6 meses, siempre que el desarrollo psicomotor del niño sea normal para su edad.
- Ofrece multitud de beneficios al bebé y facilita que desarrolle una buena relación con la comida y unos hábitos saludables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. [Internet]. Washington DC; 2003. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/Guiding_Principles_CF.pdff

2. Documento sobre lactancia materna a demanda. Comité de lactancia materna. Asociación Española de Pediatría. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-demanda

3. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra; 16 de abril de

2002. A55/15. Disponible en: http://www.who.int/gb/EB-WHA/PDF/WHA55/EA5515.

4. Lactancia materna. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. OMS. [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/

5. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012. Issue 8. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.

6. Rapley G, Murkett T. El niño ya come solo. 1st Barcelona. Medici. 2012.

7. Lopez E. Baby-Led Weaning. En: Una maternidad diferente. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.unamaternidaddiferente.com/p/baby-led-weaning.html?m=1

8. Cameron SL, Heath ALM, Taylor RW. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. Nutrients. 2012; 4: 1575-609.

9. Rapley G, Murkett T. Baby-Led Weaning: helping your baby love good food. London. Vermillon. 2008.

10. Carruth BR; Skinner JD. Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2-24 months). J Am Coll Nutr. 2002; 21: 88-96.

11. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Hendricks K. Developmental milestones and self-feeding behaviors in infants and toddlers. J Am Diet Assoc. 2004; 104: s51-s56.

12. Pridham KF. Feeding behavior of 6 to 12 month-old infants: assessment and sources of parental information. J Pediatr. 1990; 117: S174-S180.

13. 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. Academy for Educational Development. Washington DC. USA. 2001.

14. Rapley G, Murkett T. The what, why and how of baby-led weaning. En: Mercola.com blog [Internet]. 6 marzo 2013. Disponible en: http://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2013/03/06/baby-led-weaning.aspx

15. Mandel D, Lubetzky R, Dollberg S, Barak S, Mimouni FB. Fat and energy contents of expressed human breast milk in prolonged lactation. Pediatrics. 2005; 116(3).

16. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victoria C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review. WHO. 2007. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241595230/en/

17. Comisión Europea. Karolinska Institutet. Institute for child health IRCCS Burlo Garofolo. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas para la Unión Europea. WHO. 2006

18. ESPGHAN Committee on Nutrition: Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B et al. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastr and Nutr. 2008; 46: 99-110.

19. Cattaneo A, Williams C, Pallás-Alonso CR, Hernández-Aguilar MT, Lasarte-Velillas JJ, Landa-Rivera L et al. ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence? Maternal and Child Nutrition. 2011; 7: 335-343cn_363 335.

20. Rapley G. Guidelines for implementing a baby-led approach to the introduction of solid foods. [Internet]. 2008. Available in: http://www.rapleyweaning.com/

21. Guía práctica de introducción de sólidos dirigida por el bebé (traducción al español). Disponible en: http://www.unamaternidaddiferente.com/2010/10/guia-para-la-practica-de-la.html?m=1

22. 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.